O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NÍVEL 1 E O SUPORTE À FAMÍLIA

PSYCHOLOGICAL FOLLOW-UP OF ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER LEVEL 1 AND FAMILY SUPPORT

EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA NIVEL 1 Y EL APOYO A LA FAMILIA

10.56238/IIMedCientifica-139

Priscila Alencar de Souza
Bacharel em Psicologia
Instituição: Faculdade Carajás

Larissa Cristina Kremer dos Santos Paquiela
Orientadora, Professora Especialista
Instituição: Faculdade Carajás

RESUMO
O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças persistentes na comunicação e na interação social, que impõe desafios particulares na adolescência, etapa em que a busca por autonomia, a construção da identidade e a complexidade das relações sociais se intensificam. Nesse período, adolescentes com TEA com nível 1 de suporte frequentemente apresentam dificuldades para interpretar pistas sociais sutis, reconhecer os próprios estados emocionais e regular emoções, o que pode prejudicar o estabelecimento de relações com os pares. A camuflagem social e a identificação tardia do quadro aumentam a vulnerabilidade a condições co-ocorrentes, como ansiedade e depressão. Esta pesquisa, desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo, teve como objetivo discutir os desafios do acompanhamento psicológico desses jovens e a contribuição da família para o processo terapêutico. Os resultados indicam que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), quando adaptada ao perfil do espectro, contribui para a redução da ansiedade e para o desenvolvimento de habilidades sociais, e que as abordagens comportamentais favorecem a autonomia e a ampliação de repertórios funcionais. A participação ativa dos familiares mostrou-se fundamental para a generalização das habilidades trabalhadas em consultório para a escola e a comunidade, sendo igualmente necessário oferecer suporte aos próprios cuidadores. Conclui-se que a articulação entre o acompanhamento psicológico especializado e o suporte familiar contínuo é essencial para reduzir o sofrimento psíquico, favorecer a adesão ao tratamento e promover o desenvolvimento socioemocional desses adolescentes.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Adolescência. Acompanhamento Psicológico. Suporte Familiar. Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT
Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by persistent differences in communication and social interaction, which poses particular challenges during adolescence, a stage in which the search for autonomy, identity formation and the complexity of social relationships intensify. During this period, adolescents with level 1 ASD often have difficulty interpreting subtle social cues, recognizing their own emotional states and regulating emotions, which may impair peer relationships. Social camouflaging and late identification increase vulnerability to co-occurring conditions such as anxiety and depression. This study, developed as a qualitative literature review, aimed to discuss the challenges of psychological care for these young people and the contribution of the family to the therapeutic process. The results indicate that Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), when adapted to the autistic profile, contributes to reducing anxiety and developing social skills, and that behavioral approaches support autonomy and the expansion of functional repertoires. Active family participation proved essential for generalizing the skills practiced in clinical settings to school and community contexts, and it is equally necessary to offer support to caregivers themselves. It is concluded that the integration of specialized psychological care and continuous family support is essential to reduce psychological distress, promote treatment adherence and foster the socio-emotional development of these adolescents.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Adolescence. Psychological Follow-up. Family Support. Cognitive-Behavioral Therapy.

RESUMEN
El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por diferencias persistentes en la comunicación y en la interacción social, que impone desafíos particulares en la adolescencia, etapa en que la búsqueda de autonomía, la construcción de la identidad y la complejidad de las relaciones sociales se intensifican. En este período, adolescentes con TEA con nivel 1 de apoyo frecuentemente presentan dificultades para interpretar pistas sociales sutiles, reconocer los propios estados emocionales y regular emociones, lo que puede perjudicar el establecimiento de relaciones con los pares. El enmascaramiento social y la identificación tardía del cuadro aumentan la vulnerabilidad a condiciones coocurrentes, como ansiedad y depresión. Esta investigación, desarrollada por medio de una revisión bibliográfica de carácter cualitativo, tuvo como objetivo discutir los desafíos del acompañamiento psicológico de estos jóvenes y la contribución de la familia para el proceso terapéutico. Los resultados indican que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), cuando se adapta al perfil del espectro, contribuye a la reducción de la ansiedad y al desarrollo de habilidades sociales, y que los enfoques conductuales favorecen la autonomía y la ampliación de repertorios funcionales. La participación activa de los familiares demostró ser fundamental para la generalización de las habilidades trabajadas en consultorio hacia la escuela y la comunidad, siendo igualmente necesario ofrecer apoyo a los propios cuidadores. Se concluye que la articulación entre el acompañamiento psicológico especializado y el apoyo familiar continuo es esencial para reducir el sufrimiento psíquico, favorecer la adhesión al tratamiento y promover el desarrollo socioemocional de estos adolescentes.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista. Adolescencia. Acompañamiento Psicológico. Apoyo Familiar. Terapia Cognitivo-Conductual.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A adolescência constitui uma fase singular e complexa do desenvolvimento humano, caracterizada por profundas transformações biológicas, pela redefinição da identidade e pelo aumento progressivo das exigências sociais (Erikson, 1968; Steinberg, 2014). Nesse período, a busca por autonomia e a necessidade de inserção em grupos de pares exigem do indivíduo um domínio apurado de competências socioemocionais. Contudo, quando esse processo transcorre no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA), tais demandas normativas podem se desdobrar em obstáculos significativos (APA, 2013).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) e pelas diretrizes do Ministério da Saúde, é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças persistentes na comunicação e na interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2022; Brasil, 2015). O termo *espectro* representa a diversidade de manifestações, características e necessidades de suporte existentes entre as pessoas autistas, de modo que cada indivíduo pode apresentar uma experiência diferente.

No âmbito do TEA com nível 1 de suporte, a preservação do desenvolvimento cognitivo e da linguagem formal frequentemente mascara prejuízos persistentes na comunicação social e no processamento interpessoal (Attwood, 2007; Klin, 2006). Adolescentes nesse perfil costumam enfrentar barreiras substanciais para decodificar pistas sociais sutis, interpretar nuances de linguagem não verbal e exercitar de maneira fluida a teoria da mente — isto é, a habilidade de inferir estados mentais, intenções e emoções alheias (Baron-Cohen, 1995; Frith, 2003). Essa assimetria entre a capacidade intelectual e a maturidade social pode gerar frustração, isolamento e falhas recorrentes na regulação emocional diante de ambientes dinâmicos e pouco estruturados (Mazefsky *et al*., 2013).

A relevância da investigação sobre essa temática justifica-se pelo risco de diagnósticos tardios ou subidentificados. A constante tentativa de adaptação e camuflagem social (*masking)* por parte desses jovens resulta, em muitos casos, em desgaste psicológico cumulativo, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de condições co-ocorrentes, com destaque para os quadros depressivos e os transtornos de ansiedade (Hull *et al*., 2017; Lai *et al*., 2019). Paralelamente, observa-se que as intervenções restritas ao consultório tendem a ser insuficientes quando desvinculadas da realidade cotidiana do indivíduo, o que exige estratégias de generalização articuladas com seu meio de convívio (Stokes & Baer, 1977).

Estudos recentes reforçam a pertinência do tema. Wood *et al*. (2020), em ensaio clínico randomizado, demonstraram a eficácia de protocolos adaptados de TCC no manejo da ansiedade em jovens autistas, enquanto Kerns e Kendall (2012) discutem como as características centrais do TEA se sobrepõem às manifestações clínicas da ansiedade, o que dificulta sua identificação e seu tratamento.

Diante desse cenário, este estudo, fundamentado em uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, objetiva discutir os principais entraves e as possibilidades do acompanhamento psicológico direcionado a adolescentes TEA com nível 1 de suporte. Especificamente, busca-se analisar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e das abordagens comportamentais no manejo da ansiedade e no desenvolvimento de repertórios funcionais (Attwood, 2004; Spain *et al*., 2015), salientando a centralidade da parceria com o núcleo familiar como elemento indispensável para a sustentação e a generalização dos ganhos terapêuticos aos contextos naturais do jovem, como a escola e a comunidade (Karst & Van Hecke, 2012; Laugeson *et al*., 2012).

