Transtorno do Espectro Autista (TEA): fundamentos psicológicos, níveis de suporte, intervenções terapêuticas e implicações para a atuação profissional e familiar com foco em pacientes com nível 2 de suporte.

Estudo acadêmico — Psicologia Clínica, Psicologia do Desenvolvimento e Neurodesenvolvimento

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) constitui uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Essas manifestações apresentam grande variabilidade entre indivíduos, tanto em sua expressão clínica quanto em suas repercussões sobre a autonomia, a aprendizagem, a adaptação social e a qualidade de vida.

Na perspectiva contemporânea da Psicologia, o autismo deve ser compreendido a partir de uma abordagem biopsicossocial, considerando a interação entre características neurobiológicas, processos cognitivos, desenvolvimento emocional, condições ambientais e oportunidades de participação social.

O TEA não é uma doença degenerativa, tampouco uma condição que deva ser compreendida exclusivamente por suas limitações. Trata-se de uma condição do neurodesenvolvimento que acompanha o indivíduo ao longo da vida, embora suas manifestações e necessidades de apoio possam se modificar significativamente.

A compreensão clínica do TEA envolve dois referenciais complementares: o modelo diagnóstico, fundamentado principalmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição, texto revisado (DSM-5-TR), e a perspectiva da neurodiversidade, que reconhece a diversidade de funcionamentos neurológicos humanos e destaca a importância da acessibilidade, da inclusão e do respeito à singularidade.

A classificação em três níveis de suporte, proposta pelo DSM-5 e mantida no DSM-5-TR, procura caracterizar a intensidade do apoio necessário para que o indivíduo consiga desempenhar atividades, estabelecer relações e participar de diferentes contextos sociais.

Entretanto, é fundamental compreender que os níveis de suporte não representam uma escala linear de inteligência, capacidade intelectual, valor pessoal ou potencial de desenvolvimento. Uma pessoa com TEA nível 2, por exemplo, pode apresentar habilidades cognitivas preservadas ou superiores à média em determinadas áreas e, simultaneamente, necessitar de apoio substancial na comunicação social, na regulação emocional e nas atividades cotidianas.

O presente estudo examina os fundamentos diagnósticos do TEA, apresenta uma análise comparativa dos três níveis de suporte e discute as possibilidades de intervenção psicológica, as competências profissionais necessárias ao atendimento e as demandas familiares e sociais. Dedica-se atenção especial ao nível 2, considerando sua complexidade clínica e a necessidade frequente de intervenções individualizadas e articuladas entre diferentes profissionais.

2. Conceituação clínica e critérios diagnósticos

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2022), o diagnóstico do TEA pressupõe a identificação de dois grandes conjuntos de características.

2.1. Déficits persistentes na comunicação e na interação social

O primeiro domínio envolve dificuldades ou diferenças clinicamente significativas em três dimensões:

1. Reciprocidade socioemocional: dificuldades para iniciar ou sustentar interações sociais recíprocas, compartilhar interesses, compreender determinadas convenções sociais e participar de conversações.
2. Comunicação não verbal: diferenças na utilização ou interpretação de gestos, expressões faciais, contato visual, postura corporal e outros recursos comunicacionais.
3. Desenvolvimento e manutenção de relacionamentos: dificuldades para adaptar o comportamento a diferentes situações sociais, estabelecer amizades ou compreender regras sociais implícitas.

Essas manifestações devem ser interpretadas considerando a idade, o desenvolvimento, a cultura e o contexto da pessoa. Por exemplo, o contato visual reduzido, isoladamente, não constitui evidência suficiente para um diagnóstico.

2.2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento

O segundo domínio compreende pelo menos duas das seguintes manifestações:

- Movimentos motores, utilização de objetos ou padrões de fala repetitivos.
- Insistência em rotinas, resistência a mudanças ou necessidade acentuada de previsibilidade.
- Interesses altamente circunscritos ou intensos.
- Hiper-reatividade ou hiporreatividade sensorial, ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente.

Para o diagnóstico, essas características precisam estar presentes desde o período do desenvolvimento, ainda que se tornem mais evidentes posteriormente, e ocasionar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento atual. Além disso, não devem ser mais bem explicadas exclusivamente por deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento.

A avaliação deve considerar possíveis condições associadas, como deficiência intelectual, TDAH, transtornos de ansiedade, alterações do sono, epilepsia e dificuldades de linguagem.

3. Os três níveis de suporte do TEA

O DSM-5-TR diferencia os níveis de suporte em função da intensidade do apoio necessário nos domínios da comunicação social e dos comportamentos restritos e repetitivos.

Nível 1 — Requer apoio

A pessoa apresenta dificuldades perceptíveis de comunicação social e flexibilidade comportamental, especialmente quando não dispõe de adaptações ou suporte. Pode demonstrar autonomia em diversas atividades, embora encontre obstáculos importantes em situações sociais complexas e mudanças de rotina.

Nível 2 — Requer apoio substancial

As diferenças de comunicação verbal e não verbal são mais evidentes, mesmo quando existem apoios. A pessoa pode apresentar iniciativa social reduzida ou interações limitadas, além de dificuldades expressivas para lidar com mudanças, regular comportamentos e transitar entre atividades.

Nível 3 — Requer apoio muito substancial

Caracteriza-se por necessidades intensas de apoio à comunicação, à flexibilidade e à participação cotidiana. Pode haver grande dificuldade para iniciar interações sociais, responder a iniciativas de outras pessoas e enfrentar mudanças, frequentemente exigindo suporte contínuo em múltiplos contextos.

É importante ressaltar que os níveis são especificadores clínicos, não categorias permanentes e imutáveis. A necessidade de suporte pode variar ao longo do desenvolvimento e entre ambientes. Além disso, os dois domínios diagnósticos podem apresentar gravidades diferentes, exigindo uma descrição individualizada.

4. Tabela comparativa dos três níveis de suporte

A tabela apresenta uma síntese clínica dos indicadores, manifestações comportamentais, intervenções e demandas assistenciais associados a cada nível.

Os exemplos são tendências possíveis, e não critérios obrigatórios ou exclusivos. A escolha do tratamento deve decorrer de avaliação funcional individualizada, e não apenas da classificação do nível de suporte.

American Academy of Pediatrics+2

Dimensão de análise	Nível 1 — Apoio	Nível 2 — Apoio substancial	Nível 3 — Apoio muito substancial
Comunicação verbal	Geralmente funcional, com possíveis dificuldades pragmáticas, interpretação literal e reciprocidade conversacional.	Linguagem variável: pode incluir frases simples, linguagem elaborada com dificuldades pragmáticas marcantes ou comunicação oral limitada.	Pode apresentar linguagem oral muito limitada ou ausente; há necessidade frequente de comunicação alternativa.
Interação social	Dificuldade para iniciar, manter e	Dificuldades marcantes, mesmo	Dificuldades muito intensas para iniciar e

	interpretar relações sociais.	com apoio; iniciativa social limitada e reciprocidade reduzida.	responder a interações sociais.
Comportamentos repetitivos	Interesses restritos e padrões repetitivos que interferem em algumas atividades.	Repetições, interesses restritos e rigidez que interferem frequentemente em diferentes contextos.	Padrões repetitivos e inflexibilidade com interferência muito intensa no funcionamento.
Flexibilidade cognitiva	Dificuldade com imprevistos, planejamento e transições.	Resistência importante a mudanças, podendo gerar sofrimento acentuado e desregulação.	Mudanças podem produzir sofrimento extremo e comprometer diversas atividades.
Processamento sensorial	Sensibilidade ou busca sensorial variável.	Podem existir necessidades importantes de adaptação sensorial.	Podem existir necessidades sensoriais intensas e persistentes.
Autonomia cotidiana	Pode ser elevada, mas com dificuldades em organização e tarefas complexas.	Frequentemente necessita de orientação, estruturação e supervisão em atividades específicas.	Pode necessitar de assistência extensa em múltiplas atividades.
Regulação emocional	Pode apresentar ansiedade, sobrecarga social e dificuldade para reconhecer ou expressar emoções.	Pode apresentar desregulação mais frequente diante de demandas comunicacionais, sensoriais ou mudanças.	Pode apresentar desregulação intensa, especialmente quando necessidades não são compreendidas ou atendidas.
Aprendizagem	Pode acompanhar currículo regular com adaptações individualizadas.	Pode necessitar de ensino estruturado, recursos visuais, mediação e adaptações pedagógicas.	Pode necessitar de apoios extensivos, comunicação acessível e ensino altamente individualizado.

Possíveis condições associadas	Ansiedade, TDAH, depressão e dificuldades executivas, entre outras.	Ansiedade, dificuldades de linguagem, TDAH, alterações do sono e deficiência intelectual, quando presente.	Podem coexistir deficiência intelectual, epilepsia, dificuldades de comunicação e outras condições médicas.
Abordagens psicológicas	TCC adaptada, intervenções socioemocionais e comportamentais, apoio à autonomia.	Intervenções comportamentais e desenvolvimentais individualizadas, TCC adaptada quando viável, apoio à comunicação funcional e regulação emocional.	Intervenções funcionais e desenvolvimentais, comunicação acessível, manejo de sofrimento e apoio intensivo à participação.
Outras intervenções	Fonoaudiologia, terapia ocupacional e adaptações educacionais conforme avaliação.	Fonoaudiologia, comunicação aumentativa e alternativa (CAA), terapia ocupacional, intervenções escolares e orientação familiar.	CAA, terapia ocupacional, fonoaudiologia, reabilitação e suporte interdisciplinar intensivo conforme necessidades.
Papel da família	Apoio emocional, respeito à autonomia, previsibilidade e mediação quando necessária.	Participação ativa na organização ambiental, comunicação, generalização de habilidades e acompanhamento terapêutico.	Participação intensiva na comunicação, segurança, cuidados diários e coordenação de serviços.
Rede de apoio	Escola, trabalho, família e serviços de saúde quando necessários.	Rede articulada entre família, escola, profissionais e serviços comunitários.	Rede interdisciplinar e intersetorial com suporte continuado e planejamento de cuidados.
Objetivos terapêuticos	Bem-estar psicológico, autonomia, relacionamentos e	Comunicação funcional, participação social, regulação emocional,	Comunicação de necessidades, conforto, segurança, autodeterminação

