

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
INTERFACES ENTRE
CUIDADO FAMILIAR,
INTEGRALIDADE E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL A
PESSOAS COM
TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

**INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE BRAZILIAN
UNIFIED HEALTH SYSTEM: INTERFACES BETWEEN FAMILY CARE,
COMPREHENSIVE CARE AND PSYCHOSOCIAL ATTENTION FOR PEOPLE
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde, Linguística & Letras e
Artes

• 17/05/2026

Maria Cecília Santos Nascimento¹

Jose Francisco de Sousa²

Adriana Aparecida de Arruda Santos³

Lillia Michely Nunes Abreu⁴

Mirella Claudino Oliveira Silva⁵

Saul de Melo Ibiapina Neres⁶

Verenilson de Paiva Silva⁷

Jaciane da Cruz Barreto⁸

Odaíze do Socorro Ferreira Cavalcante Lima⁹

RESUMO

O presente capítulo analisa a inserção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, com ênfase nas interfaces entre cuidado familiar, integralidade da atenção e estratégias psicossociais voltadas a pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Parte-se de uma abordagem qualitativa, de natureza teórico-reflexiva e bibliográfica, fundamentada nos referenciais da saúde coletiva, da humanização do cuidado, da clínica ampliada, da atenção psicossocial e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. O estudo considera que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ao valorizarem a escuta acolhedora, a construção de vínculos terapêuticos, a promoção da saúde e a compreensão ampliada do sujeito, podem contribuir para o cuidado integral de pessoas autistas e suas famílias, desde que utilizadas de modo complementar, ético, interdisciplinar e articulado às diretrizes do SUS. Discute-se o papel das famílias como núcleos ativos na produção do cuidado, sobretudo diante das demandas complexas, contínuas e multidimensionais associadas ao autismo, que envolvem comunicação, interação social, regulação emocional, sensorialidade, autonomia, aprendizagem, participação social e suporte cotidiano. Destacam-se práticas como musicoterapia, arteterapia, dança circular, meditação, yoga, terapia comunitária integrativa e outras abordagens reconhecidas na política pública brasileira, analisando seus potenciais para fortalecimento de vínculos, expressão subjetiva, organização emocional, acolhimento familiar e ampliação de estratégias não medicalizantes de cuidado. Problematizam-se, ainda, os limites institucionais e operacionais para a efetivação dessas práticas no SUS, incluindo desigualdades territoriais de acesso, fragilidades na formação profissional, baixa institucionalização em alguns municípios, insuficiência de

financiamento, escassez de protocolos interdisciplinares e desafios na articulação entre atenção básica, atenção especializada, saúde mental, educação e assistência social. Conclui-se que a ampliação qualificada das Práticas Integrativas e Complementares, aliada ao protagonismo familiar e à perspectiva da integralidade, constitui estratégia promissora para a humanização e qualificação do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial às pessoas com TEA, demandando avanços na gestão, na formação permanente, na avaliação de resultados e na produção de evidências científicas socialmente contextualizadas.

Palavras-chave: Práticas Integrativas em Saúde; Saúde Coletiva; Autismo; Cuidado Familiar; Integralidade; Atenção Psicossocial; SUS.

ABSTRACT

This chapter analyzes the inclusion of Integrative and Complementary Health Practices within the Brazilian Unified Health System, emphasizing the interfaces between family care, comprehensive care and psychosocial strategies directed at people with Autism Spectrum Disorder. It adopts a qualitative, theoretical-reflective and bibliographic approach, grounded in the frameworks of collective health, humanized care, expanded clinical practice, psychosocial care and the Brazilian National Policy on Integrative and Complementary Practices. The study considers that Integrative and Complementary Health Practices, by valuing welcoming listening, therapeutic bonds, health promotion and a broader understanding of the subject, may contribute to comprehensive care for autistic people and their families, provided that they are used in a complementary, ethical, interdisciplinary manner and in articulation with the principles of the Brazilian Unified Health System. The role of families is discussed as an active nucleus in care production, especially in the face of complex, continuous and

multidimensional demands associated with autism, involving communication, social interaction, emotional regulation, sensory processing, autonomy, learning, social participation and daily support. Practices such as music therapy, art therapy, circular dance, meditation, yoga, integrative community therapy and other approaches recognized by Brazilian public policy are highlighted, considering their potential to strengthen bonds, promote subjective expression, support emotional organization, welcome families and expand non-medicalizing strategies of care. The chapter also problematizes institutional and operational limits to the implementation of these practices in the public health system, including territorial inequalities of access, weaknesses in professional training, low institutionalization in some municipalities, insufficient funding, scarcity of interdisciplinary protocols and challenges in the articulation among primary care, specialized care, mental health, education and social assistance. The study concludes that the qualified expansion of Integrative and Complementary Practices, combined with family protagonism and the perspective of comprehensive care, constitutes a promising strategy for the humanization and qualification of mental health and psychosocial care for people with ASD, requiring progress in management, continuing education, outcome evaluation and the production of socially contextualized scientific evidence.

