



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

GIULIA CRISTINE SOUZA ALVARENGA

**AUTISMO LEVE E INTERVENÇÃO NA
ABORDAGEM COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

São Paulo

2017

GIULIA CRISTINE SOUZA ALVARENGA

**AUTISMO LEVE E INTERVENÇÃO NA
ABORDAGEM COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins

São Paulo

2017

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Alvarenga, Giulia Cristine

Autismo leve e intervenção na abordagem cognitivo-comportamental

Giulia Cristine Souza Alvarenga, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2017.

34 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Assunto do trabalho, 2. Assunto do trabalho. I. Último sobrenome, Nome e sobrenome. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Giulia Alvarenga

Autismo leve e intervenção na abordagem cognitivo-comportamental

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das
exigências para obtenção do título de Especialista
em Terapia Cognitivo-Comportamental

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. _____

Parecer: _____

Prof. _____

São Paulo, ____ de _____ de _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todos que me ajudaram a estar aqui e contribuíram para meu crescimento não só pessoal como profissional. Também dedico aos meus pacientes autistas que me inspiraram em realizar este estudo e que me motivam a me aprimorar cada vez mais para atendê-los da melhor forma possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me proporcionar tudo o que tenho, as oportunidades e os desafios que me ajuda a superar e a força para nunca desistir.

À minha família, minha mãe, meu irmão e meu pai e ao meu namorado que estão sempre do meu lado.

À orientadora Renata por compartilhar seu conhecimento, por ser compreensiva e paciente e incentivar meu crescimento pessoal e profissional.

À Eliana e ao Elcio por todo o apoio e pela dedicação em nos proporcionar um curso de qualidade, além do carinho em todos os momentos.

RESUMO

O autismo é um transtorno do desenvolvimento humano considerado complexo caracterizado por comprometimento nas áreas de interação social e comunicação, padrões de interesses restritos comportamentos estereotipados. Este trabalho busca modelos de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental para pacientes autistas de nível leve a fim de desenvolver suas habilidades e capacidades para uma vida mais funcional e com mais qualidade. Sendo assim tem como objetivo verificar as principais ações terapêuticas para essa população. Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizada pesquisa bibliográfica. Os resultados mostraram que a abordagem cognitivo-comportamental tem se mostrado bastante eficaz em casos de TEA pois trabalha aspectos da cognição e mudanças comportamentais, o que possibilita resultados mais satisfatórios.

Palavras-chave: Autismo, autismo leve, terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

Autism is a disorder of human development considered complex characterized by impairment in areas of social interaction and communication, patterns of interests restricted stereotyped behaviors. This paper seeks intervention models in the cognitive behavioral approach for light-level autistic patients in order to develop their skills and abilities to a more functional and quality life. Therefore, it aims to verify the main therapeutic actions for this population. For the development of this work was used bibliographic research. The results showed that the cognitive-behavioral approach has been shown to be very effective in cases of TEA because it works on aspects of cognition and behavioral changes, which allows for more satisfactory results.

Keywords: Autism, Mild autism, cognitive-behavioral therapy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO.....	9
3 METODOLOGIA.....	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUÇÃO

O autismo atinge hoje muitas crianças e adultos e sua principal característica são os déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões de comportamento repetitivos, estereotipados e padrões de interesse restritos a determinadas atividades (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004).

Tais características podem dificultar a interação social do indivíduo, que precisa de intervenção psicológica e médica para que tenha qualidade de vida e possa se desenvolver.

Com a modificação de alguns comportamentos é possível obter uma melhora significativa dos sintomas do autismo, pois na abordagem cognitivo-comportamental acredita-se que as crianças com autismo apresentam as mesmas habilidades de crianças neurotípicas, em níveis de intensidade diferentes (GONÇALVES, 2011).

É possível perceber que alguns comportamentos autistas também são reproduzidos por crianças neurotípicas ainda que com frequência menor (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004).

Em 2013 a APA apresentou novos critérios diagnósticos para o autismo no DSM 5. De acordo com o DSM o autismo possui graus de comprometimento que estão num continuum que vai de leve a grave dependendo dos sintomas e características de cada indivíduo (CAMPOS, 2015). Uma das mudanças é a eliminação das categorias Autismo, Síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo e transtornos globais do desenvolvimento sem outra especificação, determinando assim a determinação de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Sendo assim, este trabalho objetiva apresentar modelos de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental para casos de autismo leve, tendo em vista que esta abordagem é a que tem apresentado melhores resultados em indivíduos autistas, possibilitando a eles um desenvolvimento de suas habilidades e competências para uma vida social mais funcional.

2 OBJETIVO

Esse trabalho teve como objetivo verificar os principais modelos de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental para pacientes autistas leves.

Os objetivos específicos são:

- Identificar quais modelos são utilizados na intervenção de pacientes autistas leves.
- Descrever os modelos cognitivo-comportamentais para intervenção.

3 METODOLOGIA

O método a ser utilizado é o qualitativo.

O método qualitativo não adota modelo numérico como ferramenta e sim se utiliza de método de artigos, livros e trabalhos relacionados com o tema proposto buscando assim uma reflexão diante das ideias dos autores que estudaram o tema.

Trata-se ainda de uma pesquisa exploratória, que objetiva ter mais conhecimento sobre o assunto estudado, tornando-o mais claro e podendo se construir hipóteses (GERHARDT & SILVEIRA, 2009).

As bases de dados pesquisadas foram: Scielo, Pubmed, Google acadêmico, Periódicos Capes, além de livros específicos sobre o assunto.

Palavras-chave utilizadas (autismo leve; mild autism; terapia cognitivo-comportamental; cognitive behavioral therapy).

Critérios de inclusão: artigos abordando autismo leve e intervenções no modelo cognitivo-comportamental.

Critérios de exclusão: artigos abordando autismo moderado e grave e intervenções em outras abordagens.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

De acordo com Klin (2006), o transtorno do espectro autista é um quadro acarreta prejuízos significativos na interação social, comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses. Para o diagnóstico tais sintomas devem estar presentes por volta dos três anos de idade.

No que se refere à dificuldade de interação social, sua manifestação pode ser através de isolamento ou comportamento social inadequado, pouco contato visual, dificuldade para participar de atividades em grupo, demonstração de afeto inadequada ou ausência da mesma, falta de empatia social e emocional. Com o passar do tempo o comportamento de isolamento tende a melhorar, porém o déficit de habilidades sociais tende a permanecer (KLIN, 2006).

Adolescentes e adultos com transtorno do espectro autista (TEA), mesmo com habilidades cognitivas adequadas, tendem a cometer distorções de pensamento em relação a como são vistos pelas pessoas e tendem a isolar-se (KLIN, 2006).

De acordo com Gadia, Tuchman e Rotta (2004), em relação aos déficits de comunicação, estão presentes em vários níveis como comunicação verbal e não-verbal. Quando se trata de quadros mais graves a criança pode não desenvolver a fala, já em outros casos pode desenvolver uma fala imatura caracterizada por jargão, ecolalia, reversões de pronome, prosódia anormal, entonação monótona, etc.

Os mesmos autores acima citados afirmam que as dificuldades de linguagem e comunicação permanecem na vida adulta e muitos autistas continuam não-verbais. Os que desenvolvem a fala apresentam habilidades sociais pobres e dificuldade de interpretar mensagens e conversas.

Os padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados são caracterizado por resistência a mudanças, insistências em rotinas, apego excessivo a objetos e encanto com movimentos de peças (rodas ou hélices). Quando se trata da funcionalidade de determinado objeto, mesmo que a criança pareça brincar,

muitas vezes elas estão mais preocupadas em alinhar ou manuseá-los e não usá-los para sua finalidade simbólica (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004).

As estereotipias motoras e verbais, como se balançar (rocking), bater palmas repetitivamente (flapping), andar em círculos, repetir determinadas palavras, frases ou canções são muito características de indivíduos com autismo.

No adulto a adaptação à mudança é melhorada, mas os interesses restritos podem permanecer. (GADIA, TUCHMAN & ROTTA, 2004).

As causas do transtorno, segundo Siegel (2008, apud Gonçalves, 2011) vêm sendo estudadas e são múltiplas as teorias que pretendem elucidar as perturbações e causas do autismo. Anteriormente julgava-se que a causa estava em problemas de relação com a mãe, por não serem afetivas o suficiente com seus filhos, com o passar do tempo essa teoria foi ultrapassada.

De acordo com o mesmo autor, existem teorias que relatam sobre genes que sofrem mutações durante o desenvolvimento do feto e cromossomos envolvidos na perturbação como 15,16,17 e x. Além disso, existem teorias comportamentais e neurobiológicas que acreditam que a causa do autismo pode ser de comportamentos aprendidos ou na estrutura cerebral, além do aumento de neurotransmissores que poderiam provocar uma alteração na percepção sensorial.

Porém essas teorias são vistas atualmente como ultrapassadas.

As causas do TEA, de acordo com Fraga & Oliveira (2004, apud Gonçalves, 2011) permanecem desconhecidas, sendo os indicados problemas durante a gestação ou o parto, tendo como aspecto preventivo cuidados gerais para as gestantes como ingestão de álcool, produtos químicos, fumo e medicamentos.

O diagnóstico do transtorno, na ausência de um marcador biológico, na maioria das vezes, é realizado com avaliação clínica, com base no comportamento da criança.

Em 2013 a APA apresentou novos critérios diagnósticos para o autismo no DSM 5. De acordo com o DSM o autismo possui graus de comprometimento que estão num continuum que vai de leve a grave dependendo dos sintomas e características de cada indivíduo (CAMPOS, 2015). Uma das mudanças é a eliminação das categorias Autismo, Síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo e transtornos globais do desenvolvimento sem outra especificação, determinando assim a determinação de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

CrITÉRIOS diagnÓsticos de acordo com o DSM-V (2014) estão descritos no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 - CritÉrio diagnÓstico para distÚrbio autista (DSM-V, (2014))
<p>A- Deficiências persistentes na comunicação e interação social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limitação na reciprocidade social e emocional; 2. Limitação nos comportamentos de comunicação não verbal utilizados para interação social; 3. Limitação em iniciar, manter e entender relacionamentos, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar as diversas situações sociais. <p>B- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos observados ou pela histÓria clÍnica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala; 2. InsistênciA nas mesmas coisas, aderênciA inflexÍvel às rotinas ou padrões ritualÍsticos de comportamentos verbais e não verbais; 3. Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco; 4. Hiper ou hiporreativo a estÍmulos sensoriais do ambiente <p>C- Os sintomas devem estar presentes nas primeiras etapas do desenvolvimento. Eles podem não estar totalmente manifestos atÉ que a demanda social exceder suas capacidades ou podem ficar mascarados por algumas estratÉgias de aprendizado ao longo da vida</p> <p>D- Os sintomas causam prejuÍzo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento atual do paciente</p> <p>E- Esses distÚrbios não são melhores explicados por deficiênciA cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.</p>

Fonte: DSM V (2014)

Os nÍveis de gravidade são:

NÍvel 1: Exige apoio

Comunicação social: Na ausênciA de apoio, dÉficits na comunicação social causam prejuÍzos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atÍpicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Nível 2: Exige apoio substancial

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.

Nível 3: Exige apoio muito substancial

Comunicação social: Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas

Comportamentos restritos e repetitivos: Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento / dificuldade para mudar o foco ou as ações. (DSM V, 2014)

O tratamento do autismo deve envolver uma ação interdisciplinar. O plano de intervenção deve ser baseado no perfil de cada criança e nas suas habilidades a serem desenvolvidas (PETERSON & WAINER, 2011).

As intervenções mais utilizadas são as psicoeducacionais e as farmacológicas. As psicoeducacionais tem como objetivo principal desenvolver as habilidades que estão em atraso quando comparadas a crianças neurotípicas.

O método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), com a ênfase na organização e na estrutura do ambiente, prevê também a criação de rotinas de trabalho, uso de pistas visuais e instrumentos de apoio organizados sistematicamente para facilitar a compreensão e promover a autonomia da criança. As estratégias comportamentais e cognitivas do programa de ensino incluem a divisão de atividades complexas em unidades menores, passíveis de serem treinadas passo a passo e posteriormente generalizadas para outros contextos. Os pais atuam como coterapeutas (PETERSON & WAINER, 2011)

No método ABA (Análise aplicada do comportamento) entende-se que o comportamento dessas crianças depende de suas consequências, logo são mantidos por relação de contingências e passíveis de modificação. Muitos dos comportamentos disfuncionais exibidos por crianças com autismo são mantidos por suas consequências. Por exemplo, as crianças que fazem uso de gritos ou autoagressões como forma de obter atenção geralmente a conseguem, mesmo que a atenção dispensada ocorra sob a forma de repreensões. Sendo assim o objetivo é reforçar os comportamentos-alvo mais adaptativos (PETERSON & WAINER, 2011).

Os princípios de reforço podem integrar o tratamento através de diversas técnicas aplicadas como a comunicação facilitada. O *Picture Communication System* (PECS) tem como objetivo ensinar a criança a se comunicar por trocas de figuras, facilitando a expressão de seus desejos e necessidades (PETERSON & WAINER, 2011).

O objetivo dessas técnicas que podem ser utilizadas de forma combinada é retomar a sequência do desenvolvimento esperado para a idade da criança.

Apesar de o tratamento farmacológico não disponibilizar de medicação específica para os principais sintomas do autismo, eles minimizam a intensidade dos sintomas-alvo. Determinados sintomas como agressividade, comportamento auto-lesivo, rituais compulsivos e hiperatividade podem se manifestar de forma exacerbada e prejudicar a interação social. Nestes casos o auxílio farmacológico traz estabilização clínica. Os remédios mais utilizados tem sido os neurolépticos (haloperidol), que reduzem a agressividade, as estereotípias e os comportamentos automutilantes, e os antipsicóticos atípicos (risperidona) para atenuar sintomas-alvo de irritabilidade e hiperatividade. (PETERSON & WAINER, 2011).

4.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (NÍVEL 1 OU LEVE)

Conforme classificação do DSM V, o nível 1 do TEA necessita de apoio e tem prejuízos na comunicação social e comportamentos repetitivos (DSM V, 2014). No DSM IV eram classificados como Asperger.

De acordo com Klin (2006), normalmente eles iniciam uma conversação de forma excêntrica e inadequada. Geralmente estabelecem uma linguagem prolixa com o interlocutor sobre um assunto de sua preferência e bem delimitado. Podem ter interesse em fazer novas amizades e vínculos, porém ficam frustrados, pois suas tentativas de novos contatos são inapropriadas e desajeitadas. Demonstram ainda dificuldade em ter empatia (reconhecer o sentimento do outro), e emitem sinais implícitos que podem afastar as pessoas, como sinais de tédio, pressa para ir embora e necessidade de privacidade.

Dilascio & Lima (2016) afirmam que o prejuízo nas relações sociais está associado à teoria da mente, que é a habilidade de compreender que os pensamentos e sentimentos dos outros são diferentes dos nossos e prever o comportamento que o outro poderá ter. Além disso, ocorre um processamento diferente das emoções. Devido às tentativas e fracassos em relação à comunicação social eles podem desenvolver sintomas de transtorno de ansiedade e humor (KLIN, 2006).

O mesmo autor afirma que existem ainda aspectos relacionados à fala, como entonação, volume da voz, etc. Há ainda um atraso nas habilidades motoras que pode ser percebido através de uma postura desajeitada, padrões de andar arqueado. Em relação ao ponto de vista neuropsicológico, existe um padrão relativamente elevado em habilidades auditivas e verbais e aprendizado repetitivo e déficits significativos nas habilidades visuomotoras e visuoperceptuais e no aprendizado conceitual. Muitos indivíduos na infância precoce exibem altos níveis de atividade e podem desenvolver ansiedade e depressão na adolescência e na vida adulta.

Além disso, existe um comprometimento da flexibilidade comportamental e mental não só na comunicação como também em seus interesses restritos. Por exemplo, um interesse restrito por determinado assunto faz com que dediquem grande parte do seu tempo e tenham muitas informações acerca daquele tema

específico. A mudança de rotina ou padrões pode ser vivenciada com grande mal estar e provocar reações de raiva e agressividade (DILASCIO & LIMA, 2016).

4.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O modelo de terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvido por Aaron Beck em 1960. Inicialmente foi criada para o tratamento da depressão, sendo uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, reestruturação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2013).

Após utilização do modelo na intervenção de pacientes deprimidos, outros tipos de transtornos também foram tratados com a terapia cognitiva, tendo bons resultados. O tratamento é baseado na reestruturação cognitiva, através da mudança de crenças e pensamentos disfuncionais e comportamentos consequentes (BECK, 2013).

No modelo cognitivo acredita-se que o que dirige nossa vida são nossos pensamentos, forma como interpretamos o que acontece conosco. Sendo assim, um pensamento gera uma emoção, que gera um comportamento (BECK, 2013).



Figura 1. Modelo Cognitivo

De acordo com Knapp (2009), a terapia cognitivo-comportamental segue três pressupostos básicos:

- 1- A cognição influencia os comportamentos
- 2- A cognição é passível de mudanças
- 3- O comportamento desejado pode ser influenciado através da reestruturação cognitiva

O mesmo autor afirma que o modelo cognitivo não pode ser visto de forma linear como uma situação que desencadeia um pensamento, que gera uma emoção e consequentemente um comportamento. Isso porque há uma interação entre pensamentos, sentimentos, comportamentos, ambiente e fisiologia (KNAPP, 2009).

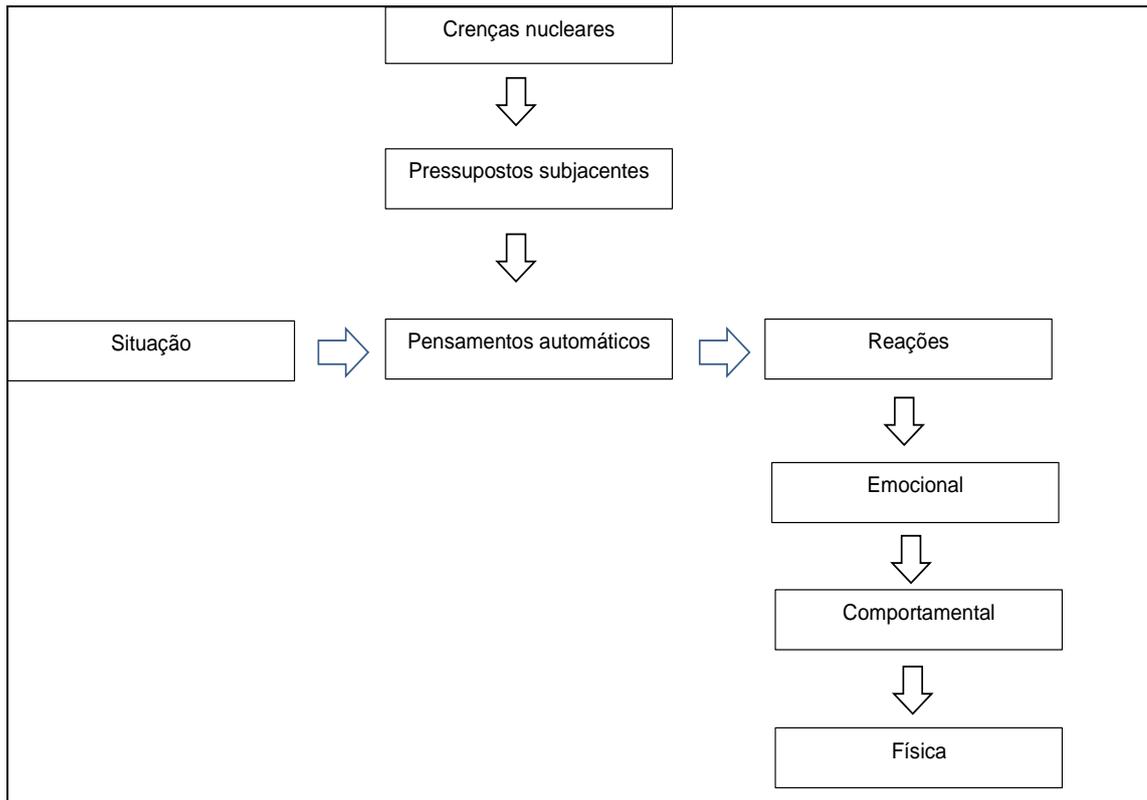


Figura 2. Modelo Cognitivo segundo Knapp (2009)

Fonte: Knapp (2009, p.21)

As **crenças nucleares** constituem nossos conceitos mais profundos e enraizados sobre nós mesmos, as pessoas e o mundo. Tais crenças são construídas ao longo de nosso desenvolvimento, através da nossa família de origem e as pessoas que convivemos na infância. Nesse sentido, as crenças são percebidas como verdades absolutas e imutáveis (KNAPP, 2009).

Para obter resultados duradouros é preciso mudar as crenças nucleares consideradas disfuncionais e esse é o objetivo da terapia cognitivo-comportamental.

De acordo com Beck, J.1995 (apud Knapp 2009), as crenças nucleares podem ser agrupadas em 3 grupos:

Crenças nucleares de desamparo: Crenças sobre sentir-se impotente, frágil, vulnerável, carente, desamparado e necessitado.

Crenças nucleares de desamor: Crenças sobre ser indesejável, incapaz de ser gostado, de ser amado, sem atrativos, imperfeito, rejeitado, abandonado, sozinho.

Crenças nucleares de desvalor: Crenças sobre ser incapaz e não ter seus feitos reconhecidos pelo outro, sentir-se incompetente, inadequado, fracassado, sem valor

Os **esquemas** podem ser vistos como a estrutura da crença, e a crença é vista como o conteúdo do esquema (KNAPP, 2009).

Dessa forma são estruturas internas de relativa durabilidade que organizam os acontecimentos de acordo com seu significado, determinando como os estímulos são percebidos e conceitualizados. Os esquemas são ligados a altos níveis de afeto, quando ativados e são autoperpetuáveis (KNAPP, 2009).

A perpetuação dos esquemas pode ocorrer de três maneiras (KNAPP, 2009):

Manutenção: pensar e se comportar de forma a reforçar o esquema. Isso acontece no viés confirmatório, que significa, por exemplo, uma pessoa que acredita que sempre será abandonada, ela tem comportamentos que fazem com que as pessoas a abandonem e não queiram ficar com ela e isso confirma sua crença: Sempre serei abandonado.

Evitação: buscar formas de evitar a ativação dos esquemas e seu sofrimento, como por exemplo um esquema de ser vulnerável, a pessoa tenta manter o controle obsessivo e excessivo sobre tudo que acontece.

Compensação: ter comportamentos contrários ao esquema, por exemplo um esquema de inadequação ou incapaz de ser amado, com isso a pessoa se relaciona com muitas mulheres mas não se envolve de forma séria com nenhuma.

Os pressupostos subjacentes ou crenças intermediárias são regras, padrões e normas relacionadas a atitudes que temos e estão presentes em nossa conduta, como por exemplo: “Se eu não for agressivo as pessoas não vão me respeitar.”. Ocorre que, se por algum motivo os pressupostos não forem cumpridos o sujeito torna-se vulnerável ao transtorno emocional, uma vez que as crenças nucleares disfuncionais são ativadas (KNAPP, 2009).

As estratégias de enfrentamento são vistos como comportamentos que o sujeito adota para lidar com suas crenças, o que muitas vezes reforça a crença. (KNAPP, 2009)

Os **pensamentos automáticos** são pensamentos que estão ligados a nossa crença e que surgem com situações que podem ativar nossa crença. Por exemplo, no caso de uma crença de desamparo, uma situação em que uma pessoa termina um relacionamento, se ela tem um esquema de desamparo sua crença será: Sou

uma pessoa ruim e ficarei sozinha, por exemplo. Em decorrência do término de relacionamento ela poderá pensar: E agora, minha vida acabou, pois estou sozinha; Ninguém me ama; Sou um lixo, etc (KNAPP, 2009).

Tais pensamentos podem gerar uma emoção desagradável, como tristeza, medo, raiva; além de reforçar o esquema de desamparo (KNAPP, 2009).

Por exemplo (WRIGHT, BASCO & THASE, 2009):

Situação: A mãe telefona e pergunta por que esqueci o aniversário da minha irmã. Pensamento automático: “Fiz besteira de novo”. “Não tem jeito, nunca vou conseguir agradá-la”. “Não consigo fazer nada direito”. “O que adianta?”. Emoção: Tristeza, raiva.

Sendo assim, o pensamento pode ser compreendido como sendo uma interpretação de uma situação que ocorre na vida de um indivíduo e que está ligado à crença que ele já tem.

Essa interpretação pode passar por filtros ao ser codificada em nossa mente, sendo esses filtros chamados de **distorções cognitivas**.

De acordo com Powell (2008) as distorções podem ser interpretadas como erros de pensamento, ou seja, uma percepção e um processamento das informações que ocorre de forma inadequada. Tais distorções decorrem de regras e pressupostos adquiridos por um indivíduo ao longo de sua vida.

Knapp (2009) listou em seu livro as distorções mais comumente utilizadas de acordo com Beck (1995); Leahy (1996); Neenan e Dryden (2000); Freeman (1990).

1. Catastrofização: Pensar que sempre vai acontecer o pior, sem considerar outras possibilidades alternativas. Pensar que o desfecho será terrível e insuportável, que algo terrível está por vir. *Exemplo: Se eu terminar meu namoro não irei sobreviver*
2. Raciocínio emocional: Pensar que os sentimentos são fatos, que algo é uma verdade absoluta porque se sente (pensa) algo muito forte a respeito. *Exemplo: Sinto que estou sendo traída*
3. Polarização (pensamento tudo ou nada, dicotômico): Perceber as situações em dois extremos, como situações muito distantes e opostas, perceber eventos ou pessoas em termos absolutos. *Exemplo: Eu sempre sou reprovada em entrevistas de emprego. Eu nunca vou conseguir.*

4. Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo): A percepção apenas do que é negativo em uma situação, sem considerar os aspectos positivos. *Exemplo: As pessoas não gostam de mim (por uma avaliação na empresa em que recebeu uma crítica, não conseguindo perceber os elogios).*
5. Adivinhação: Previsão do futuro. Pensar em problemas que podem nem acontecer. *Exemplo: Ele não vai gostar do meu projeto.*
6. Leitura Mental: Pensar que é possível saber o que os outros estão pensando, desconsiderando outras possibilidades. *Exemplo: Todos estão me olhando e me achando inadequada.*
7. Rotulação: Rotular uma pessoa ou uma situação ao invés de considerar o evento específico. *Exemplo: Eu sou um burro.*
8. Desqualificação do positivo: Aspectos positivos, qualidades são desconsiderados quando frente à uma situação negativa pois tais aspectos são considerados como triviais ou como algo que não conta. *Exemplo: Não importa se tirei uma boa nota, não era mais do que minha obrigação.*
9. Minimização e maximização: Características positivas tanto em si como nos outros são minimizadas enquanto os defeitos são maximizados. *Exemplo: Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem.*
10. Personalização: Assumir toda a culpa e se responsabilizar por acontecimentos negativos sem levar em consideração outros fatores envolvidos. *Exemplo: Meu chefe estava com a cara amarrada, devo ter feito algo que o irritou.*
11. Hipergeneralização: Pensar que uma situação específica é um padrão universal, que aquilo acontece ou irá sempre acontecer. *Exemplo: Eu não me dou bem com nenhuma mulher.*
12. Imperativos (“deveria”, “tenho que”): Pensar que as situações sempre deveriam ser de um jeito ou de outro e não considerar as possibilidades de as coisas serem como são. Regras estipuladas a si e aos outros a fim de serem cumpridas para evitar consequências negativas. *Exemplo: Eu tenho que aguentar essa situação.]*

13. Vitimização: Pensar que tudo o que acontece é injustiça, que ninguém o compreende. Culpabiliza os outros por seus sentimentos de tristeza e fracassos e não assume a responsabilidade de suas emoções e comportamentos. *Exemplo: Faço tudo pelos meus filhos e eles não agradecem.*

14. Questionalização (E se): Pensar na situação como aquilo que poderia ter sido e não foi. Se culpar por acontecimentos do passado e questionar escolhas do futuro. *Exemplo: E se eu não conseguir um novo emprego?*

Muitas vezes o pensamento é difícil de ser identificado, sendo mais fácil identificar a **emoção** que é gerada por esse pensamento.

De acordo com Freitas-Magalhães (2015), que fez um estudo baseado nas experiências e teorias de Paul Eckman, a emoção pode ser compreendida como uma resposta automática rápida e de grande intensidade que pode ser consciente ou não de acordo com a visão de mundo do indivíduo e através de um impulso neuronal leva o sujeito a produzir uma ação. As funções da emoção relacionam-se com a expressão e a adaptação.

O mesmo autor afirma que vivenciar uma emoção proporciona aprendizagem emocional, uma vez que através de uma emoção vivenciada o indivíduo em situações futuras se prepara melhor para sua conduta.

Os componentes da emoção seriam: a vivência consciente (sensação), as reações fisiológicas (órgãos) e o comportamento expressivo (expressão facial) (MAGALHAES, A. 2015). Dessa forma é possível compreender, que após um pensamento automático existe uma expressão de acordo com a interpretação desse pensamento, que se manifesta através da emoção.

De acordo com a Teoria da Evolução (DARWIN, 1872/1965, apud, LEAHY, TIRCH & NAPOLITANO, 2013) as emoções são compreendidas como processos adaptativos que permitem ao homem identificar o perigo, ou outras condições, comunicar-se, estimular comportamentos e possibilitar aptidões adaptativas. O autor cita como o exemplo a emoção universal do medo que é uma resposta adaptativa a uma ameaça natural como a altura, por exemplo. Ele pode agir de várias formas, paralisar o sujeito, motivá-lo a fugir e usar das expressões faciais para alertar os demais do grupo sobre o perigo. Alguns cientistas demonstraram que as emoções

podem ser expressadas de maneiras universais, incluindo a postura, o olhar e os gestos.

Os autores LEAHY, R., TIRCH, D. & NAPOLITANO, L. (2013) afirmam que as emoções nos ajudam a avaliar as alternativas geradas pelo meio e possibilitam a mudança e revelam nossas necessidades. Por exemplo, indivíduos com alguma lesão cerebral na área responsável pela conexão entre razão e emoção, tem habilidade para avaliar situações racionalmente, mas tem dificuldades em tomar decisões, ou seja, as emoções são como marcadores que influenciam as nossas decisões. Estudos demonstram que para as tomadas de decisão os indivíduos utilizam a regra da heurística, ou seja, as regras das experiências, e que as emoções consituem a heurística. Isso sugere que por trás da tomada de decisões pode haver uma base emocional.

De acordo com Goleman (2001), a emoção prepara o corpo para determinados tipos de respostas e existe um leque de emoções básicas, das quais se derivam emoções secundárias (Quadro 2).

Quadro 2 – Emoções primárias e secundárias	
Emoções Primárias	Emoções secundárias
Ira	Fúria, revolta, ressentimento, raiva, exasperação, indignação, vexame, acrimônia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez, no extremo, ódio e violência patológicos.
Tristeza	Sufrimento, mágoa, desânimo, desalento, melancolia, autopiedade, solidão, desamparo, desespero e, quando patológico, severa depressão.
Medo	Ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, cautela, inquietação, pavor, susto, terror; e, como psicopatologia, fobia e pânico.
Prazer	Felicidade, alegria, alívio, contentamento, deleite, diversão, orgulho, prazer sensual, emoção, arrebatamento, gratificação, satisfação, bom humor, euforia, êxtase e, no extremo, mania.
Amor	Aceitação, amizade, confiança, afinidade, dedicação, adoração, paixão, ágape.
Surpresa	Choque, espanto, pasmo, maravilha.
Nojo	Desprezo, desdém, antipatia, aversão, repugnância, repulsa.
Vergonha	Culpa, vexame, mágoa, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição.

Fonte: Goleman, D. (2001)

Além disso, existem também diferentes tipos de respostas fisiológicas para cada emoção (GOLEMAN, 2001)

- Raiva: o sangue flui para as mãos, facilitando sacar da arma ou golpear o inimigo; os batimentos cardíacos ficam acelerados e uma onda de hormônios, a adrenalina, entre outros, gera uma energia para uma possível briga

- Medo: o sangue flui para os músculos do esqueleto, como, por exemplo, para as pernas para facilitar a fuga; o rosto fica pálido, já que o sangue é direcionado para outras partes do corpo. Ainda assim, o corpo imobiliza-se brevemente para que a pessoa considere duas possibilidades: agir ou fugir. A atenção se fixa na ameaça imediata, para que a resposta a ser dada seja melhor calculada.

- Felicidade: Causa uma das principais alterações biológicas, pois a atividade na área central do cérebro é intensificada, o que faz com que os sentimentos negativos sejam inibidos e favorece o aumento de energia existente. Porém, não ocorre nenhuma mudança fisiológica, a não ser a tranquilidade que faz com que o corpo se recupere rapidamente do estímulo causado por emoções negativas. Esse estado proporciona ao corpo sensação de relaxamento, bem como disposição e entusiasmo para a execução de outras tarefas.

- Amor: as emoções de afeição e satisfação sexual implicam estimulação parassimpática, o que configura o oposto do estado fisiológico de medo ou ira (lutar ou fugir), proporcionando uma resposta de relaxamento, provocando um estado geral de calma e satisfação.

- Surpresa: a atitude de erguer as sobrancelhas proporciona uma ampliação do campo visual e mais luz para a retina. Isso faz com que possamos ter mais informações sobre o fato que ocorreu de maneira inesperada, tornando a percepção mais realista para conceber um plano de ação.

- Nojo: essa expressão envia a mensagem de que algo desagradou o olfato, paladar, visão de forma real ou metafórica. A expressão facial de retorcer o lábio para o lado e enrugar o nariz, sugere, como observou Darwin, uma tentativa instintiva de tapar as narinas para evitar um odor nocivo ou cuspir uma comida estragada.

- Tristeza: Uma das principais funções dessa emoção é propiciar um ajustamento a uma grande perda, como a morte de alguém ou uma decepção significativa. Essa emoção acarreta uma perda de energia e de entusiasmo pelas

atividades da vida, principalmente por diversões e atividades prazerosas. Quando essa emoção é muito intensa, pode se tornar depressão. O metabolismo do corpo fica reduzido. É possível que essa perda de energia tenha tido como objetivo principal manter os seres humanos vulneráveis para que permanecessem mais próximo de suas casas, onde estariam em maior segurança.

4.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E AUTISMO

De acordo com Gadia, Tuchman e Rotta (2004) o autismo não é um distúrbio raro, sendo sua prevalência de 40 a 130 por 100.000^{12,13}, ocupando o terceiro lugar entre os distúrbios de desenvolvimento, na frente das malformações congênitas e da síndrome de Down. Dessa forma é possível perceber a importância de tratamento eficazes para este quadro que pode dificultar o convívio social e o desenvolvimento de habilidades de independência e comunicação.

A meta da terapia cognitivo comportamental no tratamento do autismo é a adaptação do sujeito através do desenvolvimento de suas habilidades (CALAZANS & RODRIGUES, 2007).

Por esse motivo é que se considera este estudo como de extrema importância, visando verificar técnicas e métodos eficazes para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com quadro de TEA.

De acordo com Gonçalves (2011) os indivíduos com TEA possuem características diversificadas que se parecem com características de indivíduos neurotípicos em intensidades diferentes. A mesma autora afirma que intervenções comportamentais, principalmente em crianças, têm bons resultados no sentido de reforçar comportamentos que precisam ser desenvolvidos.

Caballo & Simon (2005), citado por Gonçalves (2011), dizem que em uma intervenção no modelo cognitivo-comportamental, o objetivo é buscar a mudança comportamental, sendo o que o terapeuta precisa estar atento ao que a criança consegue realizar com sucesso. Dessa forma, é importante fazer um levantamento de todos os comportamentos emitidos e o que pode ser reforçado, modelado.

No caso da intervenção precoce, as estratégias comportamentais são utilizadas de forma predominante, como o TEACHH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) e ABA (Análise aplicada

do comportamento), conforme mencionado anteriormente. (PETERSON & WAINER, 2011).

De acordo com Dilascio & Lima (2016) para adolescentes e adultos com TEA leve (antes chamado de Asperger) uma intervenção eficaz é o treino de habilidades sociais. As autoras afirmam que diferente de autistas considerados moderados e graves, os leves não apresentam atraso clinicamente significativo na linguagem ou do autocuidado, sendo sua principal característica o prejuízo nas relações sociais e o comprometimento da flexibilidade comportamental e mental.

As habilidades sociais são um conjunto de comportamentos que proporcionam uma interação positiva e satisfatória. Em indivíduos neurotípicos esse repertório é adquirido ao longo da vida de forma integrada e progressiva, porém em indivíduos com TEA essas habilidades são desenvolvidas de forma anômala acarretando prejuízos principalmente na adolescência. Infelizmente algumas dificuldades não são superadas espontaneamente e persistem na vida adulta. (DILASCIO & LIMA, 2016)

O Treino de Habilidades sociais consiste justamente em desenvolver as habilidades sociais desejáveis para que o indivíduo consiga lidar com as situações cotidianas de forma eficaz (DILASCIO & LIMA, 2016).

Seus principais componente são (DILASCIO & LIMA, 2016)

- 1) Treinamento de habilidades: Uso de estratégias comportamentais como instrução, modelação, ensaio comportamental, reforço e retroalimentação
- 2) Reestruturação cognitiva: Mudança de crenças e pensamentos automáticos disfuncionais através de questionamento socrático, lista de vantagens e desvantagens, tomada de perspectiva, autoinstrução, etc.
- 3) Redução da ansiedade e solução de problemas sociais: Derivados dos 2 primeiros itens.

O ensino das habilidades sociais precisa ser gradual, priorizando as habilidades mais primitivas progredindo para comportamentos mais difíceis e complexos. É importante estabelecer metas claras e específicas (DILASCIO & LIMA, 2016).

Hare (2004), citado por Dilascio & Lima (2016), propõe focar nos comportamentos e pensamentos ao invés de focar em experiências subjetivas, pois indivíduos com TEA são muito racionais e, uma abordagem mais direta pode ser mais eficiente.

O treino deve ser estruturado e as instruções explícitas. Em casos de comportamento verbal mais desenvolvido, as autoinstruções, registros de pensamento são mais úteis. Já em casos de pensadores visuais, os role-play, história em quadrinhos podem ter resultados mais satisfatórios (DILASCIO & LIMA, 2016). O fato da sessão ser estruturada e previsível reduz o nível de ansiedade nesses pacientes que geralmente apresentam alto nível de ansiedade e aspectos obsessivos e dificuldades com mudanças (DILASCIO & LIMA, 2016).

Um elemento muito importante é a participação da família que atua como coterapeuta e pode contribuir muito com o desenvolvimento das habilidades em ambientes fora do consultório (DILASCIO & LIMA, 2016)

Gutstein & Whitney (2002) apud Dilascio & Lima (2016) propõem que as habilidades sociais sejam ensinadas em contextos que tenham significado para o sujeito e que a motivação para o seu treino seja reforçado pelas técnicas da TCC, como experimentos comportamentais, reforços positivos, reestruturação cognitiva. O treino contínuo e prolongado de habilidades sociais podem ter melhores resultados, devido à prática exaustiva, o que ocasiona a generalização (aplicação em todos os ambientes em que o sujeito convive).

O planejamento para o Treino de Habilidades sociais deve ser específico para cada caso, levando em consideração os pontos a serem desenvolvidos e priorizados.

A literatura aponta para as áreas mais comuns de dificuldade para essa população.

Compreensão social: A dificuldade de compreender traços não verbais na comunicação e sinais emocionais. Isso pode prejudicar a compreensão em situações sociais, principalmente as não esperadas (DILASCIO & LIMA, 2016)

Técnicas utilizadas: Uso de material visual (fotografias e desenhos) para ensinar a identificar emoções nas expressões faciais; vídeos para ilustrar crenças e desenhos com bolhas de pensamento, além de histórias em quadrinho para nomear pensamentos e emoções dos outros. O uso de histórias sociais (contos personalizados que permitem a decodificação de aspectos abstratos e não verbais da interação) auxilia na compreensão da situação relevante em determinada situação, sendo possível assim fazer reestruturação cognitiva e mudança de comportamentos para mais funcionais e adaptativos (DILASCIO & LIMA, 2016).

Regras de interação social e aprendizado das expectativas interpessoais: Dificuldade em prever o comportamento social que deve ser exibida em situações novas, o que ocasiona interpretação inadequada das dicas sociais (DILASCIO & LIMA, 2016).

Técnicas utilizadas: Uso de script social (descrição detalhada e sequencial de comportamentos a serem seguidos em determinada situação), o que pode diminuir interpretações inadequadas e reduzir a ansiedade antecipatória. O script deve ser adaptado às situações novas para que o indivíduo saiba onde e quando pode aplicar o que aprendeu. A imitação de comportamentos adequados pode ser feita através de aulas de teatro com o treino dos comportamentos (DILASCIO & LIMA, 2016).

Conversa recíproca: É a dificuldade em participar da comunicação recíproca, ou seja, diferenciar entre transmitir a informação e trocar informação com o outro (DILASCIO & LIMA, 2016).

Técnicas utilizadas: Modelagem, role-play. Desenvolver habilidade de iniciar e terminar uma conversa, selecionar tópicos adequados à situação social, aprender a esperar sua vez para falar e fazer perguntas relevantes. É importante a repetição para fixar o aprendizado (DILASCIO & LIMA, 2016).

Uso e interpretação de condutas não verbais: O erro de interpretação de aspectos da comunicação não verbal pode estar associado a atribuições errôneas e a causa do aparecimento de sintomas paranóicos e persecutórios (DILASCIO & LIMA, 2016).

Técnicas utilizadas: O terapeuta faz a decodificação verbal das condutas não verbais e o indivíduo é ensinado a dirigir sua atenção às dicas não verbais dos demais. Essas técnicas precisam ser treinadas de forma intensiva e repetitiva. O indivíduo deve ser instruído a olhar para quem está lhe dirigindo a palavra, observar o tom de voz, postura corporal e sorriso social. As condutas não verbais podem ser treinadas com role-play em grupo, utilizando filmagem para que as interações possam ser estudadas (DILASCIO & LIMA, 2016).

Autocontrole e comportamento disruptivo: Os portadores de TEA tendem a ter baixa tolerância à frustração e à ansiedade e se irritam com imprevistos e mudanças de rotina e também quando erram. O comportamento disruptivo é passível de melhora com educação e modificações ambientais e comportamentais (DILASCIO & LIMA, 2016).

Técnicas utilizadas: Psicoeducação com os cuidadores e adultos que convivem com o indivíduo sobre a dificuldade de compreensão social para que sejam implementadas estratégias para a prevenção de comportamentos agressivos ou violentos. Entre as estratégias comportamentais estão o estabelecimento de rotinas e a estruturação do ambiente e dos contextos sociais. As mudanças comportamentais incluem treino de habilidades de comunicação do cumprimento de regras e das expectativas sociais (DILASCIO & LIMA, 2016)

Uma técnica comportamental pode ser o time-out que é deixar a criança em um local sem estímulo para que haja redução dos componentes reforçadores de ativação fisiológica (DILASCIO & LIMA, 2016)

O treino de habilidades de autocontrole pode ser realizado com crianças e jovens que tenham capacidade de discriminar entre condutas apropriadas e comportamentos socialmente inaceitáveis. Além disso, existem técnicas como registro do comportamento a ser modificado e sua frequência, as vantagens e desvantagens da mudança e elaboração de experimentos com instruções claras e sequenciais dos comportamentos novos a serem utilizados (DILASCIO & LIMA, 2016)

Comportamento repetitivo e estereotipado e interesses obsessivos: Os portadores de TEA têm dificuldades com mudanças e situações inesperadas. Esse padrão de funcionamento dificulta a interação e aproximação dos demais devido à baixa adesão a outros temas de interesse, pois tem interesses obsessivos sobre temas específicos sendo pouco flexíveis à mudança (DILASCIO & LIMA, 2016)

As estereotipias (balançar o corpo, torcer os dedos, balançar as mãos) ocorrem mais frequentemente em crianças e adolescentes e podem aparecer em momentos de mais emoção (positiva ou negativa) (DILASCIO & LIMA, 2016)

Técnicas utilizadas: As técnicas não são focadas na supressão dos interesses restritos, pois estes são vistos como fonte de prazer e ocupação para esses indivíduos, que, muitas vezes tem isso como motivo de orgulho pois tem conhecimentos profundos sobre determinados temas. Sendo assim, a principal meta do terapeuta é a mudança gradual do comportamento com foco em melhorar a comunicação verbal, isso pode ocorrer através da expansão de interesses e repertórios (DILASCIO & LIMA, 2016)

Em relação às estereotipias, suprimir também não é uma boa opção, pois isso pode aumentar o comportamento disruptivo pela ausência de um mecanismo para

extravasar a emoção. Sendo assim é importante o terapeuta conscientizar o paciente sobre os impactos sociais das estereotipias e a melhora das habilidades sociais, visando diminuir a ansiedade consequente (DILASCIO & LIMA, 2016)

Nestes casos o treino de habilidades sociais em grupo pode ser bastante eficaz, pois isso melhora a autopercepção e adaptabilidade social dos pacientes (DILASCIO & LIMA, 2016)

Formação de amizades: O isolamento e a dificuldade de se aproximar das pessoas é uma queixa frequente em indivíduos com TEA. Estudos apontam que o tempo gasto com amigos é um fator importante para a qualidade de vida em autismo de alto funcionamento. As consequências da falta de amizade podem ser o bullying na escola e na vida adulta a vulnerabilidade à exploração financeira, sexual e emocional, que pode ocorrer devido à solidão e ao desejo de ter uma companhia (DILASCIO & LIMA, 2016)

Técnicas utilizadas: Crianças menores podem ser ensinadas a compartilhar o brinquedo, respeitar regras dos jogos e esperar sua vez. Os pais e cuidadores precisam reforçar esses comportamentos em casa e na escola para que a criança aprenda (DILASCIO & LIMA, 2016)

Crianças um pouco mais velhas que já saibam brincar em grupo e dividir, o foco pode ser a aceitação do grupo, para isso é importante que a criança esteja familiarizada com as atividades do grupo para que se sinta segura de participar de atividades grupais. Nesse caso o papel dos cuidadores também é fundamental (DILASCIO & LIMA, 2016)

Para indivíduos jovens e adultos, clubes de xadrez, colecionadores, esportes, música, podem ser boas estratégias por permitir o contato social e o compartilhamento de interesses (DILASCIO & LIMA, 2016).

Sendo assim, com base na literatura estudada de natureza científica é possível compreender que o TEA é um transtorno do desenvolvimento e acarreta prejuízos significativos na interação social, comunicação, tendo como características principais os interesses restritos e comportamentos estereotipados (KLIN, 2006).

Os estudos mostram que a intervenção precoce é muito importante para um bom prognóstico, já que um marcador importante no diagnóstico do autismo é o surgimento dos sintomas por volta dos 3 anos.

No caso de intervenções com crianças menores as técnicas comportamentais predominantemente mostram-se bastante eficientes, já que é difícil acessar aspectos subjetivos como pensamentos e crenças.

Para intervenções com crianças maiores, adolescentes e adultos, sugere-se uma associação de técnicas comportamentais e também o treino de habilidades sociais com base em cada caso específico e quais habilidades precisam ser desenvolvidas, o que pode trazer muitos benefícios e melhora significativa dos sintomas e uma qualidade de vida para o paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou identificar modelos de intervenção em pacientes diagnosticados com TEA de nível leve (denominados Asperger até o DSM IV) na abordagem cognitivo-comportamental.

Estudos mostram que a abordagem cognitivo-comportamental tem se mostrado bastante eficaz em casos de TEA pois trabalha aspectos da cognição e mudanças comportamentais, o que possibilita resultados mais satisfatórios.

As mudanças comportamentais são mais utilizadas em casos de intervenção precoce em crianças menores, como o ABA, o TEACHH e o PECs, mas também estão muito presentes em casos de pacientes adolescentes e adultos através de estratégias que melhoram suas habilidades de socialização.

No caso dos autistas leves, o que mais acarreta prejuízos é a incapacidade de se socializar e a dificuldade de se comunicar. Nesse sentido uma técnica muito utilizada e eficaz é o treino de habilidades sociais, que envolve estratégias de reestruturação cognitiva, e técnicas comportamentais.

O treino de habilidades sociais pode proporcionar melhora significativa no quadro de autismo leve e melhorar o funcionamento social do indivíduo o que previne comorbidades como transtornos ansiosos e depressivos que ocorrem pela frustração da inadequação social.

Sendo assim, é possível perceber que cada vez mais novos estudos e técnicas têm sido desenvolvidas para a melhora deste transtorno que é complexo e se não acompanhado traz dificuldades para a vida do paciente. E o acompanhamento não só psicológico busca focar nas habilidades e potencialidades do sujeito para que ele tenha uma boa qualidade de vida e o principal, seja feliz. Com isso, os autistas se beneficiam dos interesses em pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed. Porto Alegre, 2014.
- BECK, J. Terapia Cognitivo-comportamental teoria e prática. Artmed, 2013.
- CALAZANS, Roberto; MARTINS, Clara Rodrigues. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 142-157, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282007000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2017.
- CAMPOS, L, K. Comparação entre o perfil escolar e as habilidades cognitivas e de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2015.
- DILASCIO, L. & LIMA, M. TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA SÍNDROME DE ASPERGER. *Revista debates em psiquiatria*, 2016.
- DSM V, acessado em <http://autismoerealidade.org/informe-se/sobre-o-autismo/diagnosticos-do-autismo/>, março de 2017.
- FREITAS-MAGALHÃES, A. O código de Ekman: O cérebro, a face e a emoção. Leya, 2015.
- GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de pediatria*, v. 80, n. 2, p. 83-94, 2004
- GERHARDT, D & SILVEIRA, D. Métodos de Pesquisa. UFRG, Rio Grande do Sul, 2009.
- GONÇALVES, A. Os modelos de intervenção são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa, 2011.
- KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. Supl I, p. S3-11, 2006.
- KNAPP, Paulo. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Artmed Editora, 2009.
- LEAHY, R., TIRCH, D. & NAPOLITANO, L. REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PSICOTERAPIA. ARTMED, PORTO ALEGRE, 2013.
- PETERSON, C. & WAINER, R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Artmed, 2011.
- POWELL, V. Terapia cognitivo-comportamental da depressão Cognitive-behavioral therapy for depression. *Rev Bras Psiquiatria*, v. 30, n. Supl II, p. S73-80, 2008.
- WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental. Artmed Editora, 2009.

ANEXO

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Giulia Cristine Souza Alvarenga**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, sob o título "**Autismo e intervenção cognitivo-comportamental**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)