Assim, surge a seguinte questão norteadora: quais são os principais desafios do acompanhamento psicológico de adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível 1 de suporte e de que maneira a participação familiar pode contribuir para o processo terapêutico?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado pelo DSM-5-TR como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento (APA, 2022). O termo “espectro” enfatiza a ampla variabilidade na manifestação dos sintomas, indicando que o autismo se expressa de formas diferentes em cada pessoa, desde quadros com menor necessidade de suporte até casos que exigem maior apoio no dia a dia (Lord *et al*., 2020; OMS, 2022). Atualmente, a etiologia do TEA é compreendida como multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre predisposição genética e fatores ambientais, com estimativas de herdabilidade que, em estudos com gêmeos, variam aproximadamente entre 64% e 91% (Tick *et al*., 2016). Embora não haja uma causa única isolada, o transtorno afeta o processamento de estímulos e a percepção do ambiente desde os estágios iniciais do desenvolvimento.

Os critérios diagnósticos do DSM-5-TR exigem que os sintomas se manifestem no início do período do desenvolvimento (APA, 2022). Embora a identificação formal costume ocorrer entre os 2

e 3 anos de idade, sinais retrospectivos costumam surgir ainda no primeiro ano de vida (Zanon *et al*., 2014). No domínio da comunicação social, observam-se precocemente falhas no contato visual, ausência de sorriso social, não resposta ao chamar do nome e escassez de gestos comunicativos, que posteriormente podem ser seguidos por atraso na aquisição da linguagem ou ecolalia. Em relação aos comportamentos restritos e repetitivos, destacam-se o brincar não funcional (como o alinhamento de objetos), movimentos estereotipados (*flapping*), rigidez excessiva diante de mudanças na rotina e atipicidades no processamento sensorial (Klin, 2006). Ademais, a literatura descreve o fenômeno da regressão do desenvolvimento, observado em cerca de 30% dos casos, caracterizado pela perda de habilidades sociais e verbais previamente consolidadas, ocorrendo comumente entre os 12 e 24 meses de vida (Barger *et al*., 2013).

Em contrapartida, tais manifestações podem não se tornar plenamente evidentes até que as demandas sociais e ambientais ultrapassem a capacidade adaptativa da criança ou até que estratégias compensatórias aprendidas passem a mascarar as dificuldades ao longo do tempo (Lord *et al*., 2018). Nesse sentido, em indivíduos com menor nível de suporte, os prejuízos tendem a evidenciar-se mais tardiamente, marcando uma fase crítica durante a transição para o ensino fundamental. Esse momento reflete a passagem de uma rotina eminentemente lúdica (na Educação Infantil) para um contexto com maior exigência acadêmica, social e comportamental, expondo fragilidades no aprendizado e na adaptação em função da maior complexidade socioemocional exigida para a interação com pares e para a interpretação de sutilezas da linguagem.

Para fins identificatórios e clínicos, o DSM-5-TR categoriza o transtorno em três níveis de gravidade baseados na necessidade de suporte: o Nível 1 exige apoio em menor intensidade, focando em dificuldades sutis de comunicação social e inflexibilidade comportamental; o Nível 2 demanda apoio substancial devido a déficits mais marcantes; e o Nível 3 requer apoio muito substancial, frequentemente associado a limitações severas na comunicação e autonomia (APA, 2022). No Brasil, o Ministério da Saúde também descreve as três classificações:

> "Grau leve (Nível 1) - (necessita de suporte): O comportamento interfere significativamente na comunicação social, pois pode parecer apresentar interesse reduzido por interações com outras pessoas. Dificuldade para trocar de atividades, independência limitada por problemas com organização e planejamento;
> Grau moderado (Nível 2) - (necessita de suporte substancial): Comportamentos suficientemente frequentes, sendo óbvios para observadores casuais. O comportamento interfere com função numa grande variedade de ambientes, aflição e/ou dificuldade para mudar o foco ou a ação;

> Grau severo (Nível 3) - (necessita de suporte muito substancial): O comportamento interfere marcadamente com função em todas as esferas; dificuldade extrema de lidar com mudanças; grande aflição/dificuldade de mudar o foco ou a ação." (Brasil, 2023, p. 118)

No Brasil, dados do Censo Demográfico 2022 identificaram aproximadamente 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de autismo (IBGE, 2025), reforçando a necessidade de políticas públicas e intervenções eficazes. Nesse contexto, insere-se o conceito de neurodiversidade, que propõe uma visão não patologizante do TEA, tratando as variações neurológicas como diferenças naturais do cérebro humano, e não meramente como déficits (Walker, 2021).

A escola constitui um dos principais espaços de inclusão e socialização do estudante com TEA, devendo acolher a família e estar atenta a sinais de alerta, sem condicionar o atendimento educacional à apresentação prévia de laudo médico (Brasil, 2014). A efetivação da aprendizagem requer a elaboração de um plano educacional individualizado, que flexibiliza o currículo por meio de apoios visuais, divisão de tarefas e adaptação de avaliações (Hume *et al*., 2021), ao passo que a mediação social atua na conscientização sobre a neurodiversidade e no combate ao *bullying*, ao qual esses estudantes estão mais expostos (Maïano *et al*., 2016). Por fim, a sustentabilidade da inclusão fundamenta-se na formação continuada dos educadores em práticas baseadas em evidências e na articulação constante entre a equipe pedagógica e os terapeutas externos do aluno (Hume *et al*., 2021; Lord *et al*., 2020).

O diagnóstico do TEA é estritamente clínico e fundamenta-se na observação detalhada do comportamento, no histórico do neurodesenvolvimento e nos relatos fornecidos por familiares e pela escola. Exames laboratoriais ou de imagem não confirmam o autismo, atuando unicamente no rastreio de comorbidades ou no descarte de outras condições de saúde. O direcionamento atual adota os critérios do DSM-5-TR e apoia-se em uma abordagem multidimensional e interdisciplinar. Esse processo tem início nas consultas pediátricas de rotina com o M-CHAT-R/F e expande-se para avaliações especializadas de psicologia ou neuropsicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, combinadas ao uso de instrumentos validados internacionalmente, como o ADOS-2 e o ADI-R (APA, 2022; Lord *et al*., 2020; Robins *et al*., 2014; SBP, 2019).

O diagnóstico pode ser realizado por médicos, especialmente neuropediatras e psiquiatras da infância e da adolescência, e também por psicólogos, que realizam o diagnóstico psicológico e podem emitir laudo psicológico, documento regulamentado pela Resolução CFP nº 06/2019 (CFP, 2019). Entre as especialidades médicas, a neuropediatria prioriza o desenvolvimento motor e fatores

orgânicos, como a investigação de epilepsia, enquanto a psiquiatria infantil concentra-se nos aspectos comportamentais, socioemocionais e em transtornos mentais associados. Diante da expressiva fila de espera nos sistemas de saúde público e privado, as diretrizes enfatizam que as intervenções terapêuticas devem ter início logo após a suspeita clínica, sem a necessidade de aguardar o laudo final (Brasil, 2015; SBP, 2019). Quanto a este contexto:

> "É fundamental enfatizar que a intervenção no TEA não deve esperar um diagnóstico conclusivo, pois a intervenção precoce é fator fundamental, especialmente na evolução das crianças com TEA. Diversos estudos científicos mostram que quanto mais precocemente a criança nesta condição for estimulada, melhores poderão ser suas oportunidades de desenvolvimento. Este fato está diretamente relacionado à neuroplasticidade ao longo da primeira infância." (BRASIL, 2025, p. 16)

Nesse contexto, o psicólogo desempenha um papel central ao realizar a observação comportamental e conduzir a Avaliação Neuropsicológica, uma das ferramentas investigativas mais robustas para mapear o perfil neurocognitivo do indivíduo (Lezak *et al*., 2012). O objetivo primordial dessa avaliação é identificar as habilidades cognitivas — delimitando forças e fragilidades —, aferir seus impactos na funcionalidade cotidiana, subsidiar intervenções personalizadas e auxiliar no diagnóstico diferencial (Malloy-Diniz *et al*., 2018). Conduzida por neuropsicólogos especializados por meio de uma anamnese rigorosa, observação clínica e instrumentos adaptados com validade psicométrica, a investigação assegura uma análise singular sobre o sujeito (Lord *et al*., 2020).

A investigação neuropsicológica abrange domínios cognitivos essenciais para a compreensão do perfil do paciente com TEA. A avaliação da inteligência mapeia o funcionamento intelectual global, analisando o raciocínio verbal, não verbal e a velocidade de processamento para identificar disparidades entre habilidades, sendo fundamental no diagnóstico diferencial entre TEA e Deficiência Intelectual (APA, 2022; Lezak *et al*., 2012; Wechsler, 2013). O domínio da atenção verifica a capacidade sustentada, seletiva e alternada, mapeando padrões de hiperfoco em interesses restritos ou rigidez na transição do foco (Lezak *et al*., 2012). As funções executivas compreendem a flexibilidade cognitiva, a memória de trabalho e o controle inibitório, cujos prejuízos ajudam a compreender a inflexibilidade comportamental, o apego à rotina e as dificuldades de planejamento no cotidiano (Demetriou *et al*., 2018; Diamond, 2013; Ozonoff *et al*., 1991). A cognição social investiga a Teoria da Mente, isto é, a capacidade de inferir sentimentos e intenções alheias, e a interpretação de pistas socioemocionais, como expressões faciais (Baron-Cohen, 2001; Frith & de Vignemont, 2005). Por fim, o exame das praxias analisa o planejamento e a execução de movimentos voluntários ordenados,

identificando dispraxias motoras que impactam diretamente a autonomia e a escrita do indivíduo (Dziuk *et al*., 2007; Malloy-Diniz *et al*., 2018).

As terapias multidisciplinares visam maximizar a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo por meio de um modelo personalizado. Esse cuidado integra a Psicologia, com a ABA e a TCC, no ensino de habilidades e na regulação emocional, a Fonoaudiologia na comunicação verbal e alternativa, a Terapia Ocupacional no desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (AVDs) e na integração sensorial, e a Fisioterapia e a Psicomotricidade no ganho de controle motor (Hume *et al*., 2021; Lord *et al*., 2020). A intervenção precoce é fundamental por aproveitar a janela de maior neuroplasticidade cerebral na primeira infância, prevenindo prejuízos cumulativos como a cristalização de comportamentos disfuncionais, a perda de janelas do desenvolvimento e o isolamento social (Brasil, 2015; Dawson *et al*., 2010; SBP, 2019). Esse acompanhamento contínuo atenua os sintomas centrais do autismo e possibilita a diminuição do nível de suporte necessário ao longo do tempo, reduzindo o impacto funcional do TEA no cotidiano do indivíduo (Lord *et al*., 2020; SBP, 2019).

O ecossistema terapêutico voltado ao autismo apoia-se em abordagens psicológicas complementares que personalizam o plano de intervenção conforme o perfil neurocognitivo do paciente. A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) provê a base estrutural para a aquisição de habilidades funcionais, comunicação e redução de comportamentos desafiadores mediante reforço positivo (Lord *et al*., 2020). À medida que o desenvolvimento avança, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) atua no manejo de ansiedade, regulação emocional e flexibilidade cognitiva (Wood *et al*., 2020). Integrando esse processo, a Abordagem Humanista fortalece a subjetividade, a aceitação incondicional e o vínculo afetivo, promovendo o respeito à identidade neurodivergente e prevenindo o esgotamento terapêutico (Pearson & Rose, 2021; Rogers, 1961).

Ademais, o desenvolvimento infantil e a adolescência constituem um contínuo dinâmico no qual as intervenções realizadas nos primeiros anos de vida representam o alicerce para a funcionalidade futura. Dificuldades de adaptação e prejuízos sociais na puberdade decorrem frequentemente de lacunas acumuladas durante a infância. Diante disso, o investimento precoce em terapias integradas baseadas em evidências reduz o efeito cumulativo de defasagens no neurodesenvolvimento, mitigando impactos na vida adulta e assegurando maior autonomia e suporte adaptativo (Brasil, 2015; SBP, 2019).

2.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) COM NÍVEL 1 DE SUPORTE

No TEA, o conceito de suporte refere-se à quantidade, à frequência e ao tipo de auxílio externo de que uma pessoa necessita para interagir socialmente, comunicar-se e realizar atividades cotidianas nos diferentes ambientes (APA, 2013, 2022). O Nível 1 (historicamente vinculado às nomenclaturas autismo de alto funcionamento ou síndrome de Asperger) é frequentemente subestimado em razão da independência aparente do indivíduo (APA, 2013; Lord *et al*., 2018). Embora as AVDs básicas (como higiene e locomoção) sejam executadas sem entraves, as necessidades de ajuda concentram-se em demandas sociocomunicativas, executivas e neurocognitivas de maior complexidade (Klin *et al*., 2007).

Na comunicação social, apesar da fluência verbal e do vocabulário preservado, observam-se prejuízos na dimensão pragmática da linguagem (Volkmar *et al*., 2014). Isso se traduz na interpretação literal, nas barreiras para decodificar metáforas, ironias e regras implícitas, e em desajustes na reciprocidade socioemocional e no contato visual (Klin, 2006). Para contornar essas limitações, muitos indivíduos, com destaque para mulheres e meninas, em razão de fatores socioculturais e de maior capacidade de imitação social, recorrem à camuflagem social (*masking*) (Gould & Ashton-Smith, 2011; Hull *et al*., 2017; Lai *et al*., 2017; Loomes *et al*., 2017).

> A camuflagem social ou masking é compreendida como “um conjunto de estratégias de pessoas autistas que tentam, de maneira ativa, consciente ou inconscientemente, disfarçar e compensar suas características autísticas em contextos sociais, em um esforço contínuo para se misturar socialmente à comunidade neurotípica” (Ganem, 2024, p. 212).

A camuflagem envolve três dimensões: o mascaramento de comportamentos atípicos, a compensação por meio de roteiros memorizados e a assimilação forçada em dinâmicas de grupo (Hull *et al*., 2019). Embora produza uma fachada de adequação, esse esforço contínuo exaure os recursos atencionais e de controle executivo, gerando um descompasso entre a funcionalidade externa e a sobrecarga interna (Lai *et al*., 2017).

A consequência mais grave da camuflagem prolongada é o burnout autista, um estado de esgotamento profundo marcado pela perda temporária de habilidades já consolidadas, exacerbação de sensibilidades sensoriais e perda de capacidade adaptativa (Higgins *et al*., 2021; Raymaker *et al*., 2020). A tentativa ininterrupta de performar uma identidade neurotípica distorce o autoconceito, elevando o risco de depressão, ansiedade grave e ideação suicida (Bargiela *et al*., 2016; Cassidy *et al*., 2018). Além disso, a camuflagem bem-sucedida frequentemente retarda diagnósticos e o acesso a

acomodações adequadas, pois o sofrimento psíquico é minimizado por profissionais e educadores (Mandy, 2019). Por essa razão, a literatura enfatiza a importância de ambientes psicologicamente seguros que incentivem o unmasking, definido como o desacoplamento gradual do masking para a expressão autêntica da neurodivergência (Pearson & Rose, 2021).