Keywords: Integrative Health Practices; Collective Health; Autism; Family Care; Comprehensive Care; Psychosocial Care; Brazilian Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde de pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil tem adquirido crescente relevância no campo da saúde

pública, da educação inclusiva, da assistência social, dos direitos humanos e das políticas de cuidado. O autismo constitui uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por ampla heterogeneidade de manifestações, envolvendo diferenças na comunicação, na interação social, nos padrões de comportamento, nos interesses, na sensorialidade, na aprendizagem e nos modos de relação com o mundo. A Organização Mundial da Saúde define o autismo como um grupo diverso de condições relacionadas ao desenvolvimento do cérebro, cujas características podem ser percebidas na infância, embora o diagnóstico muitas vezes ocorra tardiamente; a OMS também informa que, em 2021, aproximadamente 1 em cada 127 pessoas no mundo estava no espectro autista.

No contexto brasileiro, o cuidado às pessoas com TEA deve ser compreendido a partir de uma perspectiva ampliada, intersetorial e integral. Não se trata apenas de garantir diagnóstico, atendimento médico ou terapias específicas, embora esses elementos sejam importantes. Trata-se de organizar redes de cuidado capazes de reconhecer o sujeito autista em sua singularidade, respeitar sua forma de comunicação, acolher sua família, fortalecer sua autonomia, reduzir barreiras sociais, promover participação comunitária e assegurar direitos. Essa perspectiva exige articulação entre Sistema Único de Saúde, educação, assistência social, justiça, trabalho, cultura e políticas de inclusão.

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, organiza-se a partir de princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. A integralidade é particularmente relevante para o tema

deste capítulo, pois exige que o cuidado vá além da resposta pontual à doença, incorporando promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, acolhimento, vínculo e atenção às dimensões subjetivas, familiares, sociais e culturais da vida. No cuidado às pessoas autistas, a integralidade impõe superar modelos fragmentados, exclusivamente biomédicos ou centrados apenas na correção de déficits.

É nesse cenário que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde assumem importância estratégica. O Ministério da Saúde define as PICS como abordagens terapêuticas voltadas à prevenção de agravos, à promoção e à recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, instituída originalmente pela Portaria GM/MS nº 971/2006, buscou incorporar e implementar essas práticas no sistema público, especialmente na atenção básica, com foco no cuidado continuado, humanizado e integral.

A PNPIC surgiu como resultado de debates nacionais e internacionais sobre modelos ampliados de cuidado, promoção da saúde, valorização de saberes tradicionais, racionalidades médicas distintas e necessidade de práticas mais humanizadas no SUS. A primeira versão da política contemplava práticas como medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Posteriormente, a política foi ampliada. A Portaria GM/MS nº 849/2017 incluiu novas práticas, entre elas arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia

comunitária integrativa e yoga. Em 2018, a Portaria nº 702 ampliou novamente o rol de práticas reconhecidas no SUS.

A relação entre PICS e TEA precisa ser tratada com equilíbrio científico, ético e técnico. As PICS não devem ser apresentadas como cura do autismo, pois o autismo não é doença a ser eliminada, mas condição do neurodesenvolvimento que demanda apoio, inclusão, respeito, cuidado, adaptações e garantia de direitos. Também não devem substituir atendimentos essenciais, acompanhamento multiprofissional, avaliação clínica, suporte educacional, intervenções baseadas em evidências e políticas públicas estruturadas. Sua relevância reside no potencial complementar de ampliar o cuidado, fortalecer vínculos, favorecer expressão subjetiva, apoiar regulação emocional, reduzir sofrimento familiar, promover experiências sensoriais organizadoras e criar espaços de acolhimento menos medicalizantes.

Essa discussão é fundamental porque muitas famílias de pessoas autistas enfrentam trajetórias marcadas por espera diagnóstica, peregrinação por serviços, sobrecarga emocional, insegurança econômica, dificuldade de acesso a terapias, estigmatização social e baixa articulação entre saúde e educação. O cuidado cotidiano é frequentemente assumido por mães, avós, pais, irmãos e outros familiares, que se tornam mediadores permanentes entre a pessoa autista, os serviços públicos, a escola e a comunidade. Assim, qualquer proposta de cuidado integral precisa reconhecer a família não como destinatária passiva de orientações, mas como sujeito ativo, produtor de cuidado e portador de saberes práticos sobre a rotina, a comunicação, as crises, as preferências, as sensibilidades e as potencialidades da pessoa autista.

O objetivo geral deste capítulo é analisar a inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com ênfase nas interfaces entre cuidado familiar, integralidade da atenção e atenção psicossocial a pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Como objetivos específicos, busca-se: a) apresentar os fundamentos das PICS no SUS; b) discutir a integralidade como princípio orientador do cuidado ao TEA; c) analisar o protagonismo familiar na produção cotidiana do cuidado; d) examinar possibilidades de uso complementar de práticas como musicoterapia, arteterapia, yoga, meditação, dança circular e terapia comunitária integrativa; e) problematizar limites institucionais, operacionais e científicos para sua implementação; f) indicar caminhos para qualificação da atenção psicossocial e intersetorial.

A tese defendida é que as PICS podem contribuir para a qualificação do cuidado às pessoas autistas quando integradas a uma rede pública organizada, ética, interdisciplinar, baseada em direitos, centrada na pessoa e aberta à participação familiar. Sua potência não está em prometer soluções milagrosas, mas em ampliar possibilidades de encontro, expressão, acolhimento, vínculo, escuta e cuidado integral.

2. METODOLOGIA

Este capítulo adota abordagem qualitativa, de natureza teórico-reflexiva, bibliográfica e documental. A opção por essa abordagem justifica-se porque o objeto de estudo envolve interfaces entre políticas públicas, cuidado familiar, práticas de saúde, atenção psicossocial e Transtorno do Espectro Autista, exigindo interpretação crítica de documentos normativos, literatura científica e referenciais conceituais da saúde coletiva.

A pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta: **de que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde podem contribuir, no âmbito do SUS, para o cuidado integral e psicossocial de pessoas com Transtorno do Espectro Autista, considerando o protagonismo familiar e os limites institucionais da política pública?**

Foram utilizados como eixos de busca e análise os seguintes descritores: “Práticas Integrativas e Complementares”, “PNPIC”, “Sistema Único de Saúde”, “integralidade”, “saúde coletiva”, “atenção psicossocial”, “Transtorno do Espectro Autista”, “autismo”, “cuidado familiar”, “musicoterapia”, “arteterapia”, “terapia comunitária integrativa”, “humanização do cuidado” e “clínica ampliada”. Também foram considerados termos equivalentes em inglês, como “integrative and complementary practices”, “public health”, “autism spectrum disorder”, “family care”, “psychosocial care”, “music therapy” and “art therapy”.

A análise documental considerou documentos oficiais do Ministério da Saúde relacionados à PNPIC, à atenção básica, à humanização, à atenção psicossocial e à organização do cuidado no SUS. Também foram consultadas informações da Organização Mundial da Saúde sobre autismo, em razão de sua relevância internacional para caracterização epidemiológica e conceitual do TEA. A OMS informa que as necessidades das pessoas autistas variam e podem evoluir ao longo da vida, havendo pessoas que vivem de forma independente e outras que demandam cuidado e apoio ao longo de toda a vida.

Os critérios de inclusão dos materiais foram: a) pertinência direta ao tema das PICS no SUS; b) abordagem sobre cuidado integral, humanização, saúde mental, atenção psicossocial ou TEA; c)

documentos oficiais de políticas públicas; d) estudos científicos com fundamentação em saúde coletiva, família, autismo ou práticas integrativas; e) publicações com contribuição para discussão ética, clínica, social ou institucional.

Foram excluídos materiais que: a) apresentavam PICS como cura do autismo; b) defendiam práticas sem reconhecimento institucional ou sem base mínima de segurança; c) substituíam indevidamente acompanhamento multiprofissional por práticas alternativas isoladas; d) possuíam caráter meramente comercial; e) não apresentavam autoria, fonte confiável ou aderência ao SUS.

A análise foi organizada em cinco categorias: a) institucionalização das PICS no SUS; b) integralidade e clínica ampliada no cuidado ao TEA; c) família como núcleo ativo do cuidado; d) potencialidades das PICS na atenção psicossocial; e) limites, riscos e desafios para implementação qualificada.

Por se tratar de capítulo teórico-reflexivo, não houve coleta de dados com seres humanos, entrevistas ou intervenção direta. Assim, não se aplica submissão a comitê de ética. Ainda assim, a discussão foi orientada por princípios éticos da saúde coletiva: respeito à dignidade humana, autonomia, não discriminação, proteção contra práticas enganosas, valorização da diversidade neuropsicológica e defesa do acesso equitativo ao SUS.

3. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: FUNDAMENTOS, POLÍTICA PÚBLICA E SENTIDO DO CUIDADO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde representam um conjunto de abordagens terapêuticas que dialogam com diferentes racionalidades de cuidado. Elas incluem práticas

corporais, expressivas, meditativas, tradicionais, comunitárias e terapêuticas que podem ser utilizadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado continuado, acolhimento e fortalecimento do vínculo entre usuário, família, profissional e território.

A institucionalização das PICS no SUS deve ser compreendida como parte de um movimento mais amplo de humanização e ampliação do cuidado. O modelo biomédico hegemônico, apesar de sua importância na atenção clínica, muitas vezes é insuficiente para responder a sofrimentos complexos, crônicos e atravessados por dimensões sociais, familiares e subjetivas. O sofrimento relacionado ao TEA, por exemplo, não se reduz às características do neurodesenvolvimento, mas envolve barreiras comunicacionais, capacitismo, exclusão escolar, incompreensão social, sobrecarga familiar, dificuldades de acesso e falta de apoio comunitário.

A PNPIC tem como um de seus objetivos incorporar e implementar práticas no SUS na perspectiva da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica e no cuidado continuado, humanizado e integral. Essa diretriz é essencial para o debate sobre autismo, porque pessoas autistas e suas famílias necessitam de cuidado longitudinal, e não de ações pontuais. A longitudinalidade permite acompanhar mudanças no desenvolvimento, transições escolares, adolescência, vida adulta, envelhecimento, necessidades familiares e demandas psicossociais.

A atenção básica ocupa lugar estratégico na oferta de PICS, pois é a porta de entrada preferencial do SUS e o nível de atenção mais próximo do território. No cuidado ao TEA, a atenção básica pode identificar sinais precoces, orientar famílias, acompanhar

comorbidades, articular encaminhamentos, apoiar a escola, estimular grupos de convivência e oferecer práticas coletivas. Entretanto, a implementação das PICS não deve ficar restrita à atenção básica. Ela pode dialogar com Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de reabilitação, serviços de convivência, escolas, associações de famílias e equipamentos comunitários.

A ampliação do rol de práticas reconhecidas pela PNPIC, especialmente a partir de 2017 e 2018, abriu espaço para abordagens com potencial expressivo, corporal, relacional e comunitário. A inclusão de arteterapia e musicoterapia é particularmente relevante para pessoas autistas, pois muitas apresentam formas singulares de comunicação e expressão que nem sempre se organizam prioritariamente pela linguagem verbal. A arte, o som, o ritmo, o movimento e a experiência sensorial podem constituir canais de encontro, expressão, organização emocional e interação.

Contudo, é necessário evitar dois equívocos. O primeiro é o reducionismo biomédico, que despreza práticas de acolhimento, vínculo, cultura, expressão e subjetividade por não se enquadrarem em parâmetros terapêuticos tradicionais. O segundo é o uso acrítico das PICS, como se qualquer prática integrativa fosse automaticamente benéfica ou suficiente. No SUS, toda prática deve estar submetida a critérios de segurança, ética, responsabilidade profissional, avaliação de resultados, transparência e articulação com o projeto terapêutico singular.

As PICS devem ser compreendidas como complementares, não substitutivas. No caso do TEA, isso significa que não podem substituir avaliação diagnóstica adequada, acompanhamento

interdisciplinar, apoio educacional, assistência social, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, pediatria, neurologia, psiquiatria quando necessária, e outras intervenções indicadas conforme o caso. Sua contribuição está em ampliar o campo de cuidado, não em negar outras formas de atenção.

4. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: CUIDADO INTEGRAL, DIVERSIDADE E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Transtorno do Espectro Autista é denominado “espectro” justamente porque envolve grande diversidade de apresentações. Há pessoas autistas com linguagem oral fluente, outras não falantes ou com comunicação alternativa; algumas apresentam alta autonomia, outras demandam apoio substancial; algumas têm hipersensibilidade sensorial, outras buscam estímulos intensos; algumas apresentam deficiência intelectual associada, outras não; algumas têm epilepsia, ansiedade, dificuldades alimentares, alterações do sono ou sofrimento psíquico associado. Essa heterogeneidade torna inadequada qualquer abordagem uniforme.

A OMS destaca que as habilidades e necessidades das pessoas autistas variam e podem mudar ao longo do tempo, sendo que algumas conseguem viver de modo independente, enquanto outras apresentam deficiências importantes e necessitam de cuidado e apoio ao longo da vida. Essa compreensão reforça a necessidade de cuidado individualizado, longitudinal e centrado na pessoa.

A atenção psicossocial ao TEA deve evitar tanto a medicalização excessiva quanto o abandono terapêutico. Medicalizar excessivamente significa interpretar toda diferença comportamental como sintoma a ser suprimido, ignorando contexto, comunicação,

sensorialidade e sofrimento. Abandonar terapêuticamente significa negar apoios necessários em nome de uma compreensão abstrata de diversidade. A perspectiva ética adequada reconhece a neurodiversidade e, simultaneamente, garante suporte às necessidades concretas de cada pessoa.

No SUS, a atenção psicossocial é orientada por princípios de cuidado em liberdade, territorialidade, vínculo, escuta, corresponsabilização, projeto terapêutico singular e articulação em rede. Pessoas autistas podem se beneficiar de projetos terapêuticos que integrem família, escola, equipe de saúde, assistência social e comunidade. O projeto terapêutico singular deve considerar não apenas diagnóstico, mas rotina, preferências, dificuldades, potencialidades, interesses, formas de comunicação, contextos de crise, recursos familiares e objetivos de autonomia.

As PICS podem ser inseridas nesse projeto como recursos de ampliação do cuidado. Uma criança autista com forte interesse por sons pode encontrar na musicoterapia um espaço de comunicação e regulação. Um adolescente com dificuldade de verbalizar emoções pode encontrar na arteterapia um meio de expressão. Uma família sobrecarregada pode se beneficiar de terapia comunitária integrativa. Um adulto autista com ansiedade pode experimentar práticas meditativas, desde que adaptadas à sua sensorialidade e preferência. Uma criança que busca movimento pode se beneficiar de práticas corporais, desde que conduzidas com segurança e respeito.

A atenção psicossocial também exige reconhecer que o sofrimento não está apenas no indivíduo, mas nas relações sociais. Muitas crises são agravadas por ambientes ruidosos, escolas despreparadas, filas

longas, ausência de rotina, comunicação inadequada, preconceito e falta de suporte familiar. Assim, o cuidado deve modificar ambientes e relações, não apenas tentar adaptar a pessoa autista a contextos excludentes.

5. CUIDADO FAMILIAR: FAMÍLIA COMO NÚCLEO ATIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

A família ocupa posição central no cuidado às pessoas com TEA. Em muitos casos, é a família que percebe os primeiros sinais, busca diagnóstico, acompanha consultas, organiza terapias, dialoga com a escola, administra crises, adapta rotinas, enfrenta preconceitos, busca benefícios sociais e sustenta o cuidado cotidiano. Essa centralidade, entretanto, não pode ser romantizada. O cuidado familiar pode ser fonte de vínculo, proteção e afeto, mas também pode gerar sobrecarga, exaustão, empobrecimento, isolamento social e sofrimento mental.

O protagonismo familiar deve ser reconhecido pelo SUS como elemento estratégico do cuidado integral. Isso implica escutar a família, respeitar seus saberes, orientá-la sem culpabilização, apoiá-la na navegação da rede de serviços, oferecer espaços de acolhimento e construir corresponsabilidade. A família não deve ser tratada apenas como executora de orientações técnicas, mas como parceira do cuidado.

No caso do TEA, o conhecimento cotidiano produzido pela família é indispensável. Familiares sabem quais sons incomodam, quais alimentos são aceitos, quais rotinas acalmam, quais sinais antecedem crises, quais interesses motivam, quais ambientes desorganizam, quais profissionais conseguem estabelecer vínculo.

Esse conhecimento precisa ser incorporado ao projeto terapêutico singular.

As PICS podem contribuir para o cuidado familiar em pelo menos quatro dimensões. A primeira é a dimensão vincular. Atividades como música, arte, dança, toque terapêutico apropriado, contação de histórias, práticas corporais e jogos expressivos podem favorecer interações mais prazerosas entre pessoa autista e família. A segunda é a dimensão emocional. Famílias frequentemente enfrentam ansiedade, luto simbólico, medo do futuro, culpa e cansaço. Práticas coletivas e comunitárias podem oferecer acolhimento. A terceira é a dimensão educativa. Algumas práticas ajudam familiares a compreender ritmo, sensorialidade, tempo de resposta e formas alternativas de comunicação. A quarta é a dimensão comunitária. Grupos de PICS podem reduzir isolamento e criar redes de apoio entre famílias.

A terapia comunitária integrativa, por exemplo, pode ser relevante para familiares de pessoas autistas porque cria espaço coletivo de fala, escuta, partilha de experiências e fortalecimento de redes. A sobrecarga do cuidado não se resolve apenas com recomendações clínicas; exige apoio emocional, reconhecimento social e políticas públicas de suporte.

Entretanto, o envolvimento familiar deve respeitar limites. Não se deve transferir integralmente para a família uma responsabilidade que é do Estado. Quando o SUS falha, muitas famílias são forçadas a buscar terapias privadas, judicializar atendimentos, abandonar trabalho ou assumir custos incompatíveis com sua renda. A integralidade exige que a família seja apoiada, e não sobrecarregada.

6. POTENCIALIDADES DAS PICS NO CUIDADO A PESSOAS COM TEA

6.1. Musicoterapia

A musicoterapia é uma das práticas incluídas na PNPIC a partir da ampliação de 2017. Seu potencial no cuidado ao TEA está relacionado à capacidade da música de mobilizar ritmo, atenção compartilhada, comunicação não verbal, expressão emocional e interação. Muitas pessoas autistas respondem de forma significativa a estímulos sonoros, padrões rítmicos e experiências musicais previsíveis.

No contexto do SUS, a musicoterapia pode ser utilizada em grupos ou atendimentos individuais, conforme disponibilidade profissional e projeto terapêutico. Ela pode favorecer turnos de interação, imitação, espera, expressão de preferências, redução de tensão, ampliação de repertórios comunicativos e fortalecimento de vínculo entre usuário, família e equipe. Para pessoas não falantes, a música pode ser canal de expressão e participação.

É importante, porém, considerar a sensorialidade. Algumas pessoas autistas apresentam hipersensibilidade auditiva e podem se incomodar com determinados sons, volumes ou instrumentos. A prática deve ser adaptada, gradual, consentida e respeitosa. O objetivo não é impor estímulos, mas construir uma experiência segura.

6.2. Arteterapia

A arteterapia também foi incluída na ampliação da PNPIC. No cuidado ao TEA, pode favorecer expressão simbólica, organização

sensorial, coordenação motora, comunicação alternativa, criatividade e elaboração de emoções. Materiais como tinta, argila, papel, colagem, desenho e modelagem podem permitir que a pessoa expresse experiências que não consegue verbalizar.

A arteterapia pode ser especialmente útil quando conduzida sem expectativa de desempenho estético. O foco não deve ser produzir uma obra “bonita”, mas favorecer processo expressivo, escolha, autonomia, experimentação e vínculo. Para algumas pessoas autistas, texturas podem ser agradáveis; para outras, podem ser aversivas. Por isso, o cuidado deve respeitar preferências sensoriais.

