



FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO DE PSICOLOGIA

IZA REBECA FELIX SILVA  
MARIOLETE DA SILVA PAES

**TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM ESPECTRO  
AUTISTA.**

PARAUAPEBAS  
2023

IZA REBECA FELIX SILVA  
MARIOLETE DA SILVA PAES

**TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM ESPECTRO  
AUTISTA.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA) como parte das exigências do Programa do Curso de Psicologia, para obtenção do Título de Psicóloga.

Orientador: Prof. Me. Daniela dos Santos Américo

PARAUAPEBAS  
2023

IZA REBECA FELIX SILVA  
MARIOLETE DA SILVA PAES

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM ESPECTRO  
AUTISTA.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA) como parte das exigências do Programa do Curso de Psicologia, para obtenção do Título de Psicóloga.

Aprovado em: 27 / 06 / 2023

Banca Examinadora



---

Prof. Milena Vieira Sousa  
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia



---

Prof. Clara Liz Araujo  
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia

Coordenação de Psicologia



---

Orientadora. Prof. Me. Daniela dos Santos Américo  
Faculdade Para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia

Data de depósito do trabalho de conclusão

**Silva, Iza Rebeca Felix; Paes, Mariolete da Silva.** Terapia cognitiva comportamental para crianças com espectro autista; Daniela dos Santos Américo 2023.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) – Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA, Parauapebas – PA, 2023.

Nota: A versão original deste trabalho de conclusão de curso encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia – FADESA em Parauapebas – PA.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho de conclusão, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Comitê de Ética

Protocolo nº:

Data:

## **AGRADECIMENTOS**

### Iza Rebeca Felix Silva

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais Francisca Iza Felix de Oliveira e Davi Pereira Silva e ao meu esposo Clécio Luciano Mendes de Oliveira , que me incentivaram nos momentos difíceis e me apoiaram ao longo de todo esse período de dedicação a esse trabalho. A minha orientadora Daniela Américo por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiou o meu aprendizado.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado. A minha colega de turma e parceira no TCC Mariolete, por compartilhar comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

À instituição de ensino (FADESA) Faculdade para o Desenvolvimento Sustentavel da Amazônia que foi essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

### Mariolete da Silva Paes

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais Eliete de Oliveira da Silva Araújo e Benedito dos Santos Araújo e ao meu esposo Tarcísio Araújo Câmara , que me incentivaram nos momentos difíceis e me apoiaram ao longo de todo esse período de dedicação a esse trabalho. A minha orientadora Daniela Américo por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiou o meu aprendizado.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado. A minha colega de turma e parceira no TCC Rebeca por compartilhar comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

À instituição de ensino (FADESA) Faculdade para o Desenvolvimento Sustentavel da Amazonia que foi essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

## RESUMO

No século XIX e no início do século XX, autistas de 3º grau vêm sendo tratados como loucos ou inválidos e eram submetidos a tratamentos análogo a tortura, por conta da negligência da época. Na atualidade, embora se saiba categorizar as doenças que ocasionam os transtornos cognitivos, como o caso do autismo que afeta o processamento de informações no cérebro, alterando a forma como as células nervosas e suas sinapses são interconectadas e organizadas por meio de importantes neurotransmissores. Muitos pais, responsáveis, profissionais e até mesmo à sociedade ao redor que tem contato com pessoas com Espectro Autista, possuem dificuldade ou não sabem lidar com os mesmos, objetivando isso auxiliar essas pessoas, esse projeto é útil para que os profissionais e familiares possam ajudar essas crianças, a reconhecer seus sentimentos, regular suas emoções, controlando sua ansiedade, reduzindo a impulsividade e melhorando seu comportamento social. Devido à necessidade de pesquisas mais amplas na área de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e crianças com autismo, este trabalho vale-se de revisões bibliográficas por meio de métodos qualitativos com a finalidade de realizar pesquisas descritivas com o intuito de aprimorar a compreensão sobre o tema do tratamento. A TCC caracteriza-se pela estimulação cognitiva por meio da psicoeducação, exposição e resposta, reestruturação cognitiva e regulação emocional. O seguinte trabalho tem como objetivo descrever as características do TEA no contexto clínico psicológico atual, analisar as intervenções psicológicas que a TCC pode apresentar ao paciente com TEA e analisar o desenvolvimento Cognitivo de crianças com aspecto autista. Os resultados destacaram a importância da intervenção dos pais, enfatizando a necessidade de adaptações, o aproveitamento dos interesses especiais dos pacientes, foram destacadas como adaptações úteis e importantes.

Palavras-chave: Teoria Cognitiva Comportamental; Transtorno do Espectro Autista; Comportamento infantil.

## **ABSTRACT**

In the 19th century and in the beginning of the 20th century, third-degree autistic people were treated as crazy or disabled and were subjected to treatments similar to torture, due to the negligence of the time. Currently, although it is known to categorize the diseases that cause cognitive disorders, such as autism, which affects the processing of information in the brain, changing the way nerve cells and their synapses are interconnected and organized through important neurotransmitters such as dopamine , serotonin, norepinephrine and oxytocin, many parents, guardians, professionals and even the surrounding society who have contact with people on the autistic spectrum, have difficulty or do not know how to deal with them, aiming to help these people, this project is useful for that professionals and family members can help these children to recognize their feelings, regulate their emotions, controlling their anxiety, reducing impulsivity and improving their social behavior. Due to the need for broader research in the area of cognitive behavioral therapy (CBT) and children with autism, this work makes use of bibliographical reviews through qualitative methods in order to carry out descriptive research in order to improve the understanding of the treatment topic. CBT is characterized by cognitive stimulation through psychoeducation, exposure and response, cognitive restructuring and emotional regulation. The following work aims to describe the characteristics of ASD in the current clinical and psychological context, to analyze the psychological interventions that CBT can present to patients with ASD and to analyze the Cognitive development of children with autistic aspect. The results highlighted the importance of parental intervention, emphasizing the need for adaptations, taking advantage of the patients' special interests, which were highlighted as useful and important adaptations.

**Keywords:** Behavioral Cognitive Theory; Autism Spectrum Disorder; Childish Behaviour.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM ESPECTRO AUTISTA. ....	12
2.1 CONCEITUALIZAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL .....	12
2.2 OS TRANSTORNOS DE ARCODO COM DIFERENTES ABORDAGENS.....	15
2.3 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS COM TEA.....	18
3 METODOLOGIA.....	25
4 RESULTADOS .....	28
4.1 INTERVENÇÕES DA TEORIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	28
4.2 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS DO ESPECTRO AUTISTA .....	32
4.3 AS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DA CRIANÇA AUTISTA.....	35
5 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	41

## 1. INTRODUÇÃO

No século XIX e no início do século XX, autistas de 3º grau vêm sendo tratados como loucos ou inválidos e eram submetidos a tratamentos análogo a tortura, por conta da negligência da época, alguns conseguiram com dificuldade lutar contra esse sistema e ser ícone na sociedade, como Albert Einstein, Van Gogh e outros. Na época não existia a palavra autismo e sim loucura, logo após, passou a ser esquizofrenia, com tudo, passaram a criar escolas especiais para alguns grupos determinados.

O DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edição é o sistema mais amplo usado para classificação dos transtornos psicológicos. O mesmo tem discutido sobre a evolução cognitiva da Criança com Espectro Autista, tendo como principais sintomas, a dificuldade de interação social, dificuldade de comunicação e comportamentos repetitivos obsessivos (GAUDERER, 1985).

Na atualidade, muitos pais, responsáveis, profissionais e até mesmo à sociedade ao redor que tem contato com pessoas com Espectro Autista possuem dificuldade ou não sabem lidar com os mesmos, objetivando auxiliar essas pessoas, esse projeto é útil para que os profissionais e familiares possam ajudar essas crianças, a reconhecer seus sentimentos, regular suas emoções, controlando sua ansiedade, reduzindo a impulsividade e melhorando seu comportamento social.

Dilascio e Lima (2016) argumentam que às relações sociais afetam diretamente a mente, que tem capacidade de entender os pensamentos e sentimentos dos outros e como diferem dos nossos, e preveem comportamentos que o outro pode ter. As suposições ou crenças subjacentes são regras, modelos e padrões relacionados às atitudes que temos e somos em nosso comportamento. Ocorre que se os pré-requisitos não forem cumpridos por algum motivo, o sujeito torna-se propenso a distúrbios emocionais porque as crenças centrais são ativadas (KNAPP, 2009).

Barbosa (2019) dita que grande parte dos casos de autismo tem sido identificado na infância, trazendo grandes benefícios para a criança. Conforme o DSM-5, os pais devem estar alertas aos sinais que a criança apresenta como: atraso na fala, dificuldade de manter contato visual, não demonstrar interesse em se comunicar com outras crianças, não responder quando chamado pelo nome, ter grande sensibilidade a luz, sons e toques. Quanto mais cedo o diagnóstico for descoberto, maior é a probabilidade de uma intervenção para melhorar o progresso

cognitivo da Criança com Espectro Autista e proporcionar uma aprendizagem de alta qualidade.

Segundo a teoria da evolução (DARWIN,1872, apud LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013) as emoções são compreendidas como processos e adaptações que permitem aos humanos reconhecer perigos ou outras condições para se comunicar, estimular o comportamento e permitir a adaptabilidade. O escritor dá um exemplo do sentimento universal de medo, que é uma resposta natural ao risco, como altura. Pode funcionar de várias maneiras, paralisando o alvo, levando-o a fugir.

Através de estudos foi reconhecido a eficiência de diversas formas que a que a Terapia Cognitiva trabalha, uma dessas formas e ajudando o indivíduo com TEA a intervir nos sintomas do transtorno, a TCC pretende tratar sintomas como dificuldades de interação, comunicação, irritabilidade e sintomas na qual dificulta na aprendizagem, visando a melhoria cognitiva da criança (CONSOLINI, 2014).