	manejo de condições associadas.	autonomia progressiva e qualidade de vida.	possível e qualidade de vida.

Observação clínica: nem a presença de deficiência intelectual nem a ausência de linguagem oral determinam isoladamente o nível de suporte. Também não é correto pressupor que uma pessoa nível 1 tenha sofrimento psicológico leve ou que uma pessoa nível 3 seja incapaz de aprender, estabelecer vínculos ou exercer escolhas.

5. Particularidades clínicas e psicológicas do TEA nível 2

O nível 2 merece atenção especial porque envolve necessidades substanciais de apoio que nem sempre são adequadamente reconhecidas nos ambientes familiares, escolares e clínicos.

Em determinados casos, a pessoa apresenta competências preservadas em atividades específicas, mas encontra dificuldades significativas para utilizar essas competências em situações novas, complexas ou socialmente exigentes.

Essa diferença entre habilidades demonstradas em ambientes previsíveis e funcionamento em contextos menos estruturados pode levar à superestimação de sua autonomia.

5.1. Comunicação e linguagem

Um dos aspectos mais relevantes é a distinção entre capacidade de falar e capacidade de comunicar-se funcionalmente.

Uma pessoa com TEA nível 2 pode apresentar vocabulário expressivo e conhecimento aprofundado sobre assuntos específicos, mas demonstrar dificuldades para:

- Iniciar espontaneamente uma conversa com finalidade social.
- Identificar quando outra pessoa não compreendeu sua mensagem.
- Comunicar desconforto, medo, dor ou necessidade de ajuda.
- Compreender ironias, ambiguidades e regras sociais implícitas.
- Adaptar a linguagem ao contexto ou ao interlocutor.
- Sustentar interações recíprocas fora de seus interesses predominantes.

Também pode apresentar ecolalia, uso de expressões repetidas ou padrões particulares de entonação. A ecolalia não deve ser automaticamente interpretada como comunicação sem função, pois pode desempenhar papéis comunicativos ou autorregulatórios.

Implicação terapêutica: a intervenção deve priorizar a comunicação funcional e acessível, incluindo fala, gestos, recursos visuais e CAA quando indicada, sem pressupor que o desenvolvimento da linguagem oral seja o único resultado desejável.

5.2. Rigidez cognitiva e dificuldades nas funções executivas

A flexibilidade cognitiva corresponde à capacidade de modificar estratégias, pensamentos ou comportamentos em resposta a novas demandas.

No TEA nível 2, dificuldades nessa dimensão podem comprometer significativamente a adaptação às atividades diárias.

Por exemplo, um adolescente pode realizar adequadamente uma tarefa escolar quando as instruções são previsíveis, mas apresentar sofrimento intenso quando o professor altera inesperadamente a sequência das atividades.

Em termos psicológicos, podem estar envolvidas dificuldades de alternância atencional, planejamento, antecipação, inibição comportamental e adaptação a situações novas.

Intervenções possíveis incluem agendas visuais, antecipação de transições, instruções graduais, ensino explícito de estratégias alternativas e adaptação ambiental. O objetivo não é eliminar a preferência por rotinas, mas ampliar a capacidade de lidar com mudanças necessárias sem sofrimento excessivo.

5.3. Regulação emocional e crises de desregulação

Pessoas com TEA nível 2 podem apresentar dificuldades para identificar, comunicar e regular estados emocionais, sobretudo em situações de sobrecarga.

É importante diferenciar três fenômenos:

Fenômeno	Caracterização	Conduta recomendada
Crise de desregulação (meltdown)	Resposta intensa de sobrecarga, com possível choro, agitação, fuga ou perda temporária da capacidade de responder às demandas.	Reduzir estímulos, garantir segurança, diminuir exigências e oferecer apoio comunicacional.
Retraimento por sobrecarga (shutdown)	Redução da comunicação, iniciativa ou responsividade, frequentemente acompanhada de necessidade de afastamento.	Oferecer ambiente seguro, tempo de recuperação e alternativas de comunicação sem pressão.
Comportamento de oposição ou recusa	Recusa observável diante de uma demanda, com causas que podem incluir dor, ansiedade, incompreensão, sobrecarga ou tentativa de evitar uma situação aversiva.	Investigar antecedentes, função do comportamento e necessidades não atendidas antes de definir intervenções.