Paralelamente, a disfunção executiva e a rigidez cognitiva constituem vulnerabilidades marcantes no Nível 1 (Demetriou *et al*., 2018), manifestando-se na dificuldade de fragmentar tarefas complexas, na percepção alterada do tempo e na forte resistência a imprevistos na rotina. Esse quadro é amplificado por atipicidades no processamento sensorial, nas quais a hiper-responsividade ou hiporresponsividade a estímulos (como sons e luzes) exige um esforço adaptativo desproporcional, podendo desencadear ansiedade, evitação e episódios de *meltdown* (crise por sobrecarga) ou *shutdown* (retraimento defensivo) (Lane *et al*., 2010; Mazefsky *et al*., 2013). O Ministério da Saúde, ao tratar das linhas de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista descreve ambos os conceitos como:

> A palavra Meltdown é um termo inglês que se refere a "derretimento", e pode ser entendida como um colapso, ou seja, no autismo é uma crise explosiva com perda de controle emocional, forte acesso de raiva com gritos, choros, enjoos, tremores, mal-estar ou comportamento autoagressivo como se bater, bater a cabeça contra a parede, baterem em seus corpos ou quebrar tudo ao seu redor.
> Em relação ao termo Shutdown, que também é inglês e se refere a "desligar", o comportamento do autista neste momento passa a ser vazio, apresentando capacidade limitada ou nula de comunicação. Quando conseguem, enfim, colocar algumas palavras para fora, as frases podem sair sem sentido. (BRASIL, 2025, p. 53)

Portanto, as intervenções no Nível 1 não visam à normalização comportamental, mas à promoção de acessibilidade e autorregulação por meio de psicoterapia, intervenções sensoriais, tecnologias assistivas e adequações atitudinais e acadêmico-laborais (Gaus, 2019; Schaaf *et al*., 2014; Wong *et al*., 2015).

Em contrapartida, o Nível 2 (requer suporte substancial) caracteriza-se por limitações evidentes na comunicação verbal e não verbal, acompanhadas de comportamentos repetitivos que interferem de forma marcada no cotidiano, exigindo acompanhamento frequente e suportes visuais ou de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA), como o PECS (Bondy & Frost, 1994; Wong *et al*., 2015). O Nível 3 (Requer suporte muito substancial) apresenta déficits graves na interação social e extrema rigidez mental, limitando severamente a independência e demandando assistência intensiva e

contínua, fundamentada em intervenções comportamentais como a ABA (Lovaas, 1987; National Research Council, 2001).

Ressalta-se que a classificação por níveis de suporte não mensura quociente de inteligência (QI), potencial cognitivo ou valor pessoal, mas afere a disparidade momentânea entre as demandas do ambiente e os recursos de autonomia do sujeito (APA, 2022). Assim, indivíduos com altas habilidades podem demandar suporte Nível 2 ou 3 em virtude de disfunções executivas graves, sobrecarga sensorial ou comorbidades ansiosas intensas (Klin *et al*., 2007; Lai *et al*., 2014). Ademais, o nível de suporte não é um rótulo estático; em virtude da plasticidade neural e do acompanhamento multidisciplinar, o perfil funcional pode se modificar ao longo da vida (Dawson *et al*., 2010; Lord *et al*., 2020, 2022). Essa transição dinâmica apoia-se em dois pilares: atuação da Equipe Multidisciplinar: envolvendo a Psicologia/ABA (habilidades sociais e regulação), a Fonoaudiologia (linguagem e CAA) e a Terapia Ocupacional com foco em integração sensorial e planejamento motor (Bondy & Frost, 1994; Lovaas, 1987; Schaaf *et al*., 2014); adaptação ambiental e acessibilidade: mediante a redução de barreiras físicas e atitudinais, previsibilidade de rotinas e adequação de estímulos sensoriais, diminuindo o estresse adaptativo sem exigir a alteração intrínseca da neurodivergência (Brasil, 2015; Milton, 2012).

2.3 A ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DO TEA COM NÍVEL 1 DE SUPORTE

A adolescência é marcada por intensas transformações biológicas e sociais que, para o indivíduo com TEA nível 1, revelam-se ainda mais complexas. Segundo Erik Erikson, esta etapa é definida pelo conflito entre identidade versus confusão de papéis, preferencialmente destacada como conceito teórico. Enquanto o adolescente no espectro amadurece fisicamente no mesmo ritmo de seus pares, ele frequentemente enfrenta uma defasagem nas competências socioemocionais, o que gera sentimentos profundos de confusão, angústia e inadequação frente às novas exigências de autonomia (Erikson, 1968, p. 128).

Segundo Humphrey e Symes (2011), essa fragilidade manifesta-se principalmente na busca por pertencimento e na convivência em grupo, uma vez que adolescentes autistas tendem a passar mais tempo sozinhos e a participar menos de interações cooperativas no ambiente escolar. A dificuldade em interpretar pistas sociais sutis, como ironia, sarcasmo e normas implícitas, torna o jovem mais vulnerável ao isolamento social e ao *bullying* (Maïano *et al*., 2016). No âmbito psicológico, essa pressão externa, somada a dificuldades na regulação emocional e à baixa autoestima, contribui para o

surgimento de condições co-ocorrentes comuns nesta fase, como a ansiedade e a depressão (Lai *et al*., 2019).

> Uma baixa socialização é potencializada pela baixa autoestima, que, por sua vez, é decorrente de insucessos em relações sociais passadas. A sensação de rejeição oriunda dessas experiências sociais malsucedidas pode favorecer um maior isolamento social, o que torna ainda mais difíceis novas iniciativas de interação social e, consequentemente, a criação de novas amizades. Essa dificuldade na socialização implica a baixa quantidade e qualidade das amizades, o que pode estar relacionado à ocorrência de depressão. (Marinho *et al*, 2025)

Outro aspecto crucial é a vivência da sexualidade e das relações afetivas. As dificuldades no reconhecimento das próprias emoções e na compreensão de sinais não verbais impactam diretamente a forma como esses jovens experienciam a intimidade (Dewinter *et al*., 2013). Portanto, o acompanhamento psicológico na adolescência deve ultrapassar o treino de habilidades básicas, contemplando também a educação sexual, as normas de consentimento, a segurança social e o suporte para a construção de uma identidade saudável dentro de um mundo socialmente exigente (Dewinter *et al*., 2013).

2.4 O ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES COM TEA NÍVEL 1 DE SUPORTE

A chegada à adolescência impõe barreiras amplificadas aos jovens autistas, fazendo com que o processo terapêutico, frequentemente iniciado na primeira infância, enfrente uma crise de engajamento e funcionalidade (Lord *et al*., 2018; Picci & Scherf, 2015). Famílias e clínicos relatam recusa e fadiga terapêutica, decorrentes do acúmulo de intervenções prolongadas e do monitoramento comportamental constante, em um período em que a participação social desses jovens já tende a ser reduzida (Orsmond *et al*., 2013). Esse esgotamento colide com o impulso normativo de autonomia, gerando resistência quando o tratamento é imposto sem que a voz e a agência do jovem sejam consideradas (Erikson, 1968; Gillespie-Lynch *et al*., 2017). O quadro agrava-se quando são utilizadas linguagens e materiais infantilizados ou capacitistas, que desrespeitam o status de desenvolvimento do paciente (Bottema-Beutel *et al*., 2021).

Superada a barreira da assiduidade, a eficácia clínica fundamenta-se na consolidação da aliança terapêutica, exigindo sensibilidade técnica às particularidades do espectro (Gaus, 2019). A rigidez cognitiva e a interpretação literal fazem com que imprevistos ou quebras de acordos por parte do profissional abalem de forma abrupta a relação de confiança (APA, 2013; Attwood, 2007). A esses

desafios somam-se a alexitimia, que torna a identificação e a expressão de afetos uma tarefa especialmente exigente (Kinnaird *et al*., 2019), e o histórico acumulado de rejeição e *bullying*, que leva o adolescente a iniciar a terapia em posição defensiva (Humphrey & Symes, 2011).

Ademais, a ansiedade social e a sobrecarga sensorial decorrentes de ambientes ruidosos e deslocamentos exigem um custo energético desproporcional, levando muitos jovens a se restringirem ao ambiente doméstico como refúgio seguro (Lane *et al*., 2010; Schaaf *et al*., 2014; Spain *et al*., 2018; White *et al*., 2009). Esse isolamento é acentuado por prejuízos nas funções executivas (Demetriou *et al*., 2018) e pela alta prevalência de transtornos depressivos, comuns em autistas sem deficiência intelectual, possivelmente associada à maior consciência de suas diferenças sociais (Lugnegård *et al*., 2011). O esforço contínuo de camuflagem social (*masking*) intensifica o risco de *burnout* autista e de sintomas depressivos (Lai *et al*., 2017; Raymaker *et al*., 2020), que frequentemente se manifestam de forma atípica, por meio de irritabilidade ou perda de interesse em hiperfocos (Ghaziuddin *et al*., 2002).

Para transpor tais barreiras, a prática clínica requer uma perspectiva afirmativa da neurodiversidade e centrada na pessoa (Milton, 2012; Walker, 2021). Nesse cenário, a telepsicoterapia pode constituir uma modalidade viável e normativamente amparada para parte dos adolescentes com TEA nível 1 de suporte, por reduzir o desgaste sensorial do deslocamento e aproveitar a familiaridade do paciente com o ambiente digital (CFP, 2018; Wright & Caudill, 2020), devendo sua indicação ser avaliada caso a caso.

Para a viabilização ética e técnica desse acompanhamento remoto, é indispensável observar os requisitos legais e clínicos vigentes (American Psychological Association, 2013; CFP, 2018). A prática exige o consentimento livre e esclarecido assinado pelos responsáveis legais do menor, aliado à concordância do próprio adolescente. Cabe ao profissional realizar sessões iniciais para avaliar a exequibilidade do formato, aferindo a capacidade do paciente de sustentar a atenção e o engajamento diante da tela. Por fim, assegurar um ambiente reservado, silencioso e com garantia de sigilo na residência do paciente é precondição fundamental para que a aliança terapêutica se consolide, variando a escolha da abordagem clínica conforme as metas prioritárias do jovem.

2.5 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NO TEA COM NÍVEL 1 DE SUPORTE

O tratamento do Transtorno do Espectro Autista é reconhecidamente multidisciplinar, exigindo a atuação integrada de fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos. No âmbito da Psicologia, diversas abordagens buscam promover a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo, sempre

pautadas em diretrizes éticas e normativas técnicas, como a Nota Técnica nº 23/2025 do Conselho Federal de Psicologia, que orienta as intervenções baseadas na Análise do Comportamento Aplicada no contexto do TEA (CFP, 2025). Entre essas intervenções, destaca-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron Beck e sistematizada para a prática clínica por Judith Beck (Beck, 2022), pela eficácia na estruturação de respostas adaptativas frente às demandas características do espectro.

A TCC fundamenta-se na premissa de que pensamentos, emoções e comportamentos estão interligados. Essa modalidade ajuda o adolescente com TEA nível 1 a identificar distorções cognitivas e pensamentos disfuncionais, reduzindo a ansiedade, o impacto da baixa autoestima e do sentimento de inadequação social. Por meio da reestruturação cognitiva, o terapeuta auxilia o jovem a avaliar a validade de suas crenças, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão que acompanham comumente essa fase do desenvolvimento (Gaus, 2019; Spain *et al*., 2015).

Além disso, a TCC no contexto do autismo deve ser adaptada para se tornar mais concreta e previsível. O emprego de recursos visuais, roteiros sociais e escalas de autorregulação emocional permite que o adolescente compreenda conceitos que poderiam soar abstratos. Complementarmente, o Treino de Habilidades Sociais (THS) constitui uma estratégia essencial para o desenvolvimento de competências interpessoais, favorecendo a comunicação, a interação e a adaptação flexível aos diversos contextos sociais, sobretudo quando conta com a participação dos pais (Laugeson *et al*., 2012).

Paralelamente, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), em seu formato consultivo e colaborativo, direciona suas intervenções ao ensino de habilidades sociais complexas, resolução de problemas cotidianos e promoção da autonomia funcional nos ambientes físicos e digitais do jovem (Hume *et al*., 2021; Wong *et al*., 2015). Complementando esse espectro, a Abordagem Humanista e Fenomenológica proporciona um espaço relacional pautado na empatia e na consideração positiva incondicional, auxiliando o adolescente na construção do autoconceito, no desacoplamento da camuflagem social (*unmasking*) e no fortalecimento autêntico de sua identidade autista (Milton, 2012; Pearson & Rose, 2021; Rogers, 1961).

Por fim, ressalta-se que a eficácia da intervenção psicológica é potencializada quando há uma ação colaborativa entre os diferentes cenários de vida do jovem. A consolidação de uma rede de apoio articulada entre escola, profissionais de saúde e, primordialmente, o núcleo familiar é indispensável

para que os ganhos terapêuticos se mantenham e se traduzam em melhoria real na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo autista (Brasil, 2015; Lord *et al*., 2022).

2.6 A FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES TEA COM NÍVEL 1 DE SUPORTE

Na adolescência, a família constitui o alicerce primordial diante das novas exigências socioemocionais, como a busca por identidade e a compreensão de pistas sociais complexas. Segundo a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner (2011), o desenvolvimento humano ocorre em sistemas inter-relacionados, sendo o núcleo familiar o microssistema primário. No contexto do TEA com nível 1, a participação dos familiares pode contribuir significativamente para a aplicação das habilidades desenvolvidas em terapia, servindo como elo de mediação entre o ambiente clínico e a convivência comunitária (Karst & Van Hecke, 2012; Laugeson *et al*., 2012).

Um dos papéis fundamentais do núcleo familiar consiste na manutenção de um ambiente organizado e previsível. A rotina bem sinalizada contribui para a atenuação da ansiedade do jovem autista, auxiliando-o a responder de forma mais ajustada a mudanças e novas experiências. Quando a família compreende os gatilhos que deflagram determinados comportamentos, torna-se apta a fornecer apoios apropriados, favorecendo a regulação emocional e o ganho gradual de autonomia do filho (Brasil, 2015; Mazefsky *et al*., 2013).

Cabe destacar, ainda, que o cuidado com o filho autista frequentemente se associa a níveis elevados de estresse parental (Hayes & Watson, 2013), o que repercute na dinâmica familiar e na própria adesão ao tratamento (Karst & Van Hecke, 2012). Por essa razão, intervenções que incluem os pais como mediadores, como o programa PEERS para o treino de habilidades sociais na adolescência, têm mostrado resultados promissores na generalização das habilidades para o cotidiano (Laugeson *et al*., 2012).

Por fim, salienta-se que a continuidade e o êxito do acompanhamento estão intrinsecamente ligados à qualidade do suporte oferecido aos cuidadores. O combate ao estigma e ao preconceito deve iniciar-se no âmbito doméstico e expandir-se para as redes educacional e comunitária. Uma abordagem que considere a empatia como ferramenta clínica e a família como parceira ativa favorece, ao adolescente com TEA nível 1, não apenas o manejo de suas demandas funcionais, mas o respeito à sua neurodivergência e a promoção de uma vida digna e integrada (Karst & Van Hecke, 2012).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, de natureza qualitativa e caráter exploratório. Segundo Gil (2022), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Essa modalidade permite reunir e discutir criticamente diferentes perspectivas teóricas sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) com nível 1 de suporte, construindo um diálogo entre a produção científica e a prática clínica.

O levantamento foi realizado nas bases SciELO (Scientific Electronic Library Online), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), PubMed e Google Acadêmico, de modo a contemplar tanto a produção nacional quanto a internacional, uma vez que grande parte dos estudos empíricos sobre o tema é publicada em língua inglesa. Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, em português e em inglês, conforme a seguinte estratégia: *("Transtorno do Espectro Autista" OR "Autismo" OR "Autism Spectrum Disorder") AND ("Nível 1 de suporte" OR "Asperger" OR "sem deficiência intelectual")* AND ("Adolescência" OR "Adolescent") AND ("Família" OR "Family" OR "Psicoterapia" OR "Cognitive Behavioral Therapy").

Foram incluídos artigos revisados por pares, publicados entre 2010 e 2025, em português ou inglês, que abordassem o TEA sem deficiência intelectual associada (nível 1 de suporte) e tratassem de ao menos um dos eixos do estudo: características clínicas e saúde mental, intervenções psicológicas ou participação familiar, com resultados aplicáveis à adolescência. A busca inicial nas bases de dados retornou 345 registros. Após a remoção de 42 duplicatas, 303 estudos avançaram para a etapa de triagem. A análise de títulos e resumos levou à exclusão de 278 trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão, selecionando 25 artigos para leitura na íntegra. Desses, 15 foram descartados por não aprofundarem os eixos temáticos propostos, consolidando um corpus final de dez artigos.

Ainda que esta revisão foque prioritariamente na adolescência, a síntese inclui investigações com crianças e adultos. A incorporação desses estudos fundamenta-se na necessidade de mapear evidências indiretas que ajudem a preencher lacunas na literatura específica, viabilizando uma compreensão transversal e comparativa do fenômeno.

Foram excluídos textos sem acesso integral e estudos centrados exclusivamente na primeira infância ou em pessoas com níveis 2 e 3 de suporte. Obras clássicas e documentos normativos anteriores ou externos a esse recorte, como manuais diagnósticos, resoluções do Conselho Federal de Psicologia e estudos seminais, foram utilizados apenas na fundamentação teórica, não compondo o *corpus* de análise. Para os estudos anteriores ao DSM-5-TR (APA, 2022), realizou-se a equivalência

conceitual entre as nomenclaturas Síndrome de Asperger ou TEA sem deficiência intelectual e o atual nível 1 de suporte.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material resultou em um *corpus* de 10 artigos, organizados nas quatro categorias temáticas descritas na metodologia: a) perfil clínico e cognição social no TEA com nível 1; b) camuflagem social, *burnout* autista e saúde mental; c) intervenções psicológicas; e d) participação e suporte familiar.

A Tabela 1 sintetiza a caracterização dos artigos selecionados, destacando a autoria, os objetivos, os principais achados e a categoria temática de cada estudo.

Tabela 1. Síntese dos artigos selecionados para a fundamentação dos Resultados e Discussão

Autor/ano	**Objetivo do estudo**	**Principais resultados**	**Categoria temática**
Lord *et al*. (2018)	Compreender a heterogeneidade clínica, as bases neurobiológicas e a evolução do TEA ao longo do ciclo de vida.	Mapeia o TEA como uma condição multifatorial e dinâmica do neurodesenvolvimento, enfatizando que o nível de suporte varia conforme as demandas do ambiente e as etapas do desenvolvimento.	Perfil clínico e cognição social
Kinnaird *et al*. (2019)	Estimar, por meio de revisão sistemática e metanálise, a prevalência de alexitimia em pessoas autistas.	Identifica que cerca de metade das pessoas autistas apresenta alexitimia, taxa muito superior à da população geral, o que dificulta a identificação e a expressão das próprias emoções e tem implicações diretas para a psicoterapia.	Perfil clínico e cognição social
Hull *et al*. (2017)	Investigar, a partir de relatos de adultos autistas, as motivações, as estratégias e as consequências da camuflagem social (*masking*).	Descreve a camuflagem como esforço de mascarar e compensar traços autistas, motivado pelo desejo de aceitação, com custos como exaustão, ansiedade e prejuízo à identidade, além de	Camuflagem social, *burnout* e saúde mental

		contribuir para o atraso diagnóstico.	
Raymaker *et al*. (2020)	Caracterizar a vivência e os fatores desencadeadores do *burnout* autista sob a perspectiva de adultos no espectro.	Define o *burnout* autista como um estado de esgotamento profundo, diminuição de habilidades funcionais e menor tolerância sensorial, decorrente do estresse cumulativo da camuflagem e do capacitismo.	Camuflagem social, *burnout* e saúde mental
Lai *et al*. (2019)	Analisar a prevalência de quadros psiquiátricos concomitantes ao TEA por meio de uma revisão sistemática.	Evidencia prevalência elevada de condições co-ocorrentes na população autista, com estimativas combinadas de cerca de 20% para transtornos de ansiedade e 11% para depressão ao longo da vida.	Camuflagem social, *burnout* e saúde mental
Wood *et al*. (2020)	Comparar, em ensaio clínico randomizado, uma TCC adaptada ao autismo, a TCC padrão e o tratamento usual no manejo da ansiedade em crianças e pré-adolescentes autistas.	As duas modalidades de TCC superaram o tratamento usual na redução da ansiedade, com vantagem do protocolo adaptado, que incluía maior envolvimento dos pais, em parte dos desfechos avaliados.	Intervenções psicológicas
Laugeson *et al*. (2012)	Avaliar a eficácia do programa PEERS, treino de habilidades sociais com participação dos pais, para adolescentes autistas sem deficiência intelectual.	Os adolescentes apresentaram ganhos no conhecimento sobre habilidades sociais e na frequência de encontros com pares, mantidos no seguimento; os pais atuaram como mediadores da generalização para o cotidiano.	Intervenções psicológicas
Milton (2012)	Discutir a perspectiva não patologizante do autismo a partir do conceito do "Duplo Problema da Empatia".	Argumenta que a falha de comunicação é bidirecional (entre neurotípicos e autistas), propondo uma prática terapêutica centrada na pessoa e afirmativa da	Intervenções psicológicas (perspectiva afirmativa)

		identidade neurodivergente.	
Karst e Van Hecke (2012)	Revisar o impacto do TEA sobre pais e famílias e propor um modelo de avaliação de intervenções que inclua desfechos familiares.	Mostra que pais de pessoas autistas apresentam maior estresse e sofrimento psicológico, o que repercute no tratamento, e defende que o bem-estar familiar seja considerado como desfecho das intervenções.	Participação e suporte familiar
Hayes e Watson (2013)	Comparar, por metanálise, o estresse parental de pais de crianças com TEA ao de pais de crianças com desenvolvimento típico e com outras condições.	Identifica níveis de estresse parental significativamente mais elevados entre pais de pessoas autistas, reforçando a necessidade de suporte e psicoeducação aos cuidadores.	Participação e suporte familiar

Fonte: Elaborada pelos autores

No que se refere ao perfil clínico, Lord *et al*. (2018) reforçam que o TEA é uma condição heterogênea e dinâmica, cuja necessidade de suporte varia conforme as exigências do ambiente e a etapa do desenvolvimento. Essa compreensão é central para a adolescência, pois o aumento da complexidade das interações sociais tende a evidenciar dificuldades que, na infância, permaneciam compensadas pela preservação da linguagem e da cognição. O estudo de Kinnaird *et al*. (2019) acrescenta um elemento relevante a esse quadro: a alta prevalência de alexitimia indica que boa parte dos adolescentes no nível 1 terá dificuldade não apenas em compreender o outro, mas também em reconhecer e nomear os próprios estados emocionais. Na prática clínica, isso significa que o sofrimento nem sempre será verbalizado de forma direta, exigindo do psicólogo estratégias concretas de identificação de emoções antes de qualquer trabalho de reestruturação cognitiva.

A segunda categoria evidencia que o sofrimento psíquico desses jovens está fortemente associado ao esforço de adaptação a contextos neurotípicos. Hull *et al*. (2017) descrevem a camuflagem social como uma estratégia motivada pelo desejo de aceitação e de proteção contra a rejeição, mas que cobra um preço elevado em termos de exaustão e de confusão identitária. Raymaker *et al*. (2020) aprofundam essa discussão ao caracterizar o *burnout* autista como resultado do acúmulo de estressores e da necessidade constante de mascarar características autistas, com perda temporária de habilidades e redução da tolerância a estímulos. Embora ambos os estudos tenham sido realizados

com adultos, os participantes relatam que essas estratégias começam a ser utilizadas ainda na infância e na adolescência, o que reforça a importância de identificá-las precocemente.

Esses achados ajudam a compreender os dados de Lai *et al*. (2019), que estimaram prevalências de aproximadamente 20% para transtornos de ansiedade e 11% para depressão na população autista, valores superiores aos observados na população geral. Em conjunto, os três estudos sugerem que ansiedade e depressão, no TEA com nível 1, não devem ser compreendidas como quadros isolados, mas como possíveis expressões do desgaste produzido pela camuflagem e pela inadequação entre as demandas do ambiente e os recursos do adolescente. Ademais, como a camuflagem tende a encobrir o sofrimento, há risco de que esses quadros sejam subidentificados por familiares, escolas e profissionais, o que justifica a inclusão sistemática do rastreio de sintomas ansiosos e depressivos no acompanhamento psicológico desse público.

Quanto às intervenções, o ensaio clínico de Wood *et al*. (2020) oferece evidência de que a TCC é eficaz na redução da ansiedade em jovens autistas, sobretudo quando adaptada ao perfil do espectro e quando envolve os pais no processo. Embora a amostra tenha sido composta por crianças e pré-adolescentes, os resultados são relevantes para a transição à adolescência, período em que os quadros ansiosos tendem a se intensificar. No campo das habilidades sociais, Laugeson *et al*. (2012) demonstraram que o programa PEERS, desenvolvido especificamente para adolescentes, produziu ganhos no conhecimento sobre habilidades sociais e na frequência de encontros com pares, mantidos após o término da intervenção. Nos dois estudos, um aspecto comum chama atenção: a participação dos pais aparece como componente estruturante, e não acessório, da intervenção.

A perspectiva de Milton (2012) amplia essa discussão ao propor que as dificuldades de comunicação entre autistas e não autistas são bidirecionais, o chamado “duplo problema da empatia”. Esse referencial não se opõe às técnicas cognitivo-comportamentais, mas orienta a forma de aplicá-las: o objetivo do treino de habilidades sociais e da reestruturação cognitiva não deve ser tornar o adolescente indistinguível de seus pares, e sim ampliar suas possibilidades de escolha e reduzir o sofrimento. Nesse sentido, a integração entre intervenções baseadas em evidências e uma postura afirmativa da neurodiversidade pode favorecer a adesão do adolescente, que tende a rejeitar propostas percebidas como normalizadoras ou infantilizadas.

Por fim, a categoria referente à família evidencia que o suporte aos cuidadores é condição para a efetividade do acompanhamento. Hayes e Watson (2013) identificaram, em metanálise, níveis de estresse parental significativamente mais elevados entre pais de pessoas autistas, quando comparados

a pais de crianças com desenvolvimento típico ou com outras condições. Karst e Van Hecke (2012), por sua vez, argumentam que esse estresse repercute no próprio tratamento e propõem que o bem-estar familiar seja considerado como desfecho das intervenções. Esses achados dialogam com os resultados de Wood *et al*. (2020) e de Laugeson *et al*. (2012): se a família é o principal agente de generalização das habilidades trabalhadas em consultório, um cuidador sobrecarregado e sem orientação tende a ter menos condições de sustentar esse papel.

Dessa forma, em resposta à questão norteadora, a literatura analisada indica que os principais desafios do acompanhamento psicológico de adolescentes com TEA nível 1 envolvem a dificuldade de reconhecimento e expressão emocional, o sofrimento associado à camuflagem social, a elevada co-ocorrência de ansiedade e depressão e a resistência a intervenções percebidas como infantilizadas ou normalizadoras. A participação familiar contribui para o processo terapêutico ao favorecer a generalização das habilidades para o cotidiano, a previsibilidade das rotinas e a manutenção dos ganhos, desde que a própria família receba orientação, psicoeducação e suporte. Como limitação, ressalta-se que parte dos estudos analisados foi realizada com adultos ou com crianças, o que evidencia a necessidade de mais pesquisas com adolescentes, especialmente no contexto brasileiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa discutiu os principais desafios e as possibilidades do acompanhamento psicológico direcionado a adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com Nível 1 de suporte, bem como a relevância da integração da família ao processo terapêutico. A síntese da literatura científica consolidou uma visão do TEA como um transtorno do neurodesenvolvimento de etiologia multifatorial e expressão heterogênea, no qual a preservação das habilidades cognitivas e da linguagem formal muitas vezes encobre prejuízos significativos na comunicação pragmática e na cognição social.

No contexto da adolescência, etapa marcada pela busca de autonomia e pela transição de papéis, evidenciou-se que as exigências sociais podem ultrapassar a capacidade adaptativa desses jovens, tornando-os vulneráveis a falhas de regulação emocional e ao isolamento social. O estudo destacou o impacto da camuflagem social (*masking*), indicando que o esforço contínuo de assimilação e supressão de traços autistas gera sobrecarga cognitiva e pode culminar no *burnout* autista e na exaustão psíquica. Esse cenário ajuda a compreender a elevada prevalência de condições co-ocorrentes, muitas vezes subidentificadas nessa população, com destaque para os transtornos de ansiedade e a depressão.

Em relação às estratégias de intervenção, a literatura analisada indica que o acompanhamento deve transpor os limites do consultório tradicional e afastar-se de práticas infantilizadas ou meramente normalizadoras. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), quando adaptada por meio de recursos visuais, previsibilidade e estratégias de reestruturação cognitiva, aliada ao Treino de Habilidades Sociais (THS) e aos princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), constitui um instrumental consistente para o manejo da ansiedade e para o desenvolvimento de repertórios funcionais. Complementarmente, a Abordagem Humanista e a perspectiva da Neurodiversidade revelaram-se importantes para favorecer o desacoplamento do *masking* (*unmasking*), o fortalecimento da identidade autista e a construção de um ambiente relacional seguro, podendo a telepsicoterapia constituir uma alternativa viável para parte desses adolescentes.

Por fim, o estudo ratificou a participação da família, compreendida como o microssistema primário na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, como pilar indispensável para a manutenção dos ganhos terapêuticos. A orientação e a psicoeducação parental contribuem para a redução do estresse familiar, a previsibilidade de rotinas e a generalização de habilidades para os contextos escolar e comunitário, o que torna igualmente necessário oferecer suporte aos próprios cuidadores. Conclui-se que o enfrentamento dos desafios da adolescência no TEA com Nível 1 exige uma prática clínica integrada e afirmativa, que promova não apenas o manejo funcional dos sintomas, mas a autonomia, o respeito à neurodivergência e uma transição digna para a vida adulta. Recomenda-se que estudos futuros investiguem empiricamente essas intervenções com adolescentes brasileiros e suas famílias.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA, 2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA, 2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. American Psychologist, 68(9), 791–800.

Attwood, T. (2004). Cognitive behaviour therapy for children and adults with Asperger's syndrome. Behaviour Change, 21(3), 147–161.

Attwood, T. (2007). The complete guide to Asperger's syndrome. Jessica Kingsley Publishers.

Barger, B. D., Campbell, J. M., & McDonough, J. D. (2013). Prevalence and onset of regression within autism spectrum disorders: A meta-analytic review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(4), 817–828.

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. Journal of Autism and Developmental Disorders, 46(10), 3281–3294.

Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. MIT Press.

Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. Prisme, 34, 174–183.

Beck, J. S. (2022). Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática (3ª ed.). Artmed.

Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The Picture Exchange Communication System. Focus on Autistic Behavior, 9(3), 1–19.

Bottema-Beutel, K., Kapp, S. K., Lester, J. N., Sasson, N. J., & Hand, B. N. (2021). Avoiding ableist language: Suggestions for autism researchers. Autism in Adulthood, 3(1), 18–29.

Brasil. Ministério da Educação. (2014). Nota Técnica nº 04/2014/MEC/SECADI/DPEE: Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. MEC.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 198 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_neuropsicomotor_estimulacao_guia_profissionais.pdf. Acesso em: 28 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista – TEA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. 70 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 28 out. 2026.

Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano: Tornando os seres humanos mais humanos. Artmed.