Uma das maiores contribuições cognitivas para as crianças com autismo é a diversão que é uma forma de adaptação do indivíduo ao meio social. Vygotsky (1991), deixa claro que o brincar, seja sozinha ou com colegas, desempenha um papel integral no progresso cognitivo, social, emocional e psicológico, pois estimula o pensamento abstrato, a imaginação, criatividade, formação e imitação, além de promover o aumento das habilidades de comunicação e comportamento das crianças portadoras de autismo.

Segundo Piaget (2014), o desenvolvimento cognitivo emerge inicialmente com estruturas cognitivas e caminha gradativamente para uma construção do conhecimento que evolui por meio de estágios que vão desde a concepção da criança até a adolescência, em que as operações intelectuais e estruturas são construídas no relacionamento entre a criança e seu cotidiano. Assim, o conhecimento caminha, cada vez mais, em direção ao pensamento lógico estruturado promovendo a adaptação do indivíduo ao seu meio social (VASCONCELOS, 2000).

Na TCC é feito um trabalho em conjunto entre pais e professores, visando trabalhar os aspectos cognitivos, através de atividades, estimulando e reforçando o indivíduo com Espectro Autista em seu progresso. Para Teodoro (2019) os resultados indicaram que a TCC apresenta manutenção de técnicas cognitivas e comportamentais, como psicoeducação, reestruturação cognitiva e regulação emocional.

Tem-se a inclusão da TCC como uma forma de tratamento mais completa, uma vez que esse método proporciona uma melhora no âmbito das psicopatologias, tanto cognitivas quanto comportamentais. A primeira enfatiza e compreende o pensamento, as condutas, os sentimentos, as relações familiares e a forma de interpretar o mundo, enquanto a segunda trabalha uma mudança mais eficaz no comportamento (CONSOLINI, 2019).

O objetivo geral desse trabalho visa identificar como o TEA apresenta-se na prática clínica e avaliar de que maneira a TCC pode auxiliar no tratamento dos pacientes, levando em consideração as suas variáveis comportamentais e afetivas. Para isso, os objetivos específicos são: a) Descrever as características do TEA no contexto clínico psicológico atual; b) Analisar as intervenções psicológicas que a TCC pode apresentar ao paciente com TEA; c) Analisar o desenvolvimento Cognitivo de crianças com aspecto autista.

No referencial teórico vamos tratar sobre a Teoria Cognitiva comportamental para Crianças com Espectro Autista, trazendo o conceito de como funciona essa teoria, e trazendo um olhar sobre como funciona o desenvolvimento cognitivo das crianças com TEA.

Foi utilizado como método para coleta de dados pesquisas bibliográficas, através do estudo levantado no referencial teórico, devido a necessidade de estudos mais amplos na área da TCC direcionada a Crianças com Espectro Autista, o trabalho refere-se a uma revisão bibliográfica que teve como propósito o avanço de uma pesquisa descritiva, com intuito de um conhecimento aprofundado acerca do tema, mediante a uma abordagem qualitativa.

Encontramos como resultados: a) Intervenções da Teoria Cognitiva Comportamental para o Transtorno do Espectro Autista, b) Habilidades que ajudam no desenvolvimento de portadores de TEA, c) As principais contribuições da TCC para o desenvolvimento cognitivo dessas crianças.

## **2. TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM ESPECTRO AUTISTA.**

A Terapia Cognitivo-Comportamental é considerada por muitos a principal abordagem cognitiva da atualidade, constituindo uma integração de conceitos e técnicas cognitivo comportamentais e diferenciando-se umas das outras de acordo com o enfoque predominante, cognitivo ou comportamental (SOUZA, 2010). A pesquisa e a prática clínica mostram que a TCC é positiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos (KNAPP, 2008).

A TCC centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. De acordo com Lima (1993) A metodologia utilizada é de uma cooperação entre o terapeuta e o paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto.

### **2.1 Conceitualização da Terapia Cognitiva Comportamental**

A TCC utiliza o conceito da estrutura biopsicossocial na determinação e compreensão dos fenômenos relativos a psicologia humana, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia, que é o ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença psicológica. Onde vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (SHAW, 1999).

A TCC é enquadrada como uma estrutura psicoterapêutica baseada em teoria na qual a maneira como os indivíduos constroem suas experiências determina seus sentimentos e comportamento (Dattilio e Freeman, 1998). Segundo a teoria, as emoções não são determinadas pelas circunstâncias, mas pela forma como as pessoas interpretam as situações. Nesse sentido, os transtornos psicológicos surgem de uma disfunção ou forma disfuncional de perceber os acontecimentos, afetando as emoções e o comportamento (Beck, *et al.*1997).

De acordo com Beck (1963) na Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas.

Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas que é uma forma incomum de se comportar diante a sociedade, agindo fora das normas e padrões esperados, ou seja, se portar de uma forma incomum perante a sociedade, derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo. Em qualquer situação estas respostas seriam manifestações de organizações cognitivas ou estruturas. Uma estrutura cognitiva é um componente da organização cognitiva em contraste com os processos cognitivos que são passageiros (BECK, 1963).

O objetivo da TCC é descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais. O objetivo da terapia cognitiva seria, ainda, o de fornecer estratégias capazes de melhorar estes pontos de vista diferentes (BAHLS, 1999).

Para Gomez (2016), a TCC é um conjunto de atividades que contribuem para o tratamento da psicopatologia e, portanto, seus objetivos metodológicos e conceituais derivam principalmente de duas abordagens: comportamental e cognitiva, que serão avaliadas de acordo com o movimento que conduz à chamada terapia cognitivo-comportamental.

Durante uma boa parte da história humana as pessoas vincularam o comportamento anormal a superstição e bruxaria. Os indivíduos que apresentavam comportamentos fora do comum eram acusados de estar possuídos pelo demônio ou por algum tipo de entidade maligna. As autoridades sentiam que tinham o poder de tratar esse tipo de comportamento tentando afastar a origem do problema. Isso envolvia açoitamento, imersão em água quente, passar fome ou outras formas de tortura em que a cura era com frequência pior do que a aflição (BERRIOS, 1996).

Os transtornos psicológicos são alterações cognitivas, emocionais e comportamentais que causam sofrimento ao paciente e se afastam do que é considerado “normal” no grupo sociocultural de referência. De acordo com First (1899)

os transtornos, como por exemplo, a ansiedade, depressão, transtornos do sono, psicóticos, da personalidade, afetam significativamente a vida das pessoas.

De acordo com a classificação internacional de doenças (CID-11) transtorno mental é caracterizado por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo. Geralmente está associado a sofrimento ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento. Existem muitos tipos diferentes de transtornos mentais, que também podem ser referidos como condições de saúde mental. Este último é um termo mais amplo que abrange transtornos da mente, deficiências psicossociais e estados mentais associados a sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento ou risco de autoagressão.

É uma terapia considerada uma forma de intervenção empiricamente validada que se mostrou eficaz em uma ampla gama de transtornos psiquiátricos (BECK; WEISHAAR, 2000).

A TCC inclui intervenções psicoterapêuticas que visam: provocar mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, além de mudanças emocionais e comportamentais duradouras e proporcionar ao cliente autonomia que alcance sintomas ou alívio completo (BECK, 1993).

A cognição, função da consciência ligada a inferências baseadas em experiências de vida, é considerada um fator chave na manutenção de distúrbios psicológicos na teoria cognitiva da psicopatologia e psicoterapia (KNAPP, 2003).

Beck (1997) aponta que mudanças emocionais e comportamentais resultam de mudanças nas crenças centrais dos clientes sobre a disfunção. Nesse sentido Beck, *et al.* (1997) sugerem que clientes que sofrem de distúrbios psicológicos têm pensamentos disfuncionais ou distorcidos. Assim, o foco do terapeuta cognitivo-comportamental passa a ser as mudanças cognitivas por meio de uma avaliação realista da situação e uma *mudança* de pensamento, o que leva a uma melhora no humor e no comportamento dos clientes.

Foi possível classificar as Terapias Cognitivo-Comportamentais em três grandes grupos de acordo com sua finalidade de uso elemento: 1) terapias de habilidades de tratamento enfatizam o desenvolvimento habilidades destinadas a fornecer ao paciente ferramentas lidar com múltiplas situações-problema; 2) terapia de solução a problemas que enfatizam o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com eles várias dificuldades pessoais; e 3) tratamento de reestruturação, que enfatiza a suposição de que isso resultará em problemas emocionais de pensamentos

adaptativos, o objetivo do tratamento é transformar o pensamento e promover o pensamento adaptativo (BAHLS, 2010).

## **2.2 Os Transtornos de Arcordo com Diferentes Abordagens**

De acordo com Feldeman (2015), hoje em dia existe uma visão mais explícita sobre os comportamentos fora do comum, que são na verdade transtornos psicológicos, existem seis perspectivas para entender os transtornos psicológicos: perspectiva médica que pressupõe que causas fisiológicas estão na raiz dos transtornos psicológicos.

A perspectiva Psicanalítica conjectura que os transtornos psicológicos provem de conflitos infantis. Já no ponto de vista da abordagem 'Comportamental, os comportamentos anormais são aprendidos. A abordagem Humanista enfatiza a responsabilidade das pessoas por seu comportamento e a necessidade de se auto atualizar. E por último a perspectiva sociocultural traz que o comportamento é moldado pela família, pela sociedade e pela cultura (FELDEMAN 2015)

O DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, é o sistema mais amplo usado para classificação dos transtornos psicológicos. Segundo o DSM-5 (2013), um transtorno mental, é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional, ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de evolução subjacentes ao funcionamento mental.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (2022) existem estratégias eficazes para a prevenção de transtornos mentais como a depressão como: Praticar hábitos saudáveis e adotar um estilo de vida de qualidade, ajudam a manter a saúde mental em dia, jamais se isolar, consultar o médico regularmente, fazer o tratamento terapêutico adequado, manter o físico e o intelectual ativos, praticar atividades físicas, ter uma alimentação saudável, reforçar os laços familiares e de amizades.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), existem duas grandes categorias específicas de transtornos mentais na infância e adolescência: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm como características o início na primeira ou na segunda infância, com comprometimento ou retardo do

desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e a evolução contínua sem remissões nem recaídas.

Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os transtornos hipercinéticos, que de acordo com o CID-10 é usado esse termo para definir um dos distúrbios infantis mais comuns, sendo definido como um transtorno desenvolvido geneticamente, conhecidos também como distúrbios da atividade e da atenção e distúrbios de conduta.

Este grupo de transtornos inicia precocemente, durante os primeiros cinco anos de vida, e pode vir acompanhado de um déficit cognitivo e de um atraso específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem (OMS, 2014). Os transtornos mentais podem ser definidos como uma alteração de tipo intelectual, emocional e/ou comportamental, que pode tornar mais difícil a interação do sujeito no meio em que cresce e se desenvolve.

De acordo com Feldeman (2015), hoje em dia existe uma visão mais explícita sobre os comportamentos anormais, que são na verdade transtornos psicológicos, existem seis perspectivas para entender os transtornos psicológicos: perspectiva médica que pressupõe que causas fisiológicas estão na raiz dos transtornos psicológicos.

A perspectiva psicanalítica conjectura que os transtornos psicológicos provem de conflitos infantis. Já no ponto de vista da comportamental, os comportamentos anormais são aprendidos. A humanista enfatiza a responsabilidade das pessoas por seu comportamento e a necessidade de se auto atualizar. E por último a perspectiva sociocultural traz que o comportamento é moldado pela família, pela sociedade e pela cultura (FELDEMAN, 2015)

Soares (2012) afirma em seus postulados teóricos que os psicólogos que trabalham com abordagem TCC devem se basear em postulados. Os behavioristas e funcionários de Watson e Carr fornecem um serviço pela observação direta de familiares de um paciente autista. Durante esta apresentação, eles também explorarão normalmente como o condicionamento ocorre clássico e operante, modelagem e mudança cognitiva. A busca de um especialista cujo objetivo é trazer uma mudança de atitude e pensamentos na família durante o tratamento, e ajudar o paciente muda seu comportamento.

Gilber (1990) considerou o autismo uma síndrome comportamental, as causas diversas interferem no processo de desenvolvimento, caracterizado por defeitos na

interação social, visualizadas pela incapacidade de estabelecer contato com outras pessoas, frequentemente acompanhada por defeito de linguagem e mudanças de comportamento. Já Kanner (1943) definiu transtorno de contato afetivo como autismo extremo, caracterizado por transtorno obsessivo compulsivo estereótipos e transtornos de eco (ecolalia).

Sobre a resolução de problemas de desenvolvimento, Ritvo (1976) descreveu crianças com autismo como tendo déficits cognitivos. A detecção começa no momento em que o primeiro sinal observável aparecer e mostre suas características comportamentais, representado por distúrbios de percepção, barreiras nas relações sociais, que são caracterizadas pela pobreza por meio do contato visual, falta de sorriso social, nenhum exercício esperado, não interesse em jogos, distúrbios da fala e da linguagem.

No DSM-I (1952), o autismo ainda aparece como um sintoma da “reação esquizofrênica, tipo infantil”, já no DSM-II (1962) o termo “reação” foi retirado. Passando a ser classificado como “Esquizofrenia tipo infantil”. Logo no (DSM-III-TR, 1980) foram implementados critérios mais específicos de diagnóstico. Com o DSM-4 em 1994, trouxe a definição de autismo com a tríade de dificuldade de socialização, dificuldade de comunicação, e interesses restritos estereotipados, porém havia diversas categorias e possibilidades de classificação.

Já a partir de 2013, após o DSM-5, não traz mais tantas possibilidades de classificação diagnóstica, portanto, todas as pessoas que têm característica de dificuldade de comunicação e interação social e interesses restritos estereotipados, são classificados como TEA, no qual é incluso condições do espectro do autismo, autismo clássico, autismo atípico, transtorno invasivo do desenvolvimento, síndrome de asperger, autismo Kanner e autismo com alto funcionamento ou PEA (Perturbação do espectro do autismo) (FERNANDES, 2020).

Segundo o DSM-5 (2013) um Transtorno Mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

Após estudos dos Médicos Leo Kanner (1943) e de Hans Asperger (1944), os mesmos passaram a ser considerados como os primeiros a identificar o autismo. Nesse contexto, foi identificado que no autismo há uma tríade de dificuldades, na

comunicação, socialização e de uso da imaginação. O autismo afeta o processamento de informações no cérebro, alterando a forma como as células nervosas e suas sinapses se conectam e se organizam. Dentre a etiologia do autismo há fatores genéticos, o uso de certos medicamentos e infecções durante a gestação (SANTOS, 2022).

Segundo Klin (2006), o TEA está relacionado ao desenvolvimento motor, da linguagem e comportamental. Isso se dá pelas alterações físicas e funcionais do cérebro humano. Sendo notado já nos primeiros meses de vida a partir da falta de interação social, dificuldade de manter o contato visual, identificar expressões faciais, ecolalias, entre outros. O TEA não possui cura até o momento, porém, pode ser tratado com o apoio de uma equipe multidisciplinar desde o início do diagnóstico, ou o quanto antes, ajudando assim a desenvolver suas dificuldades.

De acordo com o estudo A Genética do Autismo (2020) feito pela fundação José Luís Egidio Setúbal, há 50% de chance de o TEA ser genético, passando de pai para filho. Há também outras "possibilidades", como o estresse, infecções, exposição a substâncias tóxicas, complicações durante a gravidez e desequilíbrios metabólicos.

Uma das formas de atuação do profissional do psicólogo é por meio da intervenção psicológica, que é feita através da demanda vinda da avaliação psicológica e referencial teórico visto pelo profissional com o intuito de mudar e assim desenvolver os pensamentos, emoções e a partir disso, proporcionando melhor saúde e qualidade de vida (SILVA, 2016). A intervenção psicológica deve cumprir acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços prestados.

### **2.3 Desenvolvimento Cognitivo De Crianças com TEA**

Jean Piaget foi um dos maiores estudiosos do desenvolvimento cognitivo das crianças. Em busca de entender como funciona a aprendizagem, Piaget (1970) elaborou uma teoria do desenvolvimento geral da criança, que é dividida em quatro fases: *Estágio Sensório-Motor* - dos 0 aos 2 anos, *Estágio Pré-Operatório* - aproximadamente dos 2 aos 7 anos de idade e se inicia com o desenvolvimento da linguagem, *Estágio Operatório Concreto* - essa etapa ocorre aproximadamente entre os 7 e 12 anos, a depender do desenvolvimento da criança, nesse período, a criança começa a expandir sua capacidade de raciocinar de maneira lógica, *Operações*

*Formais*: inicia-se aos 12 anos e é a fase em que a criança começa a se desenvolver para tornar-se um adolescente e então um adulto.

Segundo essa teoria, o desenvolvimento de uma criança acontece em saltos qualitativos. Ao longo do tempo, ela vai acumulando conhecimentos e capacidades e, em um determinado momento, muda de forma qualitativa a sua maneira de pensar. Para Vygotsky (1962), a aprendizagem de uma criança está relacionada aos estímulos que recebe do ambiente externo. Segundo ele, a criança internaliza tudo o que as pessoas fazem e dizem e torna aquilo conhecimento, ou seja, o aprendizado ocorre a partir de suas interações com o meio ambiente.

Na teoria de Piaget, o desenvolvimento cognitivo origina-se enormemente “de dentro para fora” pela maturação. Os ambientes podem favorecer ou impedir o desenvolvimento, mas ele enfatiza o aspecto biológico e, portanto, maturativo do desenvolvimento. A teoria de Vygotsky (1978) adota uma abordagem inteiramente diferente em comparação à abordagem dentro-fora de Piaget, Vygotsky enfatiza o papel do ambiente no desenvolvimento intelectual das crianças. Postula que o desenvolvimento procede enormemente de fora para dentro, pela internalização – a absorção do conhecimento proveniente do contexto.

Assim, as influências sociais, em vez de biológicas, são fundamentais na sua teoria uma das formas de atuação do profissional do psicólogo é por meio da intervenção psicológica, que é feita através da demanda vinda da avaliação psicológica e referencial teórico visto pelo profissional com o intuito de mudar e assim desenvolver os pensamentos, emoções e a partir disso, proporcionando melhor saúde e qualidade de vida (SILVA, 2016).

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por alterações qualitativas e quantitativas na comunicação, interação social e no comportamento, em diferentes graus de severidade (SCHWARTZMAN, 2003). Para Rutter (2011) encontra-se no Transtorno do Espectro Autista uma grande variabilidade, intensidade e forma de expressão sintomatológica.

A classificação dentro do TEA considera o impacto do transtorno diante do grau de interação social e comunicação do paciente. Além de apresentar padrões de comportamento restritos e repetitivos, a principal característica do TEA é o comprometimento da interação social recíproca nas interações sociais. Esses sintomas aparecem na primeira infância e de alguma forma limitam e/ou prejudicam a

função cognitiva da criança em sua vida diária (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014).

Também é reconhecido que as crianças frequentemente têm problemas para dormir e comer, além de medos excessivos e preferências limitadas por certos objetos, cores, padrões ou jogos. Em alguns casos, engatinhar, andar, falar ou apresentar regressão na fala pode demorar entre 1 e 5 anos (VOLKMAR, 2019).