Meltdown e shutdown são termos descritivos amplamente utilizados na comunidade autista e na prática clínica, mas não constituem categorias diagnósticas independentes do DSM-5-TR.

Uma crise não deve ser automaticamente interpretada como manipulação ou comportamento voluntariamente desafiador. A avaliação funcional precisa investigar as condições antecedentes e consequências, mas também dor, desconforto, privação de sono, fatores sensoriais e dificuldades comunicacionais.

As diretrizes NICE recomendam justamente a investigação de fatores físicos, psicológicos, comunicacionais e ambientais antes da implementação de intervenções dirigidas a comportamentos que geram risco ou sofrimento.

NICE+1

5.4. Particularidades sensoriais

As diferenças de processamento sensorial podem envolver hipersensibilidade, hipossensibilidade ou busca ativa por determinados estímulos.

No nível 2, quando essas características são relevantes, podem comprometer atividades como alimentação, higiene, deslocamentos, permanência em sala de aula e participação em ambientes coletivos.

Por exemplo, um estudante pode conseguir acompanhar uma aula individual em ambiente silencioso, mas apresentar sobrecarga significativa em uma sala com ruídos, iluminação intensa e movimentação constante.

A intervenção não deve se limitar ao treinamento de tolerância. É necessário avaliar quais estímulos podem ser reduzidos, quais adaptações são viáveis e quais estratégias de autorregulação são úteis à pessoa.

5.5. Autonomia e habilidades adaptativas

A autonomia deve ser analisada por áreas, evitando classificações globais.

Uma pessoa com TEA nível 2 pode conseguir realizar atividades de autocuidado, mas necessitar de supervisão para organizar horários, administrar compromissos, utilizar transporte ou lidar com situações sociais inesperadas.

É útil distinguir:

- Capacidade: o que a pessoa consegue fazer em condições favoráveis.
- Desempenho: o que consegue realizar habitualmente em seu ambiente.
- Necessidade de apoio: quais adaptações, orientações ou formas de assistência são necessárias para que consiga participar com segurança e bem-estar.

Essa distinção é especialmente importante para a avaliação psicológica e para o planejamento de intervenções.

5.6. Condições psicológicas associadas

Ansiedade, depressão, TDAH, alterações do sono e outras condições podem coexistir com o TEA. Sua ocorrência não deve ser atribuída automaticamente ao autismo.

No nível 2, dificuldades de comunicação podem tornar menos evidentes determinados sintomas emocionais. A ansiedade, por exemplo, pode manifestar-se por evitação de atividades, alterações do sono, aumento de comportamentos repetitivos ou crises em situações específicas.

Consequentemente, o psicólogo deve realizar uma avaliação cuidadosa, envolvendo observação, entrevista, informações familiares, comunicação acessível e instrumentos apropriados.

5.7. Exemplo clínico hipotético

Considere um adolescente de 14 anos, com diagnóstico de TEA nível 2, que utiliza linguagem oral, apresenta bom desempenho em atividades de programação e demonstra grande interesse por computadores.

Apesar dessas habilidades, encontra dificuldades para participar de trabalhos em grupo, interpretar instruções ambíguas e lidar com alterações inesperadas no horário escolar. Quando ocorrem mudanças sem antecipação, pode apresentar choro intenso, agitação ou necessidade de afastamento.

Nesse caso, a intervenção psicológica não deveria buscar simplesmente reduzir os comportamentos observáveis. Seria necessário compreender a função dessas respostas e desenvolver um plano que contemplasse comunicação de desconforto, previsibilidade, estratégias de autorregulação, flexibilização gradual e articulação com a escola.

O desempenho acadêmico elevado em uma área específica não elimina a necessidade de apoio substancial em outros aspectos da vida.

6. Abordagens terapêuticas e possibilidades de intervenção

A literatura científica contemporânea recomenda que as intervenções sejam individualizadas, fundamentadas em evidências, compatíveis com o perfil de desenvolvimento e orientadas à qualidade de vida.

Não existe uma única abordagem terapêutica que seja obrigatória ou igualmente eficaz para todas as pessoas autistas. As intervenções devem considerar idade, perfil cognitivo, linguagem, condições associadas, preferências pessoais, ambiente e objetivos estabelecidos em conjunto com a pessoa e sua rede de apoio.

6.1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC pode contribuir especialmente para o manejo de ansiedade, depressão, dificuldades de regulação emocional e outros problemas psicológicos associados.