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. Molecular Autism, 9, 42.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2018). Resolução CFP nº 11/2018: Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação. CFP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2019). Resolução CFP nº 06/2019: Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional. CFP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2025). Nota Técnica CFP nº 23/2025: Orientações às psicólogas e psicólogos acerca das intervenções comportamentais baseadas na Análise do Comportamento Aplicada no contexto do Transtorno do Espectro Autista. CFP.

Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics, 125(1), e17–e23.

Demetriou, E. A., Lampit, A., Quintana, D. S., Naismith, S. L., Song, Y. J. C., Pye, J. E., Hickie, I., & Guastella, A. J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. Molecular Psychiatry, 23(5), 1198–1204.

Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Autism and normative sexual development: A narrative review. Journal of Clinical Nursing, 22(23–24), 3467–3483.

Diamond, A. (2013). Executive functions. Annual Review of Psychology, 64, 135–168.

Dziuk, M. A., Gidley Larson, J. C., Apostu, A., Mahone, E. M., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). Dyspraxia in autism: Association with motor, social, and communicative deficits. Developmental Medicine & Child Neurology, 49(10), 734–739.

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. W. W. Norton & Company.

Frith, U. (2003). Autism: Explaining the enigma (2nd ed.). Blackwell Publishing.

Frith, U., & de Vignemont, F. (2005). Egocentrism, allocentrism and Asperger syndrome. Consciousness and Cognition, 14(4), 719–738.

Ganem, N. (2024). Camaleoas: Estratégias de camuflagem do autismo em meninas e mulheres. In L. Pereira & T. Castro (Eds.), Espectro autista feminino: Invisibilidade, diagnóstico e perspectivas (pp. 209-217). Literare Books.

Gaus, V. L. (2019). Cognitive-behavioral therapy for adults with autism spectrum disorder (2nd ed.). Guilford Press.

Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(4), 299–306.

Gil, A. C. (2022). Como elaborar projetos de pesquisa (7ª ed.). Atlas.

Gillespie-Lynch, K., Bublitz, D., Donachie, A., Wong, V., Brooks, P. J., & D'Onofrio, J. (2017). "For a long time our voices have been hushed": Using student perspectives to develop supports for neurodiverse college students. Frontiers in Psychology, 8, 544.

Gould, J., & Ashton-Smith, J. (2011). Missed diagnosis or misdiagnosis? Girls and women on the autism spectrum. Good Autism Practice, 12(1), 34–41.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(3), 629–642.

Higgins, J. M., Arnold, S. R., Weise, J., Pellicano, E., & Trollor, J. N. (2021). Defining autistic burnout through experts by lived experience: Grounded Delphi method investigating #AutisticBurnout. Autism, 25(8), 2356–2369.

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(8), 2519–2534.

Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Development and validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). Journal of Autism and Developmental Disorders, 49(3), 819–833.

Hume, K., Steinbrenner, J. R., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., Szendrey, S., McIntyre, N. S., Yücesoy-Özkan, S., & Savage, M. N. (2021). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 51(11), 4013–4032.

Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. Autism, 15(4), 397–419.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2025). Censo Demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: Resultados preliminares da amostra. IBGE.

Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. Clinical Child and Family Psychology Review, 15(3), 247–277.

Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. Clinical Psychology: Science and Practice, 19(4), 323–347.

Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry, 55, 80–89.

Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: Uma visão geral. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(supl. 1), S3–S11.

Klin, A., Saulnier, C. A., Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., Volkmar, F. R., & Lord, C. (2007). Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: The Vineland and the ADOS. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(4), 748–759.

Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. The Lancet, 383(9920), 896–910.

Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N. V., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., MRC AIMS Consortium, & Baron-Cohen, S. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. Autism, 21(6), 690–702.

Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 6(10), 819–829.

Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E. Z., & Angley, M. T. (2010). Sensory processing subtypes in autism: Association with adaptive behavior. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(1), 112–122.

Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. Journal of Autism and Developmental Disorders, 42(6), 1025–1036.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). Neuropsychological assessment (5th ed.). Oxford University Press.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56(6), 466–474.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. The Lancet, 392(10146), 508–520.

Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers, 6(1), 5.

Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., Carr, T., de Vries, P. J., Dissanayake, C., Divan, G., Freitag, C. M., Gotelli, M. M., Kasari, C., Knapp, M., Mundy, P., Plank, A., Scahill, L., Servili, C., Shattuck, P., ... McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. The Lancet, 399(10321), 271–334.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1), 3–9.

Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2011). Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. Research in Developmental Disabilities, 32(5), 1910–1917.

Maïano, C., Normand, C. L., Salvas, M.-C., Moullec, G., & Aimé, A. (2016). Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Autism Research, 9(6), 601–615.

Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Abreu, N., & Fuentes, D. (Orgs.). (2018). Avaliação neuropsicológica (2ª ed.). Artmed.

Mandy, W. (2019). Social camouflaging in autism: Is it time to lose the mask? Autism, 23(8), 1879–1881.

MARINHO, Mariza Araújo; MACIEL, Paulo Vitor Alves; SÁ, Fabiane Elpídio de; RODRIGUES, Bárbara Karen Matos Magalhães; ABDON, Ana Paula Vasconcellos. Percepção dos pais sobre a saúde de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202533010415. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/CKmXS8YffscGnwbRN3HmcrK/. Acesso em: 28 out. 2026.

Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(7), 679–688.

Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The ‘double empathy problem’. Disability & Society, 27(6), 883–887.

National Research Council. (2001). Educating children with autism. National Academies Press.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022). CID-11: Classificação Internacional de Doenças (11ª rev.). OMS.

Orsmond, G. I., Shattuck, P. T., Cooper, B. P., Sterzing, P. R., & Anderson, K. A. (2013). Social participation among young adults with an autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43(11), 2710–2719.

Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(7), 1081–1105.

Pearson, A., & Rose, K. (2021). A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. Autism in Adulthood, 3(1), 52–60.

Picci, G., & Scherf, K. S. (2015). A two-hit model of autism: Adolescence as the second hit. Clinical Psychological Science, 3(3), 349–371.

Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). "Having all of your internal resources exhausted beyond measure and being left with no clean-up crew": Defining autistic burnout. Autism in Adulthood, 2(2), 132–143.

Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C.-M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics, 133(1), 37–45.

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin.

Schaaf, R. C., Benevides, T., Mailloux, Z., Faller, P., Hunt, J., van Hooydonk, E., Freeman, R., Leiby, B., Sendecki, J., & Kelly, D. (2014). An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(7), 1493–1506.

Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP]. (2019). Manual de orientação: Transtorno do Espectro do Autismo (nº 5). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento.

Spain, D., Sin, J., Chalder, T., Murphy, D., & Happé, F. (2015). Cognitive behaviour therapy for adults with autism spectrum disorders and psychiatric co-morbidity: A review. Research in Autism Spectrum Disorders, 9, 151–162.

Spain, D., Sin, J., Linder, K. B., McMahon, J., & Happé, F. (2018). Social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders, 52, 51–68.

Steinberg, L. (2014). Adolescence (10th ed.). McGraw-Hill Education.

Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. Journal of Applied Behavior Analysis, 10(2), 349–367.

Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(5), 585–595.

Volkmar, F. R., Paul, R., Rogers, S. J., & Pelphrey, K. A. (Eds.). (2014). Handbook of autism and pervasive developmental disorders (4th ed.). John Wiley & Sons.

Walker, N. (2021). Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities. Autonomous Press.

Wechsler, D. (2013). Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC-IV. Manual técnico (4ª ed.). Casa do Psicólogo.

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. Clinical Psychology Review, 29(3), 216–229.

Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., Brock, M. E., Plavnick, J. B., Fleury, V. P., & Schultz, T. R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45(7), 1951–1966.

Wood, J. J., Kendall, P. C., Wood, K. S., Kerns, C. M., Seltzer, M., Small, B. J., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2020). Cognitive behavioral treatments for anxiety in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 77(5), 474–483.

Wright, J. H., & Caudill, R. (2020). Remote treatment delivery in response to the COVID-19 pandemic. Psychotherapy and Psychosomatics, 89(3), 130–132.

Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30(1), 25–33.