Como notam Albuquerque e Benitez (2020), o brincar é uma das formas que as crianças costumam utilizar para satisfazer determinadas necessidades, para reproduzir os fenômenos da sua realidade e para satisfazer determinadas ações que não podem ser realizadas fora deste contexto, do desenvolvimento infantil. Para Foltran (2015) pode, portanto, ser classificado como uma das principais figuras no desenvolvimento e funções psicológicas da criança, desde as habilidades de imitação, atenção, memória e imaginação até a consolidação das habilidades socioemocionais por meio da interação da criança com os outros e com o meio.

Sabe-se que distrair-se com jogos, representando papéis fictícios exige muita imaginação, mas é importante ressaltar que o jogo vai além de situações imaginárias, pois proporcionam também à criança o contato para estabelecer regras, formas de se comunicar consigo mesma e outros aspectos que melhoram o desenvolvimento cognitivo (ALBUQUERQUE, 2020)

Nesse sentido, Vygotsky (1991, p. 58) apresenta o conceito de zona de desenvolvimento proximal: “A zona de desenvolvimento proximal define aquelas funções que ainda não estão maduras, mas estão amadurecendo, funções que estão amadurecendo, mas estão atualmente como um embrião.

Vygotsky (1991) entre o que a criança já desenvolveu e o que pode desenvolver existe um espaço onde, com o auxílio de estímulos e mediações, a criança pode alcançar habilidades melhores do que já alcançou. Assim, o que uma criança pode fazer com a ajuda de outro (intermediário) é tão valioso quanto o que ela pode fazer sem essa mediação, pois ao resolver um problema com uma ferramenta, ela utiliza habilidades superiores e começa a desenvolver elementos mais complexos na estrutura psicológica. Portanto, os jogos desempenham um papel importante nesse processo, considerando que por meio dos jogos o sujeito tem acesso a tais fontes de desenvolvimento. (VYGOTSKY 1991)

Albuquerque e Benitez (2020) apontam que enquanto as crianças típicas têm um processo lúdico de forma natural, interagindo com os outros, aprendendo a

manipular um objeto de forma lúdica, as crianças com TEA podem ter mais obstáculos nesse processo. Devido aos déficits e dificuldades causados pela doença, essas crianças geralmente não envolvem seus pares nas brincadeiras, o que pode prejudicar o desenvolvimento de habilidades sociais, cognitivas e imaginativas necessárias.

Os fatos acima referidos acabam por frustrar as expectativas dos pais, familiares e educadores em relação à criança, que podem por isso desanimar e passar a ignorar esta área tão importante para o desenvolvimento infantil. Sob esse ponto de vista, Vygotsky (1991) apresenta a ideia de que, embora haja um jogo, também há regras. Esta ideia inclui a ideia de que durante a brincadeira a criança está necessariamente em contato com as regras, sejam elas regras do jogo ou do próprio jogo ou das relações e comportamentos humanos quotidianos.

Nesse sentido, brincando na escola, a criança segue regras sociais baseadas em relações culturalmente desenvolvidas entre professor, aluno, colegas e instituição de ensino, ou seja, quando a criança é inserida no contexto do jogo, ela também estabelece regras. Faz-se importante o pré - diagnóstico do TEA e uma intervenção consecutivamente diminuindo as chances de se tornar crônico. Aumentando assim, a probabilidade de tratamento e minimizar muitos sintomas (MAIA *et al.*, 2016)

Uma limitação importante da análise e reconhecimento antecipado até agora se trata do fato de que muitas dos traços do modo de se comportar do TEA, conforme aparecem nos manuais de classificação e critérios diagnósticos, são amplamente baseadas em sintomas comuns na infância e na fase adulta, mas dificilmente observados em bebês (BOSA, 2009).

Segundo Zanon (2014) As mesmas limitações surgem quando se é observada as complexidades na evolução da linguagem em crianças que não verbalizam ainda, como interações com colegas, pois a identificação de deficiências em áreas não verbais (por exemplo, comunicar-se por meio de gestos e expressões faciais/posturais) continua sendo um desafio.

Em adição, as atitudes e repetições e/ou rituais mal se manifestam até os 18 meses de vida e há uma propensão a tornar-se mais pronunciados entre cerca dos 3 e 4 anos, tempo onde também não é muito vago para identificar a referida bagunça. Diante disso, muitas vezes as crianças com suposição de TEA são encaminhadas apenas quando percebem atrasos significativos na 'fala', embora mudanças de posição no desenvolvimento social podem ser detectados mais cedo (ZANON, 2014).

Para Gadia (2004) Padrões de comportamento repetitivos e estereotipados no autismo incluem resistência à mudança, adesão a certas rotinas, dependência excessiva de objetos e fascínio por partes móveis, como rodas ou hélices. Embora algumas crianças pareçam estar brincando, elas estão mais preocupadas em arrumar ou manusear os brinquedos do que em usá-los para fins simbólicos. Estereótipos motores e verbais, como balançar, bater palmas repetidamente, andar em círculos ou repetir certas palavras, frases ou músicas também são comuns em pessoas com autismo.

Adultos com autismo mostram melhorias na adaptação à mudança, mas interesses limitados persistem, e aqueles com capacidade cognitiva suficiente tendem a focar seus interesses em tópicos restritos, como horários de trens/aviões, mapas ou fatos históricos, etc., esses tópicos controlam seus pensamentos e suas vidas (GADIA 2004).

O estudo de Zanon (2014) é prospectivo e longitudinal, e compara o desenvolvimento de bebês diagnosticados posteriormente com TEA com o de bebês com desenvolvimento normal. Descobriram que a quantidade de ocorrência de olhar para o rosto, sorriso social e vocalização aumentou apenas aos 6 meses de idade, já na segunda metade da vida, por volta dos 9 meses, que surge uma capacidade de comunicação social restritamente de humanos, da qual se verifica uma alteração significativa na forma como o bebê começa a interagir com o outro, com objetos e consigo mesmo.

A capacidade de compartilhar descobertas sobre o mundo por meio da observação, dos gestos (atenção conjunta) é um marco no desenvolvimento sociocomunicativo da criança, cuja ausência é um importante fator diagnóstico no TEA. De fato, estudos mostram que a atenção distraída prejudicada e o atraso no desenvolvimento estão entre os primeiros sintomas observados em crianças com TEA, que pode distinguir 80-90% das crianças com o transtorno de outros problemas ou atrasos no desenvolvimento (BOSA, 2009).

Os resultados do estudo de Zanon (2014) também mostraram que em uma análise retrospectiva com base no (ADI-R) - Autis diagnostic interview ou Entrevista de Diagnóstico de Autismo, os mesmos pais começaram a reconhecer as manifestações do TEA ainda mais cedo do que os participantes. Ou seja, os cuidadores apresentavam dificuldades com os distúrbios observados entre o primeiro

e o segundo ano de vida da criança, principalmente relacionados ao atraso no desenvolvimento da linguagem falada.

As mudanças observadas na avaliação dos pais após os primeiros sintomas podem ter ocorrido devido à avaliação diagnóstica detalhada realizada em centro especializado e com instrumentos aprovados. Nesse sentido, acredita-se que o fato de ela já ter iniciado uma avaliação profissional do comportamento da criança pode ter alertado os pais para aspectos do desenvolvimento inicial da criança, bem como para as manifestações comportamentais do TEA, que a princípio são sutis (ZANON, 2014).

De acordo com Klin (2006) crianças com baixo funcionamento com autismo podem morder as mãos ou pulsos, muitas vezes resultando em sangramento e formação de crostas, golpes na cabeça, especialmente para aqueles com deficiência intelectual seja grave ou profundo, podem exigir o uso de capacete ou outro equipamento de proteção. As crianças também podem coçar a pele excessivamente, puxar os cabelos, socar os seios ou bater em si mesmas. A percepção de perigo é baixa, o que, junto com a impulsividade, pode levar a lesões. As birras são comuns, especialmente em resposta a demandas impostas (por exemplo, para concluir uma tarefa), mudanças na rotina ou eventos inesperados.

A falta de compreensão ou incapacidade de se comunicar, ou frustração total, pode eventualmente levar a explosões de agressividade. Embora alguns indivíduos com funcionamento superior, como aqueles com síndrome de Asperger, tenham sido descritos como particularmente propensos ao comportamento antissocial, esses indivíduos são, na verdade, mais propensos a serem vítimas de piadas ou outras formas de agressão, mais comumente, essas pessoas tendem a migrar para à margem do meio social (KLIN, 2006).

Com base em Rotta (2020), O tratamento de pacientes autistas requer uma intervenção multidisciplinar, portanto a colaboração entre neurologistas, psiquiatras, neurocientistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e educadores é fundamental não apenas para aumentar a compreensão do TEA e permitir um manejo mais adequado desses indivíduos ao longo de suas vidas.

O procedimento é baseado em técnicas de modificação de comportamento, programas de treinamento ou trabalho e terapias de linguagem e comunicação. Além dos défices sociais e cognitivos, os problemas comportamentais são uma grande preocupação, que na maioria das vezes impedem a integração das crianças autistas

na família e na escola, bem como a integração dos jovens e adultos na comunidade. Em crianças, esses problemas incluem hiperatividade, desatenção, agressão e comportamento auto lesivo. (ROTTA 2020)

Em uma proporção significativa de jovens e adultos, dificuldades comportamentais persistentes, agressividade e comportamento auto lesivo pode aumentar durante a adolescência. Respostas anormais a estímulos sensoriais como ruídos altos, hipersensibilidade ao toque, fascinação por certos estímulos visuais e alta tolerância à dor também causam problemas comportamentais em pessoas com autismo. Transtornos do humor são comuns e podem se manifestar como riso ou choro sem motivo aparente, incapacidade de perceber o perigo ou, inversamente, medo excessivo, ansiedade generalizada, acessos de raiva, comportamento auto lesivo ou falta ou ausência de emoção (ROTTA, 2020).

