

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS
EM SAÚDE E
NEURODIVERSIDADE:
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO
CENTRADO NA FAMÍLIA
PARA A PROMOÇÃO DO
BEM-ESTAR DE PESSOAS
COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA NO SUS**

**INTEGRATIVE HEALTH PRACTICES AND NEURODIVERSITY: FAMILY-
CENTERED CARE STRATEGIES TO PROMOTE THE WELL-BEING OF PEOPLE
WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH
SYSTEM**

Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

03/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782873091](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782873091)

Rosiane Barros Pereira¹

Jose Francisco de Sousa²

Maria Vandia Guedes Lima³

Maria Francidalba Capistrano da Fonseca⁴

Luciana Moreira da Silva⁵

Antônia Francieuda Pinheiro Cavalcante⁶

Francisca Pereira Paiva⁷

Afonsina Maria Correia Soares⁸

Laurenir Ramos Cebalho Ribeiro⁹

Delane Martins Viveiros¹⁰

Tatiana Elenice Cordeiro Soares¹¹

RESUMO

A ampliação das abordagens terapêuticas voltadas à neurodiversidade tem impulsionado o debate sobre o papel das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na qualificação do cuidado ofertado pelo Sistema Único de Saúde. O Transtorno do Espectro Autista (TEA), compreendido como condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diversidade nas formas de comunicação, interação social, processamento sensorial, comportamento, interesses e necessidades de apoio, exige modelos assistenciais interdisciplinares, longitudinalmente organizados e centrados na pessoa e na família. Este estudo analisa as contribuições das PICS para a promoção do bem-estar de pessoas com TEA, enfatizando a centralidade da família como agente ativo na construção de trajetórias terapêuticas mais humanizadas, integradas e sensíveis à singularidade de cada sujeito. A pesquisa adota abordagem qualitativa, exploratória e bibliográfica, fundamentada em literatura científica sobre neurodiversidade, saúde coletiva, cuidado centrado na família, PICS, musicoterapia, arteterapia, práticas corporais, saúde mental e políticas públicas do SUS. Discute-se como recursos como musicoterapia, arteterapia, meditação, práticas corporais, yoga adaptado, dança, relaxamento, terapia comunitária integrativa e estratégias expressivas podem favorecer comunicação, autorregulação emocional, participação social, vínculo familiar, redução de estresse parental e qualificação do cuidado cotidiano. Argumenta-se, contudo, que tais práticas devem ser compreendidas como complementares, integradas e eticamente indicadas, jamais como substitutas das intervenções clínicas, educacionais, comunicacionais e psicossociais baseadas em evidências. Os resultados apontam para a necessidade de modelos assistenciais que articulem cuidado integral, participação familiar, respeito à neurodiversidade, formação profissional, avaliação de

evidências e acesso equitativo. Conclui-se que as PICS podem contribuir para uma atenção mais inclusiva, interdisciplinar e humanizada no SUS quando incorporadas com prudência científica, responsabilidade ética e centralidade nos direitos das pessoas autistas.

Palavras-chave: práticas integrativas; transtorno do espectro autista; cuidado centrado na família; saúde coletiva; neurodiversidade; SUS; bem-estar.

ABSTRACT

The expansion of therapeutic approaches aimed at neurodiversity has stimulated debate on the role of Integrative and Complementary Health Practices in improving care within the Brazilian Unified Health System. Autism Spectrum Disorder (ASD), understood as a neurodevelopmental condition characterized by diversity in communication, social interaction, sensory processing, behavior, interests, and support needs, requires interdisciplinary, longitudinally organized, person-centered and family-centered care models. This study analyzes the contributions of integrative practices to the promotion of well-being among autistic people, emphasizing the central role of the family as an active agent in the construction of more humanized, integrated, and individualized therapeutic pathways. This is a qualitative, exploratory, and bibliographic study based on scientific literature on neurodiversity, public health, family-centered care, integrative health practices, music therapy, art therapy, body practices, mental health, and public policies in Brazil. The article discusses how resources such as music therapy, art therapy, meditation, adapted yoga, body practices, dance, relaxation, community therapy, and expressive strategies may support communication, emotional regulation, social participation, family bonding, reduction of parental stress, and qualification of daily care.

However, it argues that these practices must be understood as complementary, integrated, and ethically indicated, never as substitutes for evