

## **ESTUDO DE CASO: EDUCANDO COM TEA NÍVEL DE SUPORTE 3 E DI SEVERA**

**Autora:** Monique Zanardo Ferreira.

**Resumo:** O artigo apresenta um estudo de caso de uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível de suporte 3 e deficiência intelectual severa. Ele descreve as dificuldades motoras, comportamentais e comunicativas do paciente, bem como as intervenções multidisciplinares realizadas (fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e acompanhamento pedagógico). O tratamento contribuiu para as melhorias de locomoção, comunicação e comportamento, apesar de desafios persistentes como obesidade e não-verbalidade. O estudo destaca seus resultados advindos da abordagem integrada e do envolvimento familiar para a evolução positiva da criança.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista. Tratamento. Equipe multidisciplinar.

### **1 Introdução**

O paciente V.R.A., do sexo masculino, nascido em agosto de 2016, possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) de nível de suporte 3 (F84.0 da CID-10), associado a quadro de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual Severo (F73.0 da CID-10). Essa classificação, conforme a Associação Americana de Psiquiatria (2013), caracterizou indivíduos que necessitam de suporte substancial em diversos contextos, devido a déficits significativos nas áreas de comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos. De acordo com esta descrição, V.R.A. foi identificado como uma criança com baixa funcionalidade, o que se reflete em seu comportamento e habilidades comunicativas. Ele foi descrito como não-verbal, utilizando-se principalmente de choro e lamentações para expressar desconforto, frequentemente recorrendo ao uso de terceiros como ferramenta de interação.

Sua resposta a estímulos verbais, visualizações e interações sociais mostraram-se mínimas, demonstrando desinteresse por pares, ausência de formação de amizades e ignorância à presença de outras crianças, comportamentos frequentemente observados em crianças autistas com maior comprometimento (Volkmar et al., 2014). Em termos comportamentais, V.R.A. não apresentou sinais de heteroagressividade, mas demonstrou-se incisivo ao manifestar desejos, evidenciando dificuldades em respeitar o espaço pessoal do outro, um desafio comum entre indivíduos no espectro (Howlin e Moss, 2012). No entanto, episódios de autoagressão foram registrados, incluindo comportamentos como jogar-se no

chão e debater-se, muitas vezes resultando em danos às roupas e fraldas, condutas que reforçam a necessidade de suporte intensivo (Matson et al., 2009).

Em relação à locomoção, o paciente apresentou dificuldades significativas, incluindo baixa percepção de objetos ou obstáculos no caminho e ausência de noção de perigo, conforme documentado em estudos sobre habilidades motoras em crianças com TEA (MacDonald et al., 2013). A falta de controle sobre sua força também ocasionou a quebra de objetos de forma não intencional.

Durante as refeições, manteve-se inquieto e agitado, alimentando-se de maneira rudimentar, comendo de forma voraz e brincando com a comida, comportamentos que exigem supervisão constante para evitar riscos de ingestão inadequada.

No âmbito da higiene pessoal, V.R.A. utiliza fraldas e não comunica suas necessidades fisiológicas, quando necessária a troca, demonstra através da mudança de comportamento, padrão compatível com crianças autistas em níveis mais severos (American Psychiatric Association, 2023). Demanda suporte total para atividades de higiene, não apresenta autonomia ou interesse em aprender habilidades relacionadas, características que reforçam a dependência para tarefas diárias.

No momento da avaliação inicial, conforme relato dos pais, V.R.A. esteve em uso de Escitalopram 20mg, Risperidona 1mg e Amplictil 40mg, medicamentos frequentemente prescritos para controle de sintomas associados ao TEA, como intransitáveis e comportamentos disruptivos (Fung et al., 2016). O paciente já passou por acompanhamento médico com gastroenterologista e endocrinologista, e foi orientado a avaliação genética, conforme recomendação do neurologista infantil, conduta padrão em casos de TEA associado a comorbidades (Volkmar et al., 2014).

Além disso, V.R.A. apresenta obesidade, condição comórbida significativa que interferiu em sua mobilidade e saúde geral.