Para Fernandes (2020) o autismo não é uma doença única, mas um transtorno complexo do desenvolvimento, definido do ponto de vista comportamental por múltiplas etiologias e graus de gravidade. A apresentação fenotípica do autismo pode ser influenciada por fatores associados que podem não fazer parte das principais características do transtorno. Um fator muito importante é a capacidade cognitiva. Os comportamentos definidores do autismo incluem déficits qualitativos na interação social e comunicação, comportamentos repetitivos e estereotipados e uma gama limitada de interesses e atividades.

A ampla variação nas habilidades sociais e de comunicação e no comportamento entre pessoas autistas tornou o termo transtornos invasivo do desenvolvimento (TID) mais apropriado. Além dos critérios incluídos, subdomínios como falta de fingimento, linguagem estereotipada, repetitiva ou idiossincrática e falta de criatividade e imaginação nos processos de pensamento propostos do domínio da interação social em direção aos padrões estereotipados do DSM-5 (FERNANDES, 2020).

### 3. METODOLOGIA

O trabalho se trata de uma revisão bibliográfica que teve como propósito o desenvolvimento de uma pesquisa descritiva, com intuito de um conhecimento aprofundado acerca do tema, mediante a uma abordagem qualitativa. Segundo Costa e Pires (2014) “a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolveu o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática”.

Para Oliveira (2013), a pesquisa qualitativa pode ser considerada um processo de reflexão e análise da realidade, utilizando métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo no seu contexto histórico e segundo sua estruturação. Foram incluídos obras, artigos, revistas e material online com autores que abordam sobre os temas: TCC para Crianças com Espectro Autista. O material de pesquisa contará com publicações realizadas a partir do surgimento de pessoas com autismo até o atual ano, cujo idioma esteja em português, com autores que contribuam para o aprofundamento do tema.

Com tudo as principais contribuições são, ajudar os autistas a controlar sua ansiedade e problemas emocionais que surgirem, ajudar a lidar com situações estressantes, estimula a cognição social para melhor desenvolvimento de habilidades sociais, dentre essas habilidades importantes para a interação social e aprendizagem, estão: capacidade de compartilhar objetos, olhar no olho, aprender a esperar a vez em uma conversa, entre outras.

Relaciona-se com essas contribuições intervenções adaptadas com sua especificidade na área da TCC para o Transtorno do Espectro Autista, que ajudam a analisar o desenvolvimento mental de Crianças com Espectro Autista e identificar as principais contribuições da TCC para o desenvolvimento cognitivo da criança autista. De acordo com os princípios éticos essa pesquisa se comprometeu em citar os autores utilizados nos estudos respeitando as normas da Associação Brasileira de Normas técnicas sendo uma delas a NBR6023 que trata dos elementos e orientação na utilização de referências.

Utilizamos a obra Terapia Cognitiva: teoria e prática. Do autor Beck (1997), Beck é considerado o pai da TCC e contribuiu com o seu desenvolvimento com uma

sequência de experiências no ano de 1960 e 1970. O escritor Hofmann (2020) é um autor que foca no mecanismo de mudança no tratamento através da TCC, traduzindo descobertas das neurociências em aplicações clínicas, emoções e expressões culturais da psicopatologia. Uma das suas obras que teve grande contribuição para a TCC é o seu livro “Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos: Ciência e Competências Clínicas”

“Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo Para crianças e adolescentes” do autor Neufeld (2015) é uma obra que contribui e abrange a terapia cognitiva comportamental para criança, adolescentes e jovens trazendo técnicas de aprimoramento para a saúde mental desses pacientes. O psiquiatra austríaco Leo Kanner, em 1943 publicou a obra: “Autistic disturbances of affectiv contact” no qual deu início aos primeiros estudos sobre o autismo. Em suas pesquisas, há relatos de 11 crianças com características em comum, como o isolamento desde o nascimento, comportamentos repetitivos, fixação pelo habitual e rotineiro.

Hans Asperger foi um psiquiatra e pesquisador, em 1944, baseou seus estudos com mais de 400 crianças, em um artigo “Autistischen Psychopathen' im Kindesalter (A psicopatia autista na infância)” Asperger tinha um certo interesse em crianças consideradas fora do comum, na qual não havia empatia, baixa capacidade social, inquietação constante e etc. Em 1911, Eugene Bleuler, criou a palavra ‘autismo’ para descrever a fuga da realidade das pessoas com esquizofrenia. O termo ‘autista’, passou a ser utilizado por Leo Kanner e Hans Asperger logo em seguida.

Ami Klin um psicólogo brasileiro, radicado nos Estados Unidos da América, e pesquisador em autismo. Ele é o primeiro chefe de autismo e distúrbios relacionados do Marcus Autism Center, uma subsidiária integral da Children's Healthcare of Atlanta Klin recebeu inúmeros prêmios e reconhecimentos profissionais e acadêmicos, um deles foi o Prêmio Robert McKenzie de Excelente Tese de Doutorado da University of London em 2009.

Em 2015 Raisia Barbara Foltran realizou uma pesquisa ‘A Importância do Brincar para o Desenvolvimento da Criança que Enfrenta a Educação Infantil’ a pesquisa teve como objetivo destacar tal importância nos processos de desenvolvimento e da aprendizagem da criança de 2 a 7 anos, a fim de discutir e indicar as características da criança no processo de desenvolvimento cognitivo e afetivo enfatizando o estágio pré-operatório e apontar possíveis atividades utilizando instrumentos práticos e teóricos a partir do brincar na Educação Infantil.

Nascimento (2019) publicou a obra 'Contribuições de Atividade Lúdica no Desenvolvimento Cognitivo' com o objetivo de mostrar que o ato de brincar favorece aos autistas um acréscimo de potencialidades, facilitando as interações sociais. Dessa forma, o uso da ludicidade em suas diversas facetas, como jogos e brinquedos adequados, tende somente a trazer benefícios para o autista, ampliando sua chance de inclusão, bem como sua qualidade de vida.

Pires e Souza (2014), buscam compreender como ocorre o desenvolvimento de crianças com transtorno no processo de terapia cognitivo comportamental; efeitos terapêuticos identificados usando técnicas de concentração. Pessoas autistas não conseguem organizar seus pensamentos para se expressar com clareza, eles têm dificuldades em iniciar uma conversa, interpretar atitudes e expressões comunicativas em si e nos outros.

Como Souza *et al.* (2010) relata, um psicólogo deve ser flexível no diagnóstico de uma pessoa autista porque deve ter uma anise profunda no comportamento, os sintomas desses pacientes devem ser compreendidos na melhor maneira possível, cada característica apresentada pela criança com TEA é importante no estudo abordagem multidisciplinar.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Intervenções da Teoria Cognitiva Comportamental para o Transtorno do Espectro Autista

Conforme aborda Souza et al. (apud, OLIVEIRA et al, 2014, p.13), no diagnóstico de um autista, deve-se envolver um psicólogo, pois ele tem importância analítica para o que se entende como comportamento “normal”, para estudar os sintomas que se diz contraditórios nesses pacientes.

Bosa (2006) afirma que o tratamento deve ser estruturado de acordo com a idade do indivíduo. Em crianças, preocupa-se com a formação da linguagem e da interação social, enquanto que nos adolescentes o foco são as habilidades sociais e o desenvolvimento da sexualidade. Enfatiza-se a importância dos muitos profissionais que lidam com essa patologia e com as diversas abordagens do mesmo, mas leva-se em consideração que a interação entre os psicólogos com a equipe e em contato com a família se faz necessária.

Na abordagem cognitivo comportamental, conforme observado por Lovaas e Smith (2002), entende-se que a condição autista não tem causa raiz e que todas as crianças autistas fazem parte de uma população homogênea. Pelo contrário, as crianças autistas apresentam características semelhantes, mas com intensidade diferente, não podendo ser ignorado que o comportamento das crianças autistas também é observado nas crianças normais, embora com menor frequência, conforme referido por Kravitz e Boehm (1971 com Lovaas e Smith, 2002), exemplos dos quais são comportamentos auto estimulados, como acenar.

Em particular, a TCC se concentra na manipulação do comportamento e das variáveis humanas, acreditando que todo comportamento, tanto apropriado quanto inapropriado, é aprendido. Silveira (2015) ainda afirma que a terapia comportamental entende que o paciente é único e seus problemas são decorrentes de uma determinada história.

Além da intervenção que o psicólogo faz junto à criança e à família, o trabalho de orientação e acompanhamento é essencial também uma equipe multidisciplinar que atendem as crianças nos casos de problemas de aprendizagem, onde são indicadas salas de recuperação para fornecer explicação e revisão individualizadas. Por isso, o psicólogo deve ter conhecimento e compreensão do desenvolvimento e

aprendizagem da criança, ser conhecedor dos efeitos produzidos pela incapacidade no desenvolvimento afetivo, perceptivo, motor e cognitivo (SOUZA et al., 2004, p. 28).

O Modelo Cognitivo Comportamental ganhou visibilidade no contexto escolar ao pesquisar e desenvolver protocolos de intervenção para diversas necessidades escolares como adaptação escolar, relacionamento interpessoal, educação, desenvolvimento socioemocional, problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem. Sua ênfase no desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e emocionais torna essa abordagem um importante referencial para a promoção da saúde mental nas escolas (FAVA, 2016)

No estudo de Bryant *et al.* (2008), o protocolo de intervenção para grupo que recebeu reestruturação cognitiva foi composto por cinco sessões semanais estruturadas, com duração de 90 minutos. A primeira sessão do protocolo de Reestruturação Cognitiva é focada na psicoeducação e introdução à reestruturação cognitiva. Na segunda sessão, identificam-se as crenças desadaptativas e as respostas do paciente sobre o evento.