Em pessoas com TEA nível 1 e em parte das pessoas com nível 2, pode ser utilizada mediante adaptações como linguagem concreta, recursos visuais, estruturação das sessões, exemplos contextualizados e participação de cuidadores quando apropriada.

No nível 2, a viabilidade da TCC depende das capacidades e necessidades individuais, não simplesmente do diagnóstico. Algumas pessoas se beneficiam de intervenções cognitivas verbalmente mediadas; outras necessitam de componentes predominantemente comportamentais, visuais ou experienciais.

O NICE recomenda considerar TCC adaptada para crianças e adolescentes autistas com ansiedade que apresentem condições cognitivas e comunicacionais para participar desse tipo de intervenção.

NICE+1

6.2. Análise do Comportamento Aplicada (ABA)

A Análise do Comportamento Aplicada utiliza princípios científicos da aprendizagem para compreender relações entre comportamento e ambiente e desenvolver intervenções individualizadas.

Entre as possibilidades estão o ensino de comunicação funcional, habilidades adaptativas, autonomia, resolução de problemas e estratégias alternativas para comportamentos associados a sofrimento ou risco.

Sua aplicação exige formação específica, avaliação funcional, monitoramento de resultados e atenção rigorosa à ética. Não deve ter como objetivo a supressão indiscriminada de comportamentos autísticos inofensivos, a imposição de contato visual ou a normalização da aparência social.

As intervenções comportamentais não devem ser confundidas com protocolos únicos ou intensidades fixas de atendimento. A evidência varia conforme o procedimento, o objetivo e a população estudada.

6.3. Intervenções desenvolvimentais e naturalísticas

As intervenções desenvolvimentais e naturalísticas procuram favorecer comunicação, interação e aprendizagem em situações significativas do cotidiano.

Podem utilizar brincadeiras, interesses espontâneos, atividades compartilhadas, modelagem e participação de cuidadores.

Entre os modelos estudados encontram-se intervenções naturalísticas desenvolvimentais e comportamentais, frequentemente identificadas pela sigla NDBI.

Sua indicação depende da faixa etária, do perfil de desenvolvimento, das metas e da qualificação profissional.

6.4. Comunicação aumentativa e alternativa (CAA)

A CAA compreende recursos que ampliam ou substituem formas de comunicação quando a fala não é suficiente para atender às necessidades da pessoa.

Pode envolver pranchas de símbolos, gestos, dispositivos eletrônicos, aplicativos e sistemas de comunicação estruturados.

É particularmente relevante para algumas pessoas com TEA níveis 2 e 3, embora sua indicação dependa das necessidades comunicacionais e não do nível diagnóstico isoladamente.

A implementação deve contar com avaliação e acompanhamento fonoaudiológico, em colaboração com os demais profissionais e cuidadores.

6.5. Intervenções complementares e tratamento medicamentoso

A terapia ocupacional pode contribuir para atividades de vida diária, participação ocupacional e adaptações sensoriais. A fonoaudiologia pode atuar na comunicação, linguagem e alimentação, conforme a necessidade.

Medicamentos não tratam as características centrais do autismo. Entretanto, podem ser indicados por médicos para condições associadas ou manifestações específicas que produzam sofrimento ou risco, após avaliação individualizada.

A diretriz NICE desaconselha utilizar medicamentos ou dietas de exclusão como tratamento das características centrais do TEA em crianças e adolescentes.

NICE+1

7. Qualificações necessárias ao psicólogo para atender pessoas com TEA

A atuação psicológica junto a pessoas autistas exige competências gerais da profissão e conhecimentos especializados em neurodesenvolvimento, avaliação, psicopatologia, intervenções baseadas em evidências e trabalho interdisciplinar.

No Brasil, é importante distinguir habilitação legal para exercer a Psicologia de competência técnica para realizar determinado procedimento.

O registro profissional ativo no Conselho Regional de Psicologia é a condição geral para o exercício regular da profissão. Não existe, como regra geral, uma habilitação legal separada que autorize o psicólogo a atender exclusivamente pessoas com TEA nível 1, 2 ou 3.

Entretanto, o profissional tem responsabilidade ética de atuar apenas em atividades para as quais possua capacitação pessoal, teórica e técnica. Cursos, supervisão, especializações e experiência clínica tornam-se progressivamente mais importantes diante de casos complexos.

