



Prevalência de comorbidades psiquiátricas no TEA e principais desafios do diagnóstico diferencial

Prevalence of psychiatric comorbidities in ASD and main challenges of differential diagnosis

Prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en el TEA y principales desafíos del diagnóstico diferencial

Helen Furlan Torina¹, Lucas José Luiz Forte Correa¹, Giulia Santos¹, Isabelle Nakamura Miguel¹, Juliana Maciel Aissa¹, José Bruno Nicola¹, Guilherme Resende Carvalho¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características da Prevalência de Comorbidades Psiquiátricas no TEA e Principais Desafios do Diagnóstico Diferencial. **Revisão bibliográfica:** A coexistência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma área de considerável pesquisa e preocupação clínica, apresentando taxas de prevalência significativamente elevadas. Essas taxas variam de acordo com a população analisada e o método de diagnóstico empregado, reforçando a complexidade inerente ao tema. O diagnóstico diferencial torna-se, portanto, uma etapa crucial para a implementação de um tratamento eficaz e individualizado. Vários estudos têm abordado a frequência de comorbidades como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Ansiedade e até Transtornos do Humor em pacientes com TEA, evidenciando a necessidade de um olhar multidisciplinar para o manejo clínico desses indivíduos. **Considerações finais:** Em resumo, a elevada incidência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TEA exige um diagnóstico diferencial cuidadoso e um tratamento mais holístico, que considere a interação entre TEA e outras condições psiquiátricas concomitantes.

Palavras-chave: Autismo, Diagnostico diferencial, Desafios, Comorbidades psiquiatricas, Prevalência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of the Prevalence of Psychiatric Comorbidities in ASD and the Main Challenges of Differential Diagnosis. **Literature review:** The coexistence of psychiatric comorbidities in patients with Autism Spectrum Disorder (ASD) is an area of considerable research and clinical concern, exhibiting significantly elevated prevalence rates. These rates vary depending on the population studied and the diagnostic method employed, underscoring the inherent complexity of the subject. Differential diagnosis thus becomes a crucial step for the implementation of effective and individualized treatment. Several studies have addressed the frequency of comorbidities such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Anxiety Disorders, and even Mood Disorders in patients with ASD, highlighting the need for a multidisciplinary approach to the clinical management of these individuals. **Final considerations:** In summary, the high incidence of psychiatric comorbidities in patients with ASD necessitates careful differential diagnosis and a more holistic treatment approach that considers the interaction between ASD and other concurrent psychiatric conditions.

Keywords: Autism, Differential diagnosis, Challenges, Psychiatric comorbidities, Prevalence.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características de la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y los principales desafíos del diagnóstico diferencial. **Revisión bibliográfica:** La coexistencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un

¹ Universidade Anhembi Morumbi (UAM), Piracicaba – SP.

área de considerable investigación y preocupación clínica, presentando tasas de prevalencia significativamente elevadas. Estas tasas varían según la población analizada y el método de diagnóstico empleado, lo que refuerza la complejidad inherente al tema. El diagnóstico diferencial se convierte, por lo tanto, en una etapa crucial para la implementación de un tratamiento eficaz e individualizado. Varios estudios han abordado la frecuencia de comorbilidades como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno de Ansiedad e incluso los Trastornos del Estado de Ánimo en pacientes con TEA, evidenciando la necesidad de una mirada multidisciplinaria para el manejo clínico de estos individuos. **Consideraciones finales:** En resumen, la elevada incidencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con TEA exige un diagnóstico diferencial cuidadoso y un tratamiento más holístico, que considere la interacción entre TEA y otras condiciones psiquiátricas concomitantes.

Palabras clave: Autismo, Diagnóstico diferencial, Desafíos, Comorbilidades psiquiátricas, Prevalencia.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição caracterizada por alterações no neurodesenvolvimento, que impactam o comportamento, as interações sociais e os interesses do indivíduo (SOKE GN, et al., 2018). Segundo González MC, et al. (2019), o TEA se qualifica como um transtorno de “espectro” porque envolve um grupo de condições heterogêneas, ou seja, apresenta ampla variabilidade clínica e fenotípica, com variações também na idade de início dos sinais e sintomas, bem como na etiologia, que abrange diferentes variáveis genéticas e ambientais (PARMEGGIANI A, et al., 2019).

Segundo dados de 2020 divulgados em 2023 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (EUA), aproximadamente 1 a cada 36 crianças é diagnosticada com TEA no país, sendo que os meninos são quatro vezes mais propensos a receberem o diagnóstico do que as meninas. A maioria das crianças ainda estava sendo diagnosticada após os 4 anos, embora o autismo possa ser diagnosticado de forma confiável já aos 2 anos de idade. Além disso, o autismo afeta todos os grupos étnicos e socioeconômicos, embora os grupos minoritários tendam a ser diagnosticados mais tardiamente e com menos frequência (BROOKMAN-FRAZEE L, et al., 2019).

Um estudo publicado na revista *Translational Psychiatry* em 2023 revelou que indivíduos com TEA têm uma maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, sendo os transtornos psiquiátricos mais comuns em indivíduos com TEA em comparação com a população geral (ZHANG X, et al., 2023). Destaca-se também, em pesquisas anteriores de caráter clínico e epidemiológico, que a ocorrência de comorbidades psiquiátricas em crianças autistas apresenta taxas de 70 a 75% e cerca de 83% dos jovens com TEA foram encaminhados para tratamento psiquiátrico (DE BRUIN EI, et al., 2007; LEYFER OT, et al., 2006; SIMONOFF E, et al., 2008; WOZNIAC J, et al., 1997; JOSHI G, et al., 2010 – apud BROOKMAN-FRAZEE L, et al., 2019).

Uma revisão ampla de 6 Ensaios Clínicos Randomizados da Revista “*Comprehensive Psychiatry*” revela que, dentre as muitas comorbidades psiquiátricas possíveis, as mais comuns são o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e os Transtornos de Ansiedade (LECAVALIER L, et al., 2019). Nesse contexto, o objetivo da presente revisão foi levantar os dados mais recentes da literatura sobre a prevalência e o diagnóstico desses transtornos e de outros bastante frequentes na população com TEA.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Prevalência de comorbidades psiquiátricas no TEA

Em relação à prevalência de comorbidades psiquiátricas nos pacientes com TEA, vários estudos evidenciam taxas mais elevadas em comparação com a população geral, sendo estas explicadas tanto por fatores fisiopatológicos semelhantes entre os transtornos, quanto por fatores externos como a influência do meio. Visto que as comorbidades psiquiátricas no TEA são comuns, pode-se afirmar ainda, que tais distúrbios podem aparecer somados, sendo documentada a ocorrência de até 50% para múltiplos transtornos psiquiátricos em um paciente com Autismo.

Dada a alta prevalência de condições concomitantes no TEA, o adequado entendimento e diferenciação destas faz-se necessário para melhor manejo e conduta durante o acompanhamento do paciente. Algumas das comorbidades mais comuns incluem transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos de ansiedade, depressão e distúrbios do sono. No entanto, as taxas de prevalência dessas comorbidades podem variar dependendo do estudo e da população estudada. É importante ressaltar que cada indivíduo com TEA é único e pode apresentar diferentes comorbidades e níveis de gravidade (PAZUNIAK M e PEKRUL SR, 2020).

Martin AF, et al. (2020) cita várias comorbidades do TEA e suas taxas, incluindo transtornos de ansiedade - prevalência variando de 11% a 84%, transtorno obsessivo-compulsivo - prevalência variando de 1,7% a 81%, depressão - prevalência variando de 2% a 70%, e TDAH - prevalência variando de 29% a 83%. Observa-se, portanto, que há na literatura uma grande variação dos valores encontrados para as comorbidades, como demonstrado no gráfico a seguir, o que pode estar atrelado a vários fatores, como subdiagnóstico, dificuldades no diagnóstico diferencial e diferenças nas condições de cada pesquisa conduzida, entre outros.

O estudo realizado por Martin AF, et al. (2020) analisou a presença de outras condições médicas em pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Eles descobriram que uma grande porcentagem desses pacientes também tinha outras condições de saúde, como ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Por exemplo, 84% dos pacientes com TEA tinham ansiedade, 81% tinham TOC e 83% tinham TDAH. Isso mostra que essas comorbidades são muito comuns em pessoas com TEA.

Soke GN, et al. (2018) descobriram que mais de 95% das crianças tinham pelo menos uma condição/sintoma comórbido, e a prevalência foi maior em crianças de 8 anos para 67% das condições/sintomas comórbidos examinados. O estudo também sugeriu que condições/sintomas comórbidos aumentaram ou diminuíram segundo a idade em que as crianças foram avaliadas pela primeira vez para TEA. A prevalência de comorbidades no TEA varia dependendo da condição ou sintoma específico que está sendo examinado. O estudo referenciado no contexto fornecido compara a prevalência de um grupo grande e diverso de condições/sintomas comórbidos entre dois grupos etários diferentes de crianças com TEA usando uma grande amostra de base populacional. O estudo constatou que as crianças com TEA geralmente apresentam condições concomitantes, como TDAH, deficiência intelectual e transtorno de integração sensorial. No entanto, a prevalência de cada condição específica varia entre as faixas etárias e entre os locais com acesso a diferentes tipos de registros. Portanto, é difícil fornecer uma única taxa de prevalência para todas as comorbidades do TEA.

Estudos atuais sugerem que os transtornos de ansiedade seriam a comorbidade psiquiátrica mais comum. (PAZUNIAK M e PEKRUL SR, 2020). No estudo 25% das crianças autistas apresentam sintomas ansiosos concomitantes, sendo que as próprias características do espectro são consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento desses sintomas. Falta de interação social, comportamentos evitativos, rituais, rigidez cognitiva, baixa comunicação e dificuldade em demonstrar sentimento de empatia e reciprocidade compõem sinais e sintomas de ambos os transtornos citados. Outros exemplos de estudos revelam dificuldades na diferenciação entre TEA e Transtorno de Ansiedade, uma vez que ambos podem apresentar comportamentos restritivos e repetitivos (RONALD A, et al., 2010).

Dentre os transtornos ansiosos, o Transtorno de Ansiedade Social, caracterizado por retraimento social, preocupações relacionadas às situações sociais e um grande reflexo fisiológico nessas situações, tem grande potencial de ser ofuscado pelo diagnóstico de TEA, uma vez que seus sintomas podem ser atribuídos ao autismo (CAPRIOLA-HALL NN, et al., 2020).

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e o transtorno do espectro autista (TEA) comumente ocorrem simultaneamente, estimando sua prevalência em 17-37%. Em tais condições, pode-se observar uma certa sobreposição dos sintomas, o que faz com que esses pacientes possuam uma clínica distinta daqueles com TEA ou apenas TOC, tornando o diagnóstico precoce uma tarefa difícil. Assim, é possível que o TOC seja subdiagnosticado em jovens com TEA na prática clínica de rotina, porque os problemas associados ao TEA

ofuscam os sintomas do TOC ou os sintomas do TOC são vistos como parte do próprio TEA (MARTIN F, et al., 2020). Nesse sentido, a chave para distinguir os dois é que, no TEA, os comportamentos são calmantes, de busca sensorial e egossintônicos, enquanto no TOC eles são egodistônicos, causam sofrimento e são movidos pela ansiedade. Além disso, os pacientes com TEA-TOC combinados acreditavam significativamente menos que seus pensamentos podem causar danos quando comparados com aqueles com apenas TOC. Os jovens com TEA-TOC também eram mais propensos a serem diagnosticados com fobia social, transtorno de déficit de atenção e outras comorbidades.

Quando se considera o TDAH somado ao TEA, Kentrou V et al., 2018, citam em seu estudo que o fenótipo do espectro autista pode ser mascarado pelos sintomas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, o que resulta em um diagnóstico incorreto e tardio. Quanto à prevalência destas duas entidades associadas, uma proporção significativa de crianças com autismo apresenta TDAH concomitante, com taxas relatadas variando de 30% (VAN DER MEER JM, et al., 2012 apud KENTROU V, et al., 2018) a 78% (LEE DO e OUSLEY OY, 2006 apud KENTROU V, et al., 2018). A grande variação dessas taxas pode estar associada à falta de estudos que relacionem os dois transtornos, em vista da proibição da co-ocorrência diagnóstica até a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Destaca-se, ainda, que ambos são transtornos do neurodesenvolvimento, e, por isso, há sobreposição de sintomas, chamada por estudos recentes de “fenótipo combinado” (CRAIG F, et al., 2015 apud KENTROU V, et al., 2018).

Sokolova E, et al. (2017), revela padrões desse fenótipo, que incluem atipicidade na competência social, motora e verbal, especialmente em crianças (SOKOLOVA E, et al., 2017 apud MULAS F e ROCA P, 2018). As dificuldades de atenção são comuns tanto no TDAH como no TEA. No entanto, no TEA, essas dificuldades podem ser mais bem explicadas por problemas na comutação de atenção, ao invés de dificuldades na atenção sustentada como no TDAH (KERNES CM e KENDALL PC, 2012). Alguns estudos apontam para o fato de que o diagnóstico de TEA pode ser confundido com TDAH tanto por causa dos problemas de atenção, quanto pela impulsividade (JONES CRG, et al., 2014). No que tange ao tratamento, essa diferenciação também tem impacto, pois as intervenções comportamentais são eficazes no TEA, mas se a pessoa também apresentar TDAH, o tratamento pode necessitar incluir terapia comportamental, medicação ou ambos (ROGERS SJ e VISMARA LA, 2008).

Chiurazzi P, et al. (2020) estimam que aproximadamente 30% da deficiência intelectual (DI) e do autismo são causados por fatores genéticos. O autismo frequentemente coexiste com a deficiência intelectual, com 70% dos pacientes com TEA sofrendo também de DI, enquanto 40% dos pacientes com DI têm TEA. Tanto a DI quanto o TEA são condições de neurodesenvolvimento que frequentemente coexistem e afetam crianças desde o nascimento, impactando em sua cognição e comportamento adaptativo.

A interação social e a capacidade de comunicação, afetadas na DI, também são gravemente prejudicadas no TEA. Chiurazzi P, et al. (2020) também diz que estudos em modelos animais demonstram que mutações em genes expressos em células neurais estão envolvidas com a patogênese de ambas as condições – DI e TEA, o que pode ser responsável pela grande associação de sintomas entre elas. Destaca-se o fato de que existem diversos genes que podem estar relacionados com distúrbios do neurodesenvolvimento, levando a grande heterogeneidade genética e fenotípica. Essa heterogeneidade é comum a pacientes com DI e TEA e sua sobreposição dificulta o diagnóstico diferencial, bem como eventual tratamento.

Nota-se uma alta relação de sintomas depressivos e pensamentos suicidas na população autista, sendo a ocorrência 4 vezes mais alta do que quando comparadas a indivíduos com desenvolvimento típico. É fator de risco para o desenvolvimento desta comorbidade o isolamento social, além de um grande número de relatos de história familiar de depressão. Ainda de acordo com estudos recentes, pode-se dizer que a principal causa de morte precoce nestes indivíduos venha a ser o suicídio. Diante do exposto se destaca a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento de perto dos sintomas depressivos em pacientes com TEA, visto que a presença do transtorno depressivo como comorbidade no TEA se relaciona a níveis inferiores de adaptação social, educacional e ambiental e que o tratamento adequado implica melhores desfechos a longo prazo (HUDSON CC, et al., 2019). Hudson CC, et al. (2019) também descobriram que a prevalência ao longo da vida de transtornos depressivos unipolares em indivíduos com TEA foi de 37,2%, com um intervalo de

confiança de 95%, de 28,8-46,1%.

Em referência ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Dunalska A, et al. (2021) afirmam que os pacientes com TEA apresentam de forma característica uma dificuldade em modular seu estado de excitação em decorrência de situações e mudanças sociais ou ambientais, o que pode desencadear sinais e sintomas confundíveis com um episódio afetivo. Também leva em consideração, nesse contexto, que o autismo dificulta que o paciente identifique seu próprio estado de humor e o expresse de forma fidedigna, interferindo na avaliação para o diagnóstico diferencial. Além disso, no que tange ao diagnóstico de TAB, muitas ferramentas usadas não têm acurácia avaliada para pessoas com TEA, o que é um problema em vista das diferenças entre a funcionalidade neurotípica e não neurotípica. Como exemplo, o estado de mania costuma não ser típico em pacientes com TEA, que apresentam mais frequentemente um humor disfórico do que um humor eufórico.

No que diz respeito aos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, uma Revisão Sistemática publicada em 2016 na Sage Publications destaca que a falta de estudos robustos não permite estabelecer uma prevalência para a ocorrência concomitante desses transtornos com o TEA, sendo que os artigos já publicados envolviam critérios e definições não formais, bem como amostras muito variáveis e altamente selecionadas (ARNEVIK EA e HELVERSCHOU SB, 2016).

Um outro artigo, publicado na Elsevier em 2023, por sua vez, afirma que segundo as pesquisas mais recentes, apesar de existirem limitações nos dados que relacionam dificuldades de processamento sensorial e uso de substâncias, o TEA em si é considerado um fator de risco para esses Transtornos, sendo o risco do uso abusivo 6 vezes maior em autistas do que em neurotípicos. As principais motivações de uso envolvem o auxílio à sociabilidade, mas também estão associadas com automedicação para problemas de saúde mental e redução de sintomas psiquiátricos, o que pode afetar na identificação de possíveis comorbidades do TEA (BOOGERT F, et al., 2023). Ainda assim, os estudos são incipientes quando se pensa na prática clínica.

De acordo com Farag F, et al. (2022), a prevalência de Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) é maior entre crianças com TEA, bem como as dificuldades alimentares de forma geral, que chegam a atingir cinco vezes mais os pacientes no espectro do que aqueles sem TEA. Especificamente, o estudo constatou que 49% das crianças da amostra atenderam aos critérios de TARE, e os principais preditores foram: idade mais jovem, TEA comórbido e sexo masculino.

O estudo menciona que crianças com dificuldades de alimentação também podem ter outras comorbidades típicas do TEA, como condições sensoriais e do neurodesenvolvimento e condições médicas complexas. No entanto, se concentra especificamente na relação entre TARE e TEA, destacando que alguns traços do autismo tendenciam a padrões mais restritivos de alimentação, como a rigidez cognitiva e a valorização da rotina e previsibilidade. Nesse contexto, um dos fatores mais importantes na predisposição à perpetuação do TARE é a alta sensibilidade sensorial característica do autismo, que pode levar à recusa alimentar em vista de textura, cor ou outras características dos alimentos e seus grupos. É importante ressaltar que a seletividade alimentar é muito comum no TEA e, quando é muito intensa ou causa maior prejuízo à funcionalidade, pode se tornar TARE, levando, inclusive, a outros resultados negativos para a saúde, como deficiência de ferro ou de cálcio.

Segundo Jutla A, et al. (2022), o TEA e esquizofrenia são transtornos separados, com perfis clínicos e histórias naturais distintas. No entanto, pessoas com TEA e pessoas com esquizofrenia compartilham várias características. Estudos mostram que jovens com TEA têm três a seis vezes mais chances de desenvolver esquizofrenia do que seus pares neurotípicos. Além disso, indivíduos com os dois transtornos apresentam desempenho semelhante em medidas neurocognitivas de cognição social. Para diagnosticar esquizofrenia num indivíduo que já possui o diagnóstico de TEA, é necessário identificar uma quebra funcional, ou seja, um prejuízo grande no funcionamento global prévio, com mais comportamento desorganizado e sinais sugestivos de alteração da sensopercepção.

Essa quebra funcional costuma ocorrer no estágio da puberdade. Nem sempre é fácil essa distinção, pois, por exemplo, os solilóquios (sinal de psicose) podem ser confundidos com ecolalia tardia (fenômeno comum

no autista que consiste em repetir falas e diálogos, geralmente de desenhos assistidos, tardiamente fora de contexto). Além disso, comportamentos desorganizados (sinal de psicose) podem ser confundidos com estereotípias ou maneirismos. Portanto, a distinção diagnóstica é difícil, de modo que a regressão ou quebra de funcionamento prévio será o principal fator para suspeita de abertura de um transtorno psicótico num indivíduo autista.

Outros transtornos que apresentam semelhanças fenomenológicas com o Autismo são os Transtornos de Personalidade. Apesar de os sintomas se iniciarem, geralmente, em períodos distintos, podem se sobrepor, gerando dificuldades diagnósticas.