Estudos apontam que a obesidade em crianças com TEA pode estar associada a padrões alimentares e dificuldade de controle de peso devido a alterações comportamentais e medicamentos (Zuckerman et al., 2014). Essa condição exige cuidados contínuos para o monitoramento e tratamento da saúde física e emocional, com acompanhamento nutricional necessário para ajustar sua ingestão alimentar e implementar estratégias de controle de peso (Rimmer et al., 2010). Essas medidas foram consideradas essenciais para o manejo da obesidade e para a melhoria de sua qualidade de vida.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, visando à análise da evolução de um paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de nível de suporte 3, atendido na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A pesquisa foi conduzida com base na observação clínica e na documentação dos progressos do paciente ao longo do tempo, considerando as intervenções terapêuticas e os resultados obtidos.

### 2.2 Critérios de Inclusão

O paciente V.R.A. foi selecionado para este estudo com base nos seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) de nível de suporte 3 (F84.0), associado a quadro de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual Severo (F73.0), conforme classificação do DSM-5tr e da CID-10;
- Perfil compatível para o atendimento da APAE;
- Aceitação e adesão das intervenções terapêuticas;
- Acompanhamento contínuo desde o início do tratamento, com disponibilidade para monitoramento de sua evolução.

### 2.3 Materiais Utilizados

Os materiais utilizados durante o processo terapêutico incluíram:

- Equipamentos de fisioterapia, como aparelhos de estimulação muscular, materiais para treino de marcha e equilíbrio, rampas e escadas;
- Brinquedos pedagógicos como massinha de modelar, bolas de gel, pesca, aramados, montagens, encaixes, pareamento de cores, reconhecimento de frutas e objetos por cores, ábaco, prendedores de roupa para movimento de pinça e caixa surpresa;

- Recursos audiovisuais, como vídeos e áudios, utilizados em atividades terapêuticas para promover a interação e o interesse do paciente em estímulos visuais e sonoros;
- Material de apoio à psicoterapia, como jogos de encaixe, de cores, jogo da memória, aramados e alfabetos.

## 2.4 Intervenções Terapêuticas

A intervenção terapêutica foi realizada de forma multidisciplinar, envolvendo diversas áreas da saúde.

As intervenções específicas realizadas incluem:

### 2.4.1 Fisioterapia Motora:

- Sessões de fisioterapia motora realizadas duas vezes por semana, com duração de 40 minutos cada;
- As intervenções objetivaram melhorar a força muscular, o equilíbrio e a locomoção do paciente;
- O treino de marcha foi intensificado com o uso de rampas e escadas para promover a resistência e melhora da postura.

### 2.4.2 Fonoaudiologia:

- Sessões semanais de fonoaudiologia, focadas na estimulação da comunicação e da compreensão de estímulos auditivos;
- Utilização de brinquedos que emitem sons e estímulos auditivos para incentivar a resposta e interação do paciente.

### 2.4.3 Acompanhamento Pedagógico:

- Acompanhamento pedagógico realizado quatro vezes por semana, com atividades direcionadas ao desenvolvimento cognitivo e social, visando aumentar o

interesse do paciente por estímulos educacionais e promover a compreensão de cores e objetos;

- Atividades que estimulem a parte sensorial do mesmo, como o uso de texturas e sons;
- Treino de socialização e paciência com atividades ao ar livre, que demandem espera do mesmo, além do ato de sair da sua zona de conforto, do ambiente do dia a dia em sala de aula;
- Adaptação de estratégias pedagógicas para o engajamento do paciente em atividades de aprendizagem de forma lúdica.

#### 2.4.4 Psicoterapia:

- Acompanhamento psicológico com ênfase no manejo comportamental e na flexibilização para a aceitação de mudanças;
- Estratégias para reduzir episódios de autoagressão e melhorar a tolerância do paciente a frustrações e alterações de rotina;
- Tolerância à permanência em locais;
- Manejo de comportamentos disruptivos;
- Controle da voracidade e compulsão alimentar;
- Sessão de orientação parental.