O monitoramento de pensamentos é dado como tarefa de casa. Na sessão três, utiliza-se o monitoramento de pensamentos e técnicas como questionamento socrático, resolução de problemas e busca de evidências para a reestruturação cognitiva. As sessões quatro e cinco são idênticas à terceira, sendo que, na quinta, há também o trabalho de estratégias de prevenção à recaída (BRYANT et al., 2008). As terapias de exposição visam dessensibilizar o indivíduo para estímulos relacionados ao evento, estimulando e organizando a memória traumática, e assim reduzindo a resposta de ansiedade vinculada a esta (RICHARD, 2007).

Varanda e Fernandes (2017) ao avaliarem e intervirem na flexibilidade cognitiva em sujeitos com TEA, numa amostra composta por 10 crianças e adolescentes com idades entre 5 a 13 anos, perceberam que o teste neuropsicológico *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) foi eficaz para avaliar a flexibilidade cognitiva do público estudado. Vale também destacar que as crianças e adolescentes que participaram dessa pesquisa foram avaliadas em inteligência não verbal através das Matrizes Progressivas de Raven – edição em português (ANGELINI et al., 1999). Por se tratar de um estudo longitudinal, teve durabilidade de três anos, e os participantes foram testados durante dois anos, 2012 e 2013.

Segundo Gonzáles (2012), Alonso e Adrover (2013) e Gillet (2015), a flexibilidade cognitiva refere-se à habilidade que o indivíduo tem para alterar o

pensamento, seu próprio ponto de vista e do outro, além da habilidade de modificar ação ou estratégia em função de situações, acontecimentos ou novas exigências do ambiente ou contexto. Ibraim (2013) e Gonzáles (2012) também sugerem que pessoas com TEA apresentam prejuízo na flexibilidade cognitiva. Como o WCST exige que o indivíduo preste atenção no critério estabelecido, além de ter que pensar de maneira diferente, é um teste que permite averiguar a capacidade de flexibilidade cognitiva, mas que requer também uma atenção sustentada.

O estudo de Gonçalves (2011) apresenta modelos de intervenção na abordagem Cognitiva Comportamental, a prática de suas técnicas apresenta melhores resultados em crianças com autismo e dando a oportunidade a crianças com esse transtorno de melhorar as suas capacidades, tornando funcionais.

Em relação ao autismo, alguns estudos já foram publicados, como os de Pires e Souza (2014), buscaram compreender como ocorre o desenvolvimento de crianças com o transtorno dentro do processo da TCC. Identificaram ações terapêuticas com o uso de técnicas específicas utilizadas durante o decorrer dos anos, voltado para esse transtorno.

A TCC é uma abordagem que tem se mostrado eficaz para o tratamento de muitos transtornos que surgem na infância principalmente em relação ao TEA, há estudos que apresentam evidências de eficácia do uso da TCC em crianças e jovens com TEA (FARRELL *et al.*, 2016).

Existem diversas estratégias de intervenção da TCC para trabalhar os TEA cada uma com sua particularidade de uso, é dever de o psicólogo observar os fatores para escolhê-los, como: idade, comportamento-alvo da intervenção, tipo de indivíduo envolvido (criança, jovem ou adulto) e assim, partir para a escolha da estratégia de intervenção que melhor se encaixa ao paciente.

O TEA foi uma das principais mudanças incluídas na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), no qual as avaliações passaram a priorizar o nível de gravidade dos sintomas, com ênfase em duas áreas: desordens da interação (prejuízos em interação social e comunicação) e do comportamento (com presença de padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses ou atividades) (APA, 2014; DUARTE *et al.*, 2016).

O tratamento do TEA deve ser planejado e programado de acordo com a idade e o desenvolvimento do paciente, com ênfase no desenvolvimento da linguagem e

interações sociais em crianças, e no aperfeiçoamento de habilidades sociais (GOMES, 2016).

Soares (2012) defende que a aplicabilidade do TCC a pacientes com TEA fomenta um exemplo específico de tratamento terapêutico que foca na aquisição, fluência, retenção, generalização e adaptação, sendo que cada ponto pode ser suficiente para atingir os objetivos. Sobre a aprendizagem para pessoas autistas.

Segundo Cunha (2016), atividades que estimulam o desenvolvimento de habilidades cognitivas como a atenção são atividades que incluem música, jogos coletivos que utilizam tecnologia digital e estimulam o raciocínio e pesquisas em diferentes áreas do conhecimento sobre temas de interesse do aluno, como percepção, cognição e linguagem.

Segundo Bahls e Navolari (2010), as técnicas e intenções conceituais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) advêm de duas abordagens principais: A Terapia Cognitiva e a Terapia Comportamental, analisadas no contexto do movimento integrado em psicologia, que culminou no que hoje denominam Terapia cognitiva comportamental.

Todas as técnicas e terapias são válidas, todas têm suas vantagens e limitações. É importante que o psicólogo, em sua atuação, desenvolva uma terapia individualizada para atender necessidades específicas, pois cada pessoa, apesar de semelhante, é única e atende à demanda. É necessário atentar-se que o uso de medicamentos se faz necessário em alguns casos, embora nenhuma droga se tenha mostrado específica para o transtorno autista (LIMA, 2015).

A TCC trabalha o modelo biopsicossocial como um conceito amplo que visa examinar as causas ou a progressão da doença por meio de fatores biológicos, psicológicos e sociais. E a OMS (1948 apud SLIAR, 2017) define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social de uma pessoa, em oposição à sanidade, o que leva ao conceito de ausência de doença. Chamamos esse tratamento dos casos biológicos, mentais e sociais de modelo biopsicossocial, que corresponde diretamente ao conceito de saúde desenvolvido pela OMS em 1948, pois analisam-se os conceitos de saúde e doença em seu desenvolvimento histórico e sua relação com a cultura, contexto social, político e econômico que mostra o desenvolvimento de ideias nessa área da experiência humanas (SLIAR, 2007).

## 4.2 Desenvolvimento Cognitivo de Crianças com Espectro Autista

A princípio, o autismo era visto como distúrbio social ou afetivo e também como um distúrbio cognitivo. Há 5 características para definir o autismo, dentre eles, se encontra o desligamento de relações humanas antes dos 12 meses de idade, a falha no uso da linguagem para a comunicação, a manutenção da rotina, a fascinação por objetos e as boas potencialidades cognitivas (KANNER, 1943 apud LAMPREIA, 2004). Logo, entre as décadas de 1970 e 80, o autismo passa a ser visualizado como um distúrbio cognitivo envolvendo transtorno do desenvolvimento com dificuldades cognitivas rigorosas com um certo tipo de disfunção cerebral (KANNER, 1943 apud LAMPREIA, 2004).

Segundo com Maia *et al.*, (2006) a partir da década de 1980 foram feitas pesquisas detalhadas por Trevarthen, Aitken, Papoudi & Robarts, 1998), Hobson (2002) e Dawson & Galpert (1986), Dawson & Lewy, (1989), sobre o dano social e a adotar um enfoque desenvolvimentista. Com colocação de que a inaptidão natural de relacionar-se com pessoas respondendo aos outros emocionalmente, tendo a perda do desenvolvimento da comunicação não verbal e conseqüentemente da linguagem.

No autismo, existe a presença das chamadas “ilhas de habilidades especiais” ou splinter skills, que são caracterizados por muitas aptidões preservadas ou bastante avançadas em determinados âmbitos que divergem com as dificuldades gerais de desenvolvimento da criança (KLIN, 2006).

Em um estudo feito por escalas e instrumentos de triagem padronizados criado pela pesquisadora americana Diane Bricker e seus colaboradores, com o objetivo de verificar através do questionário do teste ‘Ages & Stages Questionnaires (ASQ, 2009), com perguntas sobre habilidades cognitivas com crianças tanto do gênero feminino quanto do gênero masculino com idades entre 48 e 71 meses com diagnóstico de TEA. Onde o mesmo constatou que os indivíduos com TEA possui um desempenho cognitivo abaixo do previsto em relação à sua idade.

É apresentado dificuldade precisa no mecanismo cognitivo da criança com o espectro do autismo para representar estados mentais alterando aspectos da linguagem e processos centrais de codificação e causando complexidade nos padrões de interação social, podendo alterar os padrões da realidade que é usado como sistemas simbólicos, que estimula a imaginação e fantasias e redefinição do mundo real (TOMAZOLI, 2017).

O Ages & Stages Questionnaires (ASQ, 2009) é um dos questionários para pais mais populares na América do Norte. Onde inclui um questionário para pais ou responsáveis pelas crianças pesquisadas e está organizado por idade (em meses). As perguntas são separadas por áreas de desenvolvimento, incluindo comunicação, motricidade grossa e fina, resolução de problemas, questões sociais e gerais. Os pais foram instruídos que, caso seu filho realizasse as atividades sugeridas pelo questionário, eles responderiam, confiantes no desempenho de seu filho.

Os pais devem marcar as respostas como "sim", "às vezes" ou "ainda não". 10 pontos para resposta afirmativa, 5 pontos para resposta "às vezes" e 0 pontos para resposta negativa. Por fim, as pontuações são somadas e comparadas com a norma estabelecida pelo pesquisador Bricker. O ASQ não é um teste próprio para a triagem de TEA, mas para adulterações de desenvolvimento infantil em geral. Contudo, ele apresenta em seu conteúdo perguntas para triagem das áreas de alteração dos TEA como comunicação, interação social e cognição). (AGES & STAGES QUESTIONNAIRES ASQ, 2009)

Seguindo uma proposta de estudar o curso dos transtornos mentais de forma longitudinal, o DSM-5 retirou o capítulo sobre transtornos que geralmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Alguns dos diagnósticos no capítulo de extinção tornaram-se distúrbios do neurodesenvolvimento. Os critérios para deficiência intelectual enfatizam a importância da avaliação da capacidade funcional adaptativa, além da avaliação cognitiva.