7.1. Comparativo das competências profissionais

Dimensão	Atendimento nível 1	Atendimento nível 2	Atendimento nível 3
Formação básica	Graduação em Psicologia e CRP ativo.	Graduação em Psicologia e CRP ativo.	Graduação em Psicologia e CRP ativo.
Conhecimento especializado	TEA, psicopatologia, desenvolvimento, avaliação e adaptações psicoterapêuticas.	Conhecimento aprofundado em TEA, comunicação funcional, comportamento, funções adaptativas e regulação emocional.	Conhecimento aprofundado em necessidades complexas, comunicação acessível, avaliação funcional e prevenção de riscos.
Capacitação terapêutica	Formação na abordagem utilizada e	Treinamento específico nas intervenções utilizadas, incluindo	Capacitação avançada nos procedimentos

	em suas adaptações ao autismo.	estratégias não exclusivamente verbais.	empregados e experiência com necessidades extensas de apoio.
Avaliação clínica	Entrevistas, observação, avaliação de condições associadas e instrumentos adequados.	Avaliação multidimensional, funcional, comunicacional e adaptativa.	Avaliação individualizada e interdisciplinar, frequentemente com recursos de comunicação alternativa.
Trabalho interdisciplinar	Recomendado conforme necessidades.	Fortemente recomendado, com coordenação frequente entre profissionais.	Geralmente indispensável para atender às necessidades complexas.
Supervisão clínica	Recomendada, sobretudo no início da atuação.	Especialmente importante em casos de maior complexidade.	Fortemente recomendada, especialmente diante de riscos ou intervenções especializadas.
Competência com familiares	Psicoeducação, orientação e apoio emocional.	Orientação estruturada, capacitação de cuidadores e planejamento compartilhado.	Apoio intensivo, planejamento de cuidados, proteção e articulação da rede.

As diferenças descritas representam recomendações de competência clínica, não três certificações profissionais obrigatórias previstas em lei.

7.2. Competências específicas para o atendimento de TEA nível 2

O atendimento de pessoas com TEA nível 2 exige especial atenção a seis áreas de competência profissional.

Avaliação funcional do comportamento. O psicólogo precisa compreender os antecedentes, as funções possíveis e as consequências de comportamentos que interfiram na participação ou produzam sofrimento, sem desconsiderar causas físicas, sensoriais e comunicacionais.

Adaptação da comunicação terapêutica. O profissional deve ser capaz de utilizar linguagem acessível, instruções objetivas, suportes visuais e formas alternativas de expressão, quando necessário.

Regulação emocional. É importante conhecer estratégias de prevenção de sobrecarga, identificação de sinais de sofrimento, co-regulação e desenvolvimento gradual de habilidades de autorregulação.

Intervenção nas habilidades adaptativas. O psicólogo deve compreender como favorecer autonomia, tomada de decisões, participação social e generalização de aprendizagens para contextos cotidianos.

Articulação interdisciplinar. O profissional precisa saber trabalhar com fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, educadores e outros integrantes da rede, respeitando os limites de sua competência.

Orientação familiar. É necessário desenvolver habilidades para orientar cuidadores sem transferir a eles a responsabilidade integral pelo tratamento, respeitando sua disponibilidade, condições socioeconômicas e saúde emocional.

A qualificação ideal inclui formação continuada em TEA, estudo de intervenções empiricamente fundamentadas, experiência clínica supervisionada e conhecimento dos princípios éticos da prática centrada na pessoa.

7.3. Instrumentos de avaliação psicológica

A avaliação pode utilizar entrevistas, observação clínica, histórico do desenvolvimento, instrumentos de rastreio e medidas de funcionamento adaptativo.

Ferramentas frequentemente encontradas na literatura internacional incluem ADOS-2, ADI-R, Vineland e escalas de responsividade social. Entretanto, sua utilização profissional no Brasil depende de finalidade, formação, disponibilidade de versões apropriadas e, quando se tratar de teste psicológico, da situação do instrumento no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

Nenhum instrumento isolado estabelece automaticamente o diagnóstico ou o nível de suporte.

O diagnóstico deve resultar da integração de informações clínicas e desenvolvimentais, da avaliação de condições diferenciais e da análise das necessidades de apoio em contextos reais.

NICE+1

8. Demandas familiares e da rede de apoio

O impacto do TEA sobre a dinâmica familiar não decorre exclusivamente das características individuais da pessoa autista, mas também das barreiras sociais, da disponibilidade de serviços, das condições econômicas, das exigências de cuidado e da existência de redes de suporte.

A família deve ser compreendida como participante do processo terapêutico, mas também como destinatária de acolhimento e assistência psicológica quando necessário.