### 2.5 Frequência e Duração das Sessões

#### 2.5.1. Fisioterapia Motora:

- 2x por semana, 40 minutos cada sessão.

#### 2.5.2 Fonoaudiologia:

- 1x por semana, 30 minutos.

### 2.5.3 Acompanhamento Pedagógico:

- 4x por semana, no período matutino.

### 2.5.4 Psicoterapia:

- 1x por semana, com duração de 30 minutos.

## 2.6. Avaliação da Evolução

A evolução do paciente foi monitorada por meio de observações clínicas, relatórios e a coleta de dados fornecidos pelos profissionais envolvidos nas intervenções, além dos relatórios e laudos recebidos das consultas médicas. A avaliação considerou os seguintes aspectos:

- Melhorias na locomoção e postura;
- Facilidade nas Atividades de vida diária;
- Redução de episódios de autoagressão e aumento da tolerância a mudanças;
- Progressos na interação social e diminuição do uso de choro e lamentações como principal forma de comunicação.

As mudanças observadas foram registradas de forma contínua e comparadas com o início do tratamento, a fim de verificar a efetividade das intervenções terapêuticas aplicadas.

## 2.7 Discussão

O tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de nível de suporte 3 requer uma abordagem multidimensional, integrando intervenções que atendam às áreas motora, cognitiva, comportamental e social. No caso de V.R.A., o trabalho multidisciplinar foi essencial para alcançar progressos em diversos aspectos do desenvolvimento. Conforme descrito por Wong et al. (2015), estratégias personalizadas que consideram as características individuais do paciente são mais eficazes na promoção do aprendizado e da adaptação funcional.

Do ponto de vista motor, a fisioterapia desempenhou um papel crucial na melhoria da marcha, no equilíbrio e na força muscular de V.R.A., refletindo o impacto positivo da intervenção direcionada em crianças com dificuldades motoras graves. Segundo estudos de Reed et al. (2021), intervenções regulares focadas no fortalecimento muscular e no treino de marcha podem melhorar significativamente a independência funcional e a qualidade de vida de crianças com TEA e dificuldades motoras associadas.

No aspecto comportamental, os resultados do caso destacam a importância de intervenções psicossociais integradas. Inicialmente, o paciente apresentava resistência às sessões de fisioterapia, comportamento típico em crianças com TEA severo, devido à dificuldade em lidar com mudanças e ambientes desconhecidos (APA, 2023). A adaptação gradual e o uso de abordagens lúdicas foram estratégias importantes para aumentar a aceitação do tratamento. Estudos sugerem que estratégias baseadas em reforço positivo podem reduzir significativamente os comportamentos disruptivos em crianças com TEA, corroborando com o que pôde ser visualizado com o aluno em questão durante o período de acompanhamento (Kazdin, 2019).

A obesidade em crianças com TEA, presente no caso de V.R.A., é uma preocupação crescente. Estudos indicam que fatores como baixa atividade física, seletividade alimentar e uso de medicamentos psicotrópicos podem contribuir para índices elevados de obesidade nessa população (Hill et al., 2020). No caso em questão, o peso do paciente impactou diretamente suas habilidades motoras e aumentou os riscos de comorbidades metabólicas. Intervenções que associam a fisioterapia com um acompanhamento nutricional adequado podem ser estratégias eficazes para lidar com essa questão (Curtin et al., 2014).

A comunicação foi outro desafio significativo no caso de V.R.A., que apresenta não-verbalidade e pobre intenção comunicativa. Estudos de Lord et al. (2020) apontam que o desenvolvimento da comunicação em crianças com TEA de nível de suporte 3 é frequentemente limitado, exigindo abordagens personalizadas, como o uso de Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação (SAAC). Embora essas estratégias não tenham sido o foco do presente estudo, poderiam ser consideradas para melhorar a interação e a expressão das necessidades do paciente.