A prática também pode envolver familiares, permitindo que pais, mães, irmãos e cuidadores participem de experiências compartilhadas menos centradas em cobrança terapêutica. Isso pode aliviar a relação familiar, muitas vezes marcada por rotinas extenuantes de tratamentos, avaliações e demandas escolares.

6.3. Yoga, Meditação e Práticas Corporais

Yoga e meditação foram incorporadas à PNPIC como práticas voltadas ao cuidado integral. No cuidado ao TEA, podem contribuir para respiração, consciência corporal, relaxamento, previsibilidade, atenção e autorregulação. Entretanto, devem ser adaptadas. Algumas pessoas autistas podem não tolerar silêncio prolongado, toque, determinadas posturas ou instruções abstratas. Outras podem beneficiar-se de sequências visuais, rotinas curtas, ambientes calmos e linguagem concreta.

A prática corporal no TEA deve ser guiada por respeito ao corpo e à autonomia. Não se trata de disciplinar movimentos autísticos, suprimir estereotípias ou forçar comportamentos considerados

socialmente típicos. Trata-se de oferecer experiências corporais que possam ampliar conforto, percepção, bem-estar e segurança.

6.4. Dança Circular, Biodança e Expressão Corporal

Dança circular, biodança e práticas expressivas podem favorecer pertencimento, ritmo coletivo, interação, movimento e experiência comunitária. Para pessoas autistas que apreciam movimento, essas práticas podem ser potentes. Para aquelas que têm dificuldade com grupos, proximidade física ou imprevisibilidade, adaptações são indispensáveis.

A dança circular, por exemplo, pode ser simplificada com movimentos repetitivos, previsíveis e respeitosos. A participação não precisa seguir padrões rígidos. A pessoa autista pode observar, participar parcialmente, adaptar movimentos ou interagir de modo próprio. A inclusão real ocorre quando a prática se adapta ao sujeito, e não quando exige que o sujeito se encaixe em um formato único.

6.5. Terapia Comunitária Integrativa

A terapia comunitária integrativa possui forte potencial no apoio a familiares. Muitas famílias de pessoas autistas relatam solidão, julgamento social, falta de informação e cansaço. Grupos comunitários podem criar espaços de fala, escuta e reconhecimento. Na perspectiva da saúde coletiva, cuidar da família é também cuidar da pessoa autista, pois a qualidade do suporte familiar influencia diretamente a rotina, a estabilidade emocional e o acesso aos direitos.

6.6. Shantala, Toque e Cuidado Sensorial

Práticas que envolvem toque, como shantala, exigem especial cautela no TEA. Algumas crianças podem se beneficiar de toque previsível, firme e consentido; outras podem apresentar aversão intensa. O princípio central deve ser o respeito ao corpo da pessoa autista. Nenhuma prática corporal deve ser imposta. A família e a equipe precisam observar sinais de desconforto, recusa, prazer, relaxamento ou sobrecarga.

6.7. Fitoterapia, Homeopatia e Práticas Tradicionais

Práticas como fitoterapia e homeopatia integram a PNPIC desde sua formulação inicial. No cuidado ao TEA, seu uso deve ser cuidadosamente avaliado, evitando promessas indevidas. Qualquer recurso que envolva substâncias, plantas, medicamentos ou preparados deve considerar segurança, interações medicamentosas, idade, comorbidades e acompanhamento profissional habilitado. O princípio ético é claro: não se deve substituir tratamentos necessários nem prometer cura do autismo.

7. INTEGRALIDADE, HUMANIZAÇÃO E CLÍNICA AMPLIADA

A integralidade é um dos conceitos mais relevantes para compreender a contribuição das PICS no SUS. Ela significa olhar para a pessoa como sujeito integral, situado em contexto familiar, social, cultural, territorial e afetivo. No TEA, a integralidade exige reconhecer que as necessidades não são apenas neurológicas ou comportamentais. Elas envolvem comunicação, escola, transporte, renda, lazer, alimentação, sono, saúde bucal, saúde mental, sexualidade, vida adulta, trabalho e participação comunitária.

A clínica ampliada propõe que o cuidado não seja limitado ao diagnóstico. O diagnóstico de TEA é importante para acesso a

direitos, planejamento terapêutico e compreensão das necessidades. Contudo, ele não define a pessoa inteira. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem ter necessidades completamente diferentes. A clínica ampliada pergunta: quem é essa pessoa? Como ela se comunica? O que lhe causa sofrimento? O que lhe dá prazer? Como vive sua família? Que barreiras enfrenta? Que apoios possui? Que projetos são possíveis?

As PICS dialogam com a clínica ampliada quando criam espaços de escuta, expressão, vínculo e cuidado não reduzidos ao sintoma. A musicoterapia, por exemplo, pode revelar preferências e formas de interação que não aparecem em consulta tradicional. A arteterapia pode expressar emoções que não cabem em questionários. A terapia comunitária pode revelar sofrimento familiar invisível. A yoga adaptada pode apoiar autorregulação. Essas práticas podem enriquecer o projeto terapêutico singular.

A humanização do cuidado também é central. Famílias de pessoas autistas frequentemente relatam experiências de julgamento, culpabilização ou desinformação nos serviços. Uma abordagem humanizada exige acolhimento, linguagem clara, escuta respeitosa, orientação concreta e vínculo longitudinal. As PICS, quando bem conduzidas, podem fortalecer essa dimensão humanizadora porque valorizam presença, tempo, relação e escuta.

8. LIMITES INSTITUCIONAIS E OPERACIONAIS DAS PICS NO SUS

Apesar de seu potencial, a implementação das PICS no SUS enfrenta limites importantes. O primeiro é a desigualdade territorial. Nem todos os municípios oferecem PICS de forma estruturada. A oferta pode depender da presença de profissionais interessados, de gestão

local sensível ao tema ou de projetos específicos. Isso produz desigualdade de acesso, contrariando o princípio da equidade.

O segundo limite é a formação profissional. A oferta qualificada de PICS exige profissionais capacitados, com compreensão do SUS, da saúde coletiva, da ética do cuidado e das especificidades do TEA. Não basta ter boa intenção. É necessário formação, supervisão, avaliação e articulação com a equipe multiprofissional.

O terceiro limite é o risco de práticas sem evidência ou com promessas indevidas. O campo das práticas integrativas pode ser vulnerável a discursos comerciais e terapias milagrosas. No caso do autismo, esse risco é especialmente grave, pois famílias em sofrimento podem ser seduzidas por promessas de cura. O SUS deve proteger usuários contra práticas enganosas, garantindo que as PICS sejam utilizadas de modo complementar, seguro e responsável.

O quarto limite é a fragilidade da articulação intersetorial. O cuidado ao TEA exige diálogo entre saúde, educação e assistência social. As PICS podem ser ofertadas na saúde, mas seus efeitos dependem de continuidade na escola, na família e na comunidade. Sem intersetorialidade, as práticas ficam isoladas.

O quinto limite é a insuficiência de avaliação. É necessário produzir evidências sobre efeitos, adesão, satisfação dos usuários, impacto familiar, redução de sofrimento, melhoria de vínculo e qualidade do cuidado. A avaliação não deve ser apenas biomédica, mas também psicossocial, qualitativa e participativa.

O sexto limite é o financiamento. A ampliação das PICS exige recursos para formação, contratação, espaços adequados, materiais,

supervisão e monitoramento. Sem financiamento, a política corre risco de permanecer apenas como diretriz formal.

9. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, AUTISMO E REDE INTERSETORIAL

A atenção psicossocial a pessoas com TEA deve ser organizada em rede. Nenhum serviço isolado é suficiente. A atenção básica pode acompanhar a família e coordenar o cuidado. Serviços especializados podem realizar avaliações e intervenções específicas. A escola deve garantir inclusão, adaptações e apoio pedagógico. A assistência social pode atuar em vulnerabilidades, benefícios, convivência e proteção. A cultura, o esporte e o lazer podem ampliar participação social.

As PICS podem circular por essa rede como tecnologias leves de cuidado. Tecnologias leves são aquelas baseadas em relação, vínculo, escuta, acolhimento e encontro. No TEA, essas tecnologias são tão importantes quanto recursos técnicos especializados, porque muitas barreiras enfrentadas por pessoas autistas decorrem de incompreensão relacional.

Uma rede de cuidado ao TEA com PICS poderia envolver: grupos de musicoterapia para crianças e adolescentes; oficinas de arteterapia com familiares; práticas corporais adaptadas; grupos de terapia comunitária para cuidadores; rodas de conversa sobre direitos; oficinas intersetoriais com escolas; formação permanente de profissionais; construção de projetos terapêuticos singulares; participação de usuários autistas na avaliação das práticas.

A participação de pessoas autistas é indispensável. Políticas sobre autismo não devem ser feitas apenas para autistas, mas também com autistas. Sempre que possível, adolescentes e adultos autistas

devem ser ouvidos sobre suas preferências, desconfortos, necessidades e avaliação dos serviços. A integralidade exige protagonismo do usuário.

10. DISCUSSÃO

A análise realizada permite compreender que as PICS podem ocupar lugar relevante na atenção a pessoas com TEA no SUS, desde que inseridas em uma lógica de cuidado integral, psicossocial e intersetorial. Seu valor principal não está em atuar diretamente sobre o diagnóstico, mas em ampliar possibilidades de cuidado, comunicação, vínculo, expressão, regulação e acolhimento.

O primeiro ponto de discussão é a necessidade de superar a oposição entre cuidado técnico e cuidado humanizado. Pessoas autistas necessitam de intervenções qualificadas, avaliação multiprofissional e suporte baseado em evidências. Mas também necessitam de escuta, vínculo, respeito sensorial, pertencimento, arte, corpo, expressão e comunidade. As PICS podem contribuir nessa segunda dimensão sem negar a primeira.

O segundo ponto é o papel da família. O cuidado familiar é indispensável, mas não pode ser naturalizado como obrigação ilimitada. O SUS precisa cuidar de quem cuida. Grupos de PICS podem apoiar familiares, mas devem estar acompanhados de políticas concretas: acesso a diagnóstico, terapias, escola inclusiva, assistência social, transporte, benefícios e orientação.