8.1. Comparação das necessidades familiares

Dimensão	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Organização familiar	Apoio à rotina, autonomia e planejamento.	Rotinas estruturadas, antecipação de mudanças e supervisão em atividades específicas.	Planejamento intensivo dos cuidados e assistência em múltiplas atividades.
Orientação parental	Psicoeducação e estratégias de comunicação e apoio emocional.	Orientação continuada para comunicação funcional, prevenção de crises e promoção de autonomia.	Orientação especializada para cuidados complexos, comunicação, segurança e participação.
Saúde mental dos cuidadores	Acompanhamento conforme demandas emocionais.	Atenção especial à sobrecarga, ansiedade, conflitos e exaustão.	Atenção continuada ao bem-estar e às necessidades de descanso dos cuidadores.
Participação escolar	Adaptações pedagógicas individualizadas.	Articulação frequente com a escola, recursos acessíveis e apoios individualizados.	Planejamento educacional individualizado e suporte extensivo conforme necessidades.
Rede profissional	Acompanhamento conforme indicação clínica.	Articulação interdisciplinar frequente.	Coordenação interdisciplinar e intersetorial contínua.
Planejamento de longo prazo	Educação, trabalho, relacionamentos e autonomia.	Autonomia progressiva, participação comunitária, formação e transição para a vida adulta.	Cuidados futuros, direitos, segurança, participação e possibilidades de autodeterminação.

Essas demandas são possibilidades frequentes, não regras. Famílias de pessoas com TEA nível 1 também podem enfrentar sobrecarga intensa, enquanto pessoas com nível 2 ou 3 podem alcançar níveis importantes de participação e autonomia quando recebem apoios adequados.

8.2. Demandas específicas das famílias de pessoas com TEA nível 2

No nível 2, a família frequentemente precisa equilibrar duas necessidades que podem parecer contraditórias: oferecer apoio substancial e, simultaneamente, promover o desenvolvimento da autonomia.

O excesso de assistência pode reduzir oportunidades de aprendizagem e participação, enquanto a retirada prematura de apoios pode gerar sofrimento, insegurança e dificuldades adaptativas.

O psicólogo pode contribuir para estabelecer um equilíbrio por meio de avaliações funcionais, identificação de habilidades já desenvolvidas, definição de metas realistas e orientação dos cuidadores.

Outro aspecto relevante é a possibilidade de desgaste emocional familiar. As demandas de acompanhamento, deslocamento, articulação com serviços, mediação escolar e manejo de situações de sobrecarga podem afetar a organização cotidiana.

Por isso, recomenda-se que o plano terapêutico inclua também a avaliação das condições de vida dos cuidadores, sua disponibilidade para participar das intervenções e a necessidade de serviços de descanso ou suporte social.

A participação dos familiares deve ocorrer de maneira colaborativa, sem culpabilização por dificuldades de desenvolvimento ou por eventuais crises.

8.3. A importância da rede de apoio

Uma rede efetiva deve integrar serviços de saúde, escola, assistência social, familiares e recursos comunitários.

No contexto brasileiro, essa articulação pode envolver o Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os serviços de assistência social e as instituições educacionais.

A Lei nº 12.764/2012 estabelece a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconhece a pessoa autista como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Além disso, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) estabelece direitos relacionados à acessibilidade, à participação social e à igualdade de oportunidades.

As diretrizes do Ministério da Saúde reforçam a importância do cuidado multiprofissional e da participação familiar na construção dos projetos terapêuticos.

Ministério da Saúde

9. Proposta de plano de intervenção psicológica para TEA nível 2

A seguir, apresenta-se um modelo acadêmico de planejamento clínico, aplicável a crianças e adolescentes com TEA nível 2 mediante adaptações individualizadas.

Área de intervenção	**Objetivo terapêutico**	**Estratégias possíveis**	**Indicadores de acompanhamento**
Comunicação funcional	Ampliar a capacidade de expressar	Comunicação visual, modelagem, estratégias	Iniciativas comunicativas funcionais e capacidade de solicitar ajuda.

	necessidades, emoções e escolhas.	naturalísticas e articulação com fonoaudiologia.	
Regulação emocional	Desenvolver recursos para reconhecer e lidar com sobrecargas.	Identificação de sinais corporais, co-regulação, recursos visuais e estratégias de enfrentamento.	Recuperação após sobrecarga, comunicação de desconforto e utilização de estratégias de apoio.
Flexibilidade cognitiva	Melhorar a adaptação a mudanças necessárias.	Antecipação, transições graduais, escolhas estruturadas e ensino de alternativas.	Participação em transições com menor sofrimento e maior previsibilidade.
Habilidades sociais	Ampliar oportunidades de interação significativa.	Intervenções mediadas por interesses, atividades compartilhadas e apoio à reciprocidade.	Qualidade das interações, participação voluntária e satisfação da pessoa.
Autonomia	Desenvolver habilidades adaptativas relevantes.	Análise de tarefas, ensino gradual e retirada planejada de apoios quando apropriada.	Realização de atividades com os apoios necessários e maior autodeterminação.
Orientação familiar	Favorecer compreensão, acolhimento e consistência dos apoios.	Psicoeducação, orientação de cuidadores e planejamento compartilhado.	Redução de barreiras, bem-estar familiar e aplicação viável das estratégias.
Inclusão escolar	Ampliar participação e acessibilidade.	Adaptações ambientais, comunicação com educadores e planejamento individualizado.	Participação, acesso à aprendizagem e redução de situações de exclusão.