Por fim, a participação ativa da família foi um fator chave para o sucesso das intervenções. Segundo os achados de Karst e Van Hecke (2012), famílias envolvidas no processo terapêutico não apenas fortalecem a continuidade do tratamento, mas também promovem um ambiente mais favorável ao desenvolvimento da criança em casa. No caso de V.R.A., o suporte familiar foi crucial para garantir a adesão às intervenções e a generalização dos progressos alcançados.

Os desafios enfrentados, como a resistência inicial ao tratamento e a complexidade das comorbidades, reforçam a necessidade de um plano terapêutico contínuo e flexível. O

uso de abordagens adaptativas, conforme descrito por Schreibman et al. (2015), é essencial para lidar com as mudanças nas necessidades do paciente ao longo do tempo.

Embora os resultados deste estudo de caso sejam promissores, é importante reconhecer suas limitações, como a ausência de um acompanhamento nutricional formal e a falta de um programa estruturado de intervenção para a comunicação. Estudos futuros poderiam explorar a integração dessas áreas para oferecer um suporte mais abrangente a pacientes com perfis similares.

### **3 Considerações finais**

Este estudo de caso evidenciou a importância de uma abordagem terapêutica integrada e adaptativa para o tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente em níveis de suporte mais elevados. O acompanhamento multidisciplinar, envolvendo fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia e apoio pedagógico, demonstrou ser fundamental para o progresso de V.R.A. nas áreas motoras, comportamentais e comunicativas.

O tratamento fisioterápico, focado no fortalecimento dos membros inferiores e no treino de marcha, possibilitou avanços significativos na mobilidade do paciente, permitindo-lhe realizar atividades cotidianas, como subir escadas e rampas, com mais facilidade. A fonoaudiologia, por sua vez, teve um papel importante no desenvolvimento da comunicação, embora o processo de avanço tenha sido gradual, dado o quadro clínico de não-verbalidade. No aspecto comportamental, a integração terapêutica contribuiu para o aumento da tolerância às mudanças e redução de comportamentos disruptivos, como o choro e lamentações. No entanto, ainda persiste a necessidade de intervenções adicionais, especialmente no que se refere ao controle da obesidade associada e à comunicação verbal.

A resistência inicial do paciente às intervenções terapêuticas, especialmente à fisioterapia, destacou a importância de estratégias adaptadas às necessidades e preferências individuais, que facilitam a adesão ao tratamento. Além disso, o suporte familiar se mostrou essencial, pois a participação ativa da família nas intervenções terapêuticas permitiu a continuidade e a consistência das estratégias tanto no ambiente terapêutico quanto em casa, promovendo uma evolução mais eficaz.

Apesar dos desafios contínuos, como as limitações comunicativas e a obesidade associada, este estudo demonstrou que o tratamento multidisciplinar é crucial para o desenvolvimento global de crianças com TEA. A continuidade das intervenções, com adaptações ao longo do tempo, é vital para maximizar os avanços e proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do paciente.

Assim, conclui-se que a colaboração entre profissionais da saúde e a participação familiar são componentes fundamentais para garantir o sucesso do tratamento e possibilitar o alcance de novos marcos no desenvolvimento de crianças com TEA de nível de suporte 3.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5tr*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2023.

CURTIN, C. et al. Obesity in children with autism spectrum disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 22, n. 2, p. 93-103, 2014.

HILL, A. P. et al. Prevalence and correlates of overweight and obesity in autism spectrum disorder. *Pediatrics*, v. 146, n. 6, p. e20200213, 2020.

KARST, J. S.; VAN HECKE, A. V. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 15, n. 3, p. 247-277, 2012.

KAZDIN, A. E. *Behavior modification in applied settings*. Long Grove, IL: Waveland Press, 2019.

LORD, C. et al. Autism spectrum disorder. *The Lancet*, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2020.

REED, P. et al. Motor skills interventions in children with autism spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 63, n. 3, p. 334-341, 2021.

SCHREIBMAN, L. et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 8, p. 2411-2428, 2015.

WONG, C. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 45, n. 7, p. 1951-1966, 2015.