Transtornos globais do desenvolvimento, incluindo autismo, transtorno desintegrativo da infância e síndromes de Asperger e Rett, são combinados em um diagnóstico, transtorno do espectro autista. Essa mudança reflete a visão científica de que esses transtornos são na verdade a mesma condição, mas podem ser divididos em dois grupos de sintomas: comprometimento da comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Embora alguns clínicos tenham criticado as diferenças significativas entre esses distúrbios, a APA entende que não há vantagem diagnóstica ou terapêutica nessa divisão, observando que a dificuldade de subdividir os distúrbios pode confundir os clínicos e dificultar um diagnóstico adequado (ARAÚJO 2014).

A síndrome de Rett (SR) é classificado como um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ficando entre um dos cinco transtornos mais evidentes já

identificados. A (SR) é uma doença que evolui de forma previsível, o seu padrão clínico característico, vem acompanhado por um período de regressão, seguido de recuperação ou de estabilização e foram nomeados e divididos em IV etapas, estágio de desaceleração precoce, fase rapidamente, o terceiro estágio é o pseudo estacionária e deterioração motora tardia. Existem inúmeras alternativas de intervenção visando melhorar a qualidade de vida de indivíduos com Síndrome de Rett. Devido ao comprometimento que a doença traz, existem diversas áreas nas quais podem ser realizadas possíveis intervenções (FERNÁNDEZ et al., 2010).

Além disso, a criança deve também ter começado a exibir atrasos (ou funcionamento atípico), até a idade de três anos, em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem para fins de comunicação social ou brincadeiras ou jogos simbólicos ou imaginários. Vale ressaltar, ainda, que o diagnóstico de transtorno autista apenas deve ser estabelecido quando o quadro não for mais bem explicado pela síndrome de Rett ou pelo transtorno desintegrativo da infância, que não estão sendo aqui discutidos, mas que fazem parte dos transtornos globais do desenvolvimento (TGDs) não-autísticos (MERCADANTE et al., 2006).

De acordo com Silva (2010), aproveitar a atenção e a iniciativa de crianças com autismo para explorar determinados objetos e utilizar esta iniciativa como via para estabelecer e manter as trocas de ações com essas crianças pode ser uma alternativa frutífera para enriquecer o contato social delas com outras pessoas, tanto com adultos como também com outras crianças.

O TEA se desenvolve a partir de alterações neurológicas. As três principais características deste quadro são: dificuldades de comunicação devido a dificuldades de linguagem, falta de comportamento social e movimentos repetitivos. O espectro autista se desenvolve nos primeiros anos de vida. As causas do autismo ainda não são totalmente conhecidas, no entanto os fatores relacionados com o desenvolvimento do TEA são, fatores genéticos, hereditários e ambientais. Apesar de essa ser a causa mais óbvia, ainda há muito que descobrir sobre a mente das pessoas com autismo. Os casos são muito diferentes um do outro. Alguns casos são leves e outros apresentam alto nível de comprometimento funcional. É possível identificar as três características citadas acima em casos de níveis altos. Já em condições mais leves, os sinais se manifestam de forma isolada (GADIA et al, 2004).

O brincar é muito importante no trato com as crianças, pois permite que elas atualizem sua agenda e compreendam suas dificuldades, o que as ajuda a superá-

las. É uma maneira de se socializar e eles aprendem a apreciar objetos, pessoas e sentimentos de outras pessoas enquanto brincam, é uma forma de estimulação cognitiva. Brincar é geralmente considerado um dos melhores meios de desenvolver habilidades de linguagem, cognitivas, motoras e sociais (CONSOLINI, 2019).

Como afirma Range (2001), as técnicas cognitivas amplamente utilizadas nas sessões do terapeuta incluem identificação, teste de realidade e correção de crenças e pensamentos automáticos negativos. O paciente aprende a reconhecer os momentos em que sua disforia ocorre com mais frequência ("períodos críticos") e aprende a identificar pensamentos automáticos. No momento seguinte, o paciente aprende a analisar os pensamentos automáticos, tentando ver distorções neles, após o que começa a questioná-los para obter interpretações mais realistas dos fatos que o cercam.

Segundo Piaget (1976), o social é importante para o desenvolvimento mental das crianças, mas não a estrutura de seu desenvolvimento. O desenvolvimento cognitivo é uma sequência de procedimentos de resolução de problemas cada vez mais eficientes combinados com um conjunto cada vez mais eficiente de estruturas de conhecimento conceitual. Para atingir seus objetivos e subjetivos, as crianças criam novas estratégias ou usam estratégias existentes apropriadas (Flavell et al., 1999).

#### **4.3 As principais contribuições da Teoria Cognitiva Comportamental para o Desenvolvimento Cognitivo da Criança Autista.**

A evolução do TEA é muito variável, sendo que o quociente de inteligência (QI) normal e a presença de linguagem indicam maiores possibilidades de evolução em algumas áreas da vida (APA, 2014 apud BRITO; VASCONCELOS, 2016). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2014), indivíduos com TEA que conseguem trabalhar e viver de forma independente na fase adulta são minoria, compondo o grupo conhecido como TEA de alto funcionamento (TEA-AF).

O funcionamento intelectual é um dos fatores importantes no fechamento de diagnóstico de TEA-AF, sendo usado para fins de diagnóstico diferencial. Assim, esses pacientes tendem a ter linguagem e capacidades intelectuais superiores, facilitando sua independência ou parte dela. Porém, mesmo com prejuízos menores, eles podem ser propensos a ansiedade e depressão principalmente em situações que exigem habilidades sociais (APA, 2014 apud BRITO, 2016).

Loades (2015) Porém, os mais recentes trabalhos que envolvem TCC e TEA abordam intervenções, propostas ou descrições de estudos apenas com crianças, adolescentes ou adultos com TEA-AF. Entende-se que a TCC no atendimento ao TEA, mesmo quando adaptada ao atendimento de crianças, implica que os pacientes apresentem um nível cognitivo suficiente para que o trabalho com as técnicas cognitivas seja efetivo. No caso de indivíduos com TEA de moderado a severo, esse nível cognitivo pode estar prejudicado, já que 70% das crianças com o transtorno apresentam deficiência intelectual com algum grau de comprometimento (APA, 2014). Nesse sentido, conclui-se que a capacidade cognitiva de pacientes com TEA varia em grande nível, tornando-se, por isso, necessária sua avaliação.

Tavares (2005) defende que a TCC pode ajudar o indivíduo a mudar as relações que o perturbam, criando assim condições para novas aprendizagens, aumentando os benefícios pela adoção de técnicas adequadas a cada terapia.

Devem ser avaliadas as habilidades verbais da criança necessárias no estabelecimento de relações terapêuticas e na expressão de pensamentos e sentimentos na TCC, bem como a capacidade de reconhecimento de emoções, autorreflexão e raciocínio causal. Essas avaliações permitem definir se a TCC é adequada ao tratamento, identificar pontos que precisam ser trabalhados com a criança e realizar as adaptações particulares a cada criança necessárias no plano de intervenção (ROTHERAM-FULLER; HODAS, 2015).

Outorgar ao aluno um papel central em suas aprendizagens, aceitar que o processo de aprendizagem é um processo reconstrutivo, lento, no qual o aluno deve carregar o peso da atribuição de significados, pensar que o processo de equilíbrio é essencial em qualquer construção de conhecimentos, defender que o ensino deve favorecer as situações nas quais ocorra essa aprendizagem significativa e que não deve ser um processo mecânico e repetitivo, etc." (MARTÍ, 1996).

Técnicas bastante empregadas nas intervenções para manejo de comportamento foram aquelas relacionadas a gerenciamento comportamental, como recompensa e reforço. O objetivo nesses casos é aumentar ou reduzir a frequência de determinados comportamentos apresentados pelos pacientes com TEA-AF, como os relacionados a problemas de externalização agressão, explosões ou comportamentos destrutivos (LERNER, 2012).

Aguiar (1997) afirma que uma criança autista pode aprender por meio de atividades rotineiras e com a ajuda de outras pessoas. Porém, o aprendizado desses

indivíduos é mais lento, sem sentido e não cria vínculo com o conhecimento prévio. O foco geralmente é aprender novas respostas, o treinamento de habilidades usa métodos como instruções, modelagem, testes comportamentais, feedback e reforço. Também visa reduzir a ansiedade em situações sociais problemáticas, implementar reestruturações cognitivas e treinar a resolução de problemas (CABALLO, 1996).

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que pessoas com TEA têm percepção visual e habilidades motoras prejudicadas em comparação com pessoas com desenvolvimento normal. Dificuldades em simbolizar e perceber conceitos complexos podem ser entendidas como uma incapacidade de processar informações resultantes de funções executivas deficientes e coerência central. Habilidades envolvendo flexibilidade de pensamento, organização e planejamento de atividades também são difíceis em pessoas diagnosticadas com TEA.

As síndromes autistas surgem de mudanças precoces e fundamentais no processo social, levando a uma cascata que afeta o desenvolvimento do funcionamento e adaptação, comunicação social e imaginação, entre outras coisas. Muitas vezes, muitos aspectos da função cognitiva são preservados, e as pessoas com tais distúrbios às vezes têm habilidades surpreendentes e até milagrosas. O início precoce, o perfil dos sintomas e a cronicidade dessas condições indicam que os mecanismos biológicos são centrais para a etiologia do processo.

A literatura estudada e os resultados obtidos indicam uma deterioração da coordenação ou organização do espaço-tempo, memória e atenção em relação ao grupo controle. Essas habilidades dependem de demandas de funcionamento dependentes da maturidade e do funcionamento adequado da função executiva e da memória de trabalho.

Os resultados indicaram que os principais efeitos da TCC em pacientes com TEA é considerar novas opções de tratamento e adaptação. Os artigos selecionados focaram principalmente na avaliação da eficácia e eficiência das técnicas de TCC para esse público.