O plano deve ser construído com a participação da pessoa autista sempre que possível, respeitando suas preferências, formas de comunicação, direitos e objetivos.

A duração, a frequência e a intensidade dos atendimentos não podem ser estabelecidas apenas pelo nível de suporte. Precisam decorrer da avaliação individual, dos objetivos terapêuticos e do monitoramento de resultados.

10. Considerações finais

O Transtorno do Espectro Autista representa uma condição complexa e heterogênea do neurodesenvolvimento, cuja compreensão exige a integração de conhecimentos da Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Clínica, Neuropsicologia, Psicopatologia e ciências do comportamento.

A classificação em três níveis de suporte constitui um recurso importante para caracterizar necessidades assistenciais, mas apresenta limitações quando utilizada como descrição integral da pessoa.

No nível 1, as necessidades de apoio podem ser menos evidentes, embora produzam sofrimento significativo e prejuízos funcionais. No nível 3, a necessidade de assistência muito substancial exige intervenções acessíveis e frequentemente articuladas entre múltiplos profissionais.

O nível 2 apresenta particular relevância clínica porque pode combinar habilidades preservadas em determinadas áreas com necessidades substanciais de apoio em comunicação, flexibilidade comportamental, regulação emocional e funcionamento adaptativo.

Essa combinação exige atenção à diferença entre potencial de desenvolvimento e desempenho cotidiano, evitando tanto a superestimação quanto a subestimação das capacidades individuais.

A atuação do psicólogo deve fundamentar-se em formação técnica consistente, avaliação individualizada, intervenções baseadas em evidências, responsabilidade ética e colaboração interdisciplinar.

O objetivo central do cuidado psicológico não deve ser transformar a pessoa autista em alguém que reproduza padrões considerados típicos, mas favorecer seu bem-estar, ampliar suas possibilidades de comunicação, participação, autonomia e qualidade de vida, reduzindo barreiras e situações de sofrimento.

A família e a rede de apoio desempenham papel fundamental nesse processo, desde que recebam orientação, acolhimento e recursos adequados às suas próprias necessidades.

11. Referências bibliográficas

As referências estão organizadas em formato próximo ao padrão ABNT, incluindo documentos diagnósticos, diretrizes clínicas, publicações científicas e legislação brasileira.

11.1. Diagnóstico, classificação e fundamentos científicos

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.

HODGES, Holly; FEALKO, Casey; SOARES, Neelkamal. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Translational Pediatrics, v. 9, supl. 1, p. S55-S65, 2020. DOI: https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09.

HYMAN, Susan L.; LEVY, Susan E.; MYERS, Scott M. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics, v. 145, n. 1, e20193447, 2020. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447.

American Academy of Pediatrics

LORD, Catherine et al. Autism spectrum disorder. The Lancet, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2.

11.2. Intervenções terapêuticas e manejo clínico

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. Clinical guideline CG170. London: NICE, 2013, com atualizações posteriores. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg170.

NICE

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. Clinical guideline CG142. London: NICE, 2012, com atualizações posteriores. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg142.

NICE

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. Clinical guideline CG128. London: NICE, 2011, com atualizações posteriores. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg128.

NICE

REICHOW, Brian et al. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 10, CD009260, 2018. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub3.

SANDBANK, Micheal et al. Project AIM: autism intervention meta-analysis for studies of young children. Psychological Bulletin, v. 146, n. 1, p. 1-29, 2020. DOI: https://doi.org/10.1037/bul0000215.

WOOD, Jeffrey J. et al. Cognitive behavioral treatments for anxiety in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, v. 77, n. 5, p. 474-483, 2020. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4160.

11.3. Diretrizes brasileiras e legislação

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: Documento do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde

BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF, 1962.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 010/2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI). Brasília, DF: CFP. Disponível em: https://satepsi.cfp.org.br/.

11.4. Referências prioritárias para aprofundamento do nível 2

Para aprofundamento acadêmico e clínico, destacam-se especialmente o DSM-5-TR (APA, 2022), pela descrição dos níveis de suporte; Hyman, Levy e Myers (2020), pela discussão diagnóstica e assistencial; NICE CG170, pelas recomendações sobre comunicação, comportamento e cuidado familiar; e Wood et al. (2020), pela investigação da TCC adaptada à ansiedade em crianças autistas.

Cabe observar que a literatura de intervenção frequentemente não separa seus resultados por níveis 1, 2 e 3. Portanto, as recomendações específicas para o nível 2 apresentadas neste texto constituem uma integração clínica das diretrizes diagnósticas e das evidências disponíveis, e não a demonstração de que determinado tratamento seja superior exclusivamente para esse nível.

Este estudo possui finalidade acadêmica e não substitui avaliação diagnóstica, supervisão profissional ou planejamento terapêutico individualizado.