O terceiro ponto é a integralidade. No TEA, integralidade significa reconhecer a pessoa em sua totalidade. Isso inclui saúde física, saúde mental, comunicação, sensorialidade, alimentação, sono, autonomia, escola, trabalho, lazer e relações sociais. As PICS são

compatíveis com essa visão porque não reduzem o sujeito à doença ou ao sintoma.

O quarto ponto é a segurança. Nenhuma prática integrativa deve ser aplicada de forma indiscriminada. É preciso avaliar indicação, preferência, consentimento, desconfortos sensoriais, formação profissional e articulação com o projeto terapêutico. O respeito à pessoa autista é o critério central.

O quinto ponto é a produção de evidências. A ampliação das PICS no SUS precisa ser acompanhada de pesquisa. Estudos qualitativos podem analisar experiências familiares, vínculos e satisfação. Estudos quantitativos podem avaliar indicadores de ansiedade, qualidade de vida, adesão e uso de serviços. Estudos mistos podem integrar dados objetivos e narrativas. A produção de evidências deve evitar tanto o negacionismo quanto o entusiasmo acrítico.

O sexto ponto é a gestão pública. A PNPIC oferece base normativa, mas sua implementação depende dos municípios, estados e União. A gestão precisa planejar, financiar, capacitar, monitorar e avaliar. Sem isso, as PICS permanecem fragmentadas e dependentes de iniciativas individuais.

11. CONCLUSÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde representam uma possibilidade relevante de ampliação do cuidado no Sistema Único de Saúde, especialmente quando articuladas aos princípios da integralidade, da humanização, da equidade, da atenção psicossocial e da participação familiar. No cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista, essas práticas podem contribuir para a construção de estratégias mais sensíveis, acolhedoras e centradas

na pessoa, desde que sejam compreendidas como complementares e não substitutivas das demais ações de saúde, educação e assistência social.

O capítulo demonstrou que o TEA exige cuidado contínuo, singularizado e intersetorial. Pessoas autistas apresentam necessidades diversas, que podem mudar ao longo da vida, demandando políticas públicas capazes de reconhecer essa heterogeneidade. A família, por sua vez, ocupa lugar central na produção cotidiana do cuidado, mas precisa ser apoiada pelo Estado para que não seja sobrecarregada ou responsabilizada isoladamente por demandas complexas.

As PICS, especialmente práticas como musicoterapia, arteterapia, yoga, meditação, dança circular, biodança, terapia comunitária integrativa e práticas corporais adaptadas, podem favorecer expressão, vínculo, regulação emocional, acolhimento familiar, participação social e bem-estar. Essas contribuições são relevantes porque o cuidado ao TEA não deve ser limitado à normalização de comportamentos ou à redução de sintomas, mas deve promover autonomia, comunicação, qualidade de vida, pertencimento e dignidade.

Contudo, a ampliação das PICS no SUS enfrenta desafios importantes. Persistem desigualdades territoriais de acesso, fragilidades na formação profissional, baixa institucionalização em parte dos serviços, insuficiência de financiamento, riscos de promessas indevidas, carência de protocolos interdisciplinares e necessidade de maior produção científica. Esses limites não invalidam as PICS, mas indicam que sua implementação deve ser qualificada, monitorada e integrada à rede pública.

Conclui-se que as PICS podem constituir estratégia potente para a qualificação da atenção psicossocial às pessoas autistas quando orientadas por critérios éticos, técnicos e científicos. Para isso, é necessário fortalecer a PNPIC, investir em formação permanente, criar fluxos intersetoriais, envolver famílias, ouvir pessoas autistas, avaliar resultados e garantir que essas práticas sejam ofertadas com equidade no SUS.

A principal contribuição deste capítulo é afirmar que o cuidado integral ao TEA não se limita à soma de terapias. Ele exige uma rede sensível, inclusiva, humanizada e corresponsável. As Práticas Integrativas e Complementares podem enriquecer essa rede ao recolocar no centro do cuidado aquilo que muitas vezes se perde nos serviços fragmentados: o vínculo, a escuta, o corpo, a expressão, a família, o território e a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui novas práticas à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS para incluir novas práticas na PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde — PICS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANCET COMMISSION. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. **The Lancet**, London, v. 399, n. 10321, p. 271-334, 2022.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Autism**. Geneva: WHO, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: WHO, 2013.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Rosane Azevedo Neves da; GOMES, Romeu. Cuidado, família e saúde mental: desafios para a atenção psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 399-408, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism spectrum disorders: fact sheet**. Geneva: WHO, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022.

¹ Pedagoga e Psicopedagoga pelo Centro Internacional de Pesquisa Integralize. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Doutor em Psicologia pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestra pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Mestranda em Saúde da Família (RENASF/UFMA). Graduada em Enfermagem. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas. Graduado em Psicologia e em Enfermagem pelo Centro Universitário UNICHRISFAPI. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Especialista em Enfermagem na Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família). Graduado em Enfermagem pela Universidade Potiguar (UNP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Estácio. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Mestra em Ciências e Meio Ambiente e Neuropsicopedagoga Clínica pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)