Hofvander B, et al. (2009) expõe pesquisa em que 68% dos pacientes com TEA tinham diagnóstico de pelo menos um Transtorno de Personalidade (HOFVANDER B, et al., 2009 apud ALLELY CS, et al., 2023), já em estudo de Lugnegard T, et al. (2012) essa taxa foi de, aproximadamente 48% (LUGNEGARD T, et al., 2012 apud ALLELY CS, et al., 2023).

A sobreposição dos transtornos é mais clara no âmbito dos relacionamentos e da comunicação social, gerando incerteza diagnóstica principalmente em mulheres, que naturalmente já representam um grupo com maior dificuldade diagnóstica - devido aos mecanismos de “camuflagem” dos sintomas do TEA que utilizam de forma mais contundente (HERVÁS A, 2022).

Um exemplo de confusão diagnóstica comum ocorre em mulheres autistas com intensa desregulação emocional, que pode implicar em um diagnóstico errôneo de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), o qual se manifesta com raiva intensa e comportamento autodestrutivo (ALLELY CS, et al., 2023).

O motivo para tal confusão é a presença de desregulação emocional em ambos os transtornos, porém a distinção se faz pela gênese dessa desregulação: instabilidade emocional e baixa autoestima no TPB e rigidez cognitiva no TEA. Além disso, os transtornos de personalidade do cluster C, como o obsessivo-compulsivo ou anancástico e o esquivo ou evitativo, partilham muitas características com o TEA, o que pode, inclusive, gerar confusão no diagnóstico

Existe um desafio na prática clínica e na pesquisa no que tange à distinção entre os sintomas do TEA e das comorbidades psiquiátricas (MATSON JL e GOLDIN RL, 2013), dada a sobreposição de manifestações clínicas, que complica o diagnóstico e o tratamento. A compreensão detalhada das características específicas de cada uma é fundamental para um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz (GARGARO BA, et al., 2011).

Os desafios na diferenciação são agravados pela falta de critérios diagnósticos claros e uniformes, portanto o treinamento especializado e a colaboração entre profissionais de saúde mental podem ser fundamentais para melhorar a precisão do diagnóstico (MAZEFSKY CA, et al., 2012).