Quanto às intervenções, os resultados enfatizaram a importância de intervir com os pais, e a necessidade de adaptação, como aproveitar os interesses especiais do paciente, foi enfatizada como uma adaptação muito útil e importante. A Terapia Cognitiva Comportamental apresenta manutenção de técnicas cognitivas e comportamentais, como psicoeducação, exposição e resposta, reestruturação cognitiva e regulação emocional (TEODORO, 2019).

Tem-se a inclusão da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como uma forma de tratamento mais completa, uma vez que esse método proporciona uma melhora no âmbito das psicopatologias, tanto cognitivas quanto comportamentais. A

primeira enfatiza e compreende o pensamento, as condutas, os sentimentos, as relações familiares e a forma de interpretar o mundo, enquanto a segunda trabalha uma mudança mais eficaz no comportamento (CONSOLINI, 2019).

## REFERÊNCIAS

- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática** – 2.ed.
- BOSA, C. et al. **Autismo: breve revisão de diferentes abordagens**. 24 de julho de 2000. Disponível em > <https://www.scielo.br/j/prc/a/4b8ymvyGp8R4MykcVtD49Nq/>< Acesso em: 10 de novembro de 2022.
- CONSOLINI, Marília; LOPES, Ederaldo José; LOPES, Ferrarez.R F. **Terapia Cognitivo-comportamental no Espectro Autista de Alto Funcionamento: revisão integrativa**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 38-50, jun. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872019000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 06 jun. 2023. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190007>.
- COSTA ES da, Pires EA de N. **O comportamento no processo de busca da informação por meio das tecnologias da informação e comunicação: um estudo de caso sobre os discentes da Faculdade de Biblioteconomia no Estado do Pará**. Perspect ciênc inf [Internet]. 19, junho de 2014. (3):149–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/1896>
- FERNANDES, C. S., Tomazelli, J., & Girianelli, V. R.. (2020). **Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas**. Psicologia USP, 31, e200027. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>
- FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. **Normas para apresentação de monografia**. 3. ed. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Biblioteca Karl A. Boedecker. São Paulo: FGV-EAESP, 2003. 95 p. (normasbib.pdf, 462kb). Disponível em: <[www.fgvsp.br/biblioteca](http://www.fgvsp.br/biblioteca)>. Acesso em: 23 set. 2004.
- GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento**. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2(Supl), 2004.
- GAUDERER, E. Christian. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: de especialista aos pais**. Brasília: Ministério da Ação Social, 1993.
- GOMES, B. P.C **O autismo e os diferentes enfoques em relação ao tratamento**. Revista UNINGÁ Review, Rua Barão de Mauá 404, Centro, Paranacity, Paraná, Brasil, Vol.24, n.1, pp.114-123, Out-Dez 2015.
- HOFMANN, Stefan G.; HAYES, Steven C. **Terapia Cognitiva Comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas** [recurso eletrônico]. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Wilson Vieira Melo. – Porto Alegre: Artmed, 2020.
- KANNER, L. (1943). **Distúrbios autísticos do contato afetivo**. *criança nervosa*, 2, 217-250.

KLIN, A. **Autismo e síndrome de asperger: uma visão geral**. 12 de junho de 2006. Disponível em: > <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jMZNbhCsndB9Sf5ph5KBYGD/>< Acesso em 08 de novembro

LEMOS, E. de M. D. et al. **Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar**. 15 de abril de 2014. Disponível em: > <https://www.scielo.br/j/rbee/a/GS4c9BPW9PW8ZqzBGjx7Kzj/?lang=pt>< .Acesso em 13 de setembro de 2022.

LIMA, M. C. G. P. F.; DILASCIO, M. G. **Treinamento de habilidades sociais na Síndrome de asperger**. Revista Debates em Psiquiatria, Ano 6 • nº1 • Jan/Fev 2016.

MAIA, F. A. et al. **Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho**. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 228-234.

NAPP, P.; BECK, A. T.. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 30, p. s54–s64, out. 2008

NASCIMENTO, J. et al. **Contribuição da atividade lúdica no desenvolvimento cognitivo e motor da criança com aspecto autista**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04. v. 04, p. 33–46, [s.d.].

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

OLIVEIRA, N. M.; ESPINDOLA, C. R. **Trabalhos acadêmicos: recomendações práticas**. São Paulo: CEETPS, 2003.

PÁDUA, E. M. M. de. **Metodologia científica: abordagem teórico-prática**. 10 ed. ver. atual. Campinas, SP: Papirus, 2004.

PIRES, J. **Regulação Emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Psico-USF, v. 19, n. 2, p. 355–357, maio 2014.

RODRIGUES, I. J. ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Habilidades viso-perceptuais e motoras na síndrome de Asperger**. Temas em Psicologia - 2011, Vol. 19, no 2, 361 – 377

SCHWARTZMAN, J. S. (2003). **Síndrome de Rett**. Brazilian Journal of Psychiatry, 25(2), 110–113.

SILVA, M; MULICK, A. JAMES. **Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas**. 19 de junho de 2008. Disponível em: ><https://www.scielo.br/j/pcp/a/RP6tV9RTtbLNF9fnqvrMVXk/?lang=pt>< Acesso em: 10 de novembro de 2022.

TOMAZOLI, SANCHES *et al.* **Rastreo de alterações cognitivas em crianças com TEA: estudo piloto**. Psicol. teor. prat., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 23-32, dez. 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516368720170003000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516368720170003000)

[02&lng=pt&nrm=iso](http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p23-32) . acessos em 06 jun. 2023. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p23-32>.

VASCONCELOS, C.; PRAIA, J. F.; ALMEIDA, L. S. **Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem**. Psicologia Escolar e Educacional, v. 7, n. 1, p. 11–19, jun. 2003

VIEIRA, Therezinha. Dias, A e Oiticica, C.M. (2014) Piaget, J. A. **Formação do símbolo na criança. Imitação, jogo, sonho, imagem e representação**. Rio de Janeiro, LTC (original 1964). **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 35, n. 88, p. 237-240, jan. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415711X2015000100016&lng=pt&rm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2015000100016&lng=pt&rm=iso) . acessos em 20 jun. 2023.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991

ZANON RB, BACKES B, BOSA CA. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais**. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2014Jan;30(1):25–33. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.

## Página de assinaturas

**Clara Pereira**  
033.529.112-07  
Signatário

**Mariolete Paes**  
050.024.022-16  
Signatário

**Milena Sousa**  
782.675.873-49  
Signatário

**Iza Silva**  
034.483.612-67  
Signatário

**Daniela Americo**  
005.484.062-78  
Signatário

## HISTÓRICO

- |                         |  |   |
|-------------------------|--|---|
| 17 jul 2023<br>19:26:20 |  | <b>Mariolete Da Silva Paes</b> criou este documento. (E-mail: pmari3646@gmail.com, CPF: 050.024.022-16)   |
| 17 jul 2023<br>19:26:21 |  | <b>Mariolete Da Silva Paes</b> (E-mail: pmari3646@gmail.com, CPF: 050.024.022-16) visualizou este documento por meio do IP 170.231.133.20 localizado em Parauapebas - Para - Brazil         |
| 20 jul 2023<br>14:30:30 |  | <b>Mariolete Da Silva Paes</b> (E-mail: pmari3646@gmail.com, CPF: 050.024.022-16) assinou este documento por meio do IP 170.231.133.20 localizado em Parauapebas - Para - Brazil            |
| 18 jul 2023<br>15:35:01 |  | <b>Clara Lis Araújo Pereira</b> (E-mail: psicologaclara.2020@gmail.com, CPF: 033.529.112-07) visualizou este documento por meio do IP 200.9.67.46 localizado em Parauapebas - Para - Brazil |



- 18 jul 2023**  
15:35:07  **Clara Lis Araújo Preira** (E-mail: [psicologaclara.2020@gmail.com](mailto:psicologaclara.2020@gmail.com), CPF: 033.529.112-07) assinou este documento por meio do IP 200.9.67.46 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 20 jul 2023**  
16:27:44  **Milena Vieira Sousa** (E-mail: [milenvieirasousa@gmail.com](mailto:milenvieirasousa@gmail.com), CPF: 782.675.873-49) visualizou este documento por meio do IP 200.124.94.215 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 20 jul 2023**  
16:27:49  **Milena Vieira Sousa** (E-mail: [milenvieirasousa@gmail.com](mailto:milenvieirasousa@gmail.com), CPF: 782.675.873-49) assinou este documento por meio do IP 200.124.94.215 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 02 ago 2023**  
20:18:30  **Daniela S Americo** (E-mail: [danielaamericoa@gmail.com](mailto:danielaamericoa@gmail.com), CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.146 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 02 ago 2023**  
20:18:34  **Daniela S Americo** (E-mail: [danielaamericoa@gmail.com](mailto:danielaamericoa@gmail.com), CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.146 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 20 jul 2023**  
16:56:58  **Iza Rebeca Felix Silva** (E-mail: [rebecafelix3@gmail.com](mailto:rebecafelix3@gmail.com), CPF: 034.483.612-67) visualizou este documento por meio do IP 179.84.217.225 localizado em Para - Brazil
- 20 jul 2023**  
16:57:32  **Iza Rebeca Felix Silva** (E-mail: [rebecafelix3@gmail.com](mailto:rebecafelix3@gmail.com), CPF: 034.483.612-67) assinou este documento por meio do IP 179.84.217.225 localizado em Para - Brazil



## Página de assinaturas

Coordenação de Psicologia

**Coordenação Psicologia**

005.484.062-78

Signatário

### HISTÓRICO

- 28 nov 2023**  
20:21:04  **Mariolete Da Silva Paes** criou este documento. (E-mail: pmari3646@gmail.com)
- 28 nov 2023**  
20:25:07  **Coordenação de Psicologia** (E-mail: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.111 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 28 nov 2023**  
20:25:16  **Coordenação de Psicologia** (E-mail: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.111 localizado em Curionopolis - Para - Brazil