Além disso, o desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação, como escalas e questionários validados, considerando a complexidade do espectro, é essencial para reduzir a confusão com outras condições mentais (MATSON JL, et al., 2016). É possível também que, num futuro próximo, testes genéticos como genotipagem e identificação de polimorfismos associados aos transtornos possam auxiliar no processo diagnóstico. A conscientização desses desafios e o compromisso em abordá-los podem levar a diagnósticos mais precisos e, conseqüentemente, a tratamentos mais eficazes para os indivíduos afetados (LAI MC, et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ressalta a complexidade envolvida na distinção entre os sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e comorbidades psiquiátricas, evidenciando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e aprimoramento constante das ferramentas de avaliação. Além disso, destaca a importância do treinamento especializado e da colaboração entre profissionais de saúde mental para garantir diagnósticos mais precisos. As perspectivas futuras incluem o desenvolvimento de testes genéticos para auxiliar no processo diagnóstico. Contudo, novos desafios surgirão à medida que a compreensão do TEA evoluir, demandando uma resposta contínua e adaptável da comunidade científica e dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALLELY CS, et al. Autism spectrum disorder and personality disorders: How do clinicians carry out a differential diagnosis?. *Autism*, 2023; 10(6): 1847-1850.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: 2013.
3. ARNEVIK EA e HELVERSCHOU SB. Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder - A Systematic Review. *Subst Abuse*. 2016; 10(1): 69-75.
4. BHANDARI S, Thrombotic Thrombocytopenic Purpura. *N Engl J Med*, 2019; 380(16): 23.
5. BOOGERT, F, et al. Sensory processing and alcohol use in adults with autism spectrum disorder. *Alcohol*, 2023; 19(114): 25-30.
6. BROOKMAN-FRAZEE L, et al. Characterizing psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder receiving publicly funded mental health services. *Autism*, 2019; 23(7): 1745-1758.
7. CAPRIOLA-HALL NN, et al. Caution When Screening for Autism among Socially Anxious Youth. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2020; 51(5): 1540-1549.
8. CHIURAZZI P, et al. Genetic analysis of intellectual disability and autism. *Acta Biomed*, 2020; 91(13-S): e2020003.
9. CRAIG F, et al. Overlap between Autism Spectrum Disorders and attention deficit hyperactivity disorder: searching for distinctive/common clinical features. *Autism Research*, 2015; 8(3): 328-337.
10. DE BRUIN EI, et al. High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2007; 37(5): 877-886.
11. DUNALSKA A, et al. Comorbidity of bipolar disorder and autism spectrum disorder - review paper. *Psychiatr Pol*, 2021; 55(6): 1421-1431.
12. FARAG F, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder: clinical implications for assessment and management. *Dev Med Child Neurol*, 2022; 64(2): 176-182.
13. GARGARO BA, et al. Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2011; 35(5): 1081-1088.
14. GONZÁLEZ MC, et al. Autism spectrum disorder: Clinical diagnosis and ADOS Test. *Revista Chilena De Pediatría*, 2019; 90(5): 485-491.
15. HERVÁS A. Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*, 2022; 82(Supl. I): 37-42.
16. HOFVANDER B, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 2009; 9: 35.
17. HOSSAIN MM, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*, 2020; 287: 112922.
18. HUDSON CC, et al. Prevalence of Depressive Disorders in Individuals with Autism Spectrum Disorder: a Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 2019; 47(1): 165-175.
19. HYMAN SL, et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. Council On Children With Disabilities, Section On Developmental And Behavioral Pediatrics. *Pediatrics*, 2020; 145(1): e20193447.
20. JONES CRG, et al. Co-occurrence of developmental disorders: children who share symptoms of autism, dyslexia and attention deficit hyperactivity disorder. *Pesquisa em Revista de Saúde Mental*, 2014; 17(2): 115-124.
21. JOSHI G, et al. The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010; 40(11): 1361-1370.
22. JUTLA A, et al. Autism spectrum disorder and schizophrenia: an updated conceptual review. *Autism Res*, 2022; 15(3): 384-412.
23. KENTROU V, et al. Delayed autism spectrum disorder recognition in children and adolescents previously diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Autism*, 2019; 23(4): 1065-1072.
24. KERNS CM e KENDALL PC. The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical psychology: Science and practice*, 2012; 19(4): 323-347.
25. LAI MC, et al. A Multidimensional Meta-Analysis of Pharmacotherapy for Autism Spectrum Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 2014; 171(8): 834-841.
26. LECAVALIER L, et al. An exploration of concomitant psychiatric disorders in children with autism spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2019; 88(1): 57-64.

27. LEE DO e OUSLEY OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2006; 16(6): 737-746.
28. LEYFER OT, et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006; 36(7): 849-861.
29. LUGNEGARD T, et al. Personality disorders and autism spectrum disorders: What are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, 2012; 53(4): 333-340.
30. MARTIN AF, et al. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2020; 29(11): 1603-1611.
31. MATSON JL e GOLDIN RL. Comorbidity and autism: trends, topics and future directions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2013; 7(10): 1228-1233.
32. MAZEFSKY CA, et al. The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 2012; 51(7): 679-688.
33. MATSON JL, et al. Comorbidity of physical and motor problems in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2016; 21(1): 1-7.
34. MULAS F e ROCA P. Concordancias entre los trastornos del espectro del autismo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2018; 66(Supl 1): S91-6.
35. PARMEGGIANI A, et al. Early features of autism spectrum disorder: a cross-sectional study. *Italian Journal of Pediatrics*, 2019; 45(10): 14.
36. PAZUNIAK M e PEKRUL SR. Obsessive-Compulsive Disorder in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2020; 29(2): 419-432.
37. ROGERS SJ e VISMARA LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child e Adolescent Psychology*, 2008; 37(1): 8-38.
38. RONALD A, et al. Genetic heterogeneity between the three components of the autism spectrum: A twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2010; 45(6): 691-699.
39. SIMONOFF E, et al. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008; 47(8): 921-929.
40. SOKOLOVA E, et al. A causal and mediation analysis of the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD). *J Autism Dev Disord*, 2017; 47: 1595-1604.
41. VAN DER MEER JM, et al. Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2012; 51: 1160-1172.e1163.
42. WOZNIAK J, et al. Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(11): 1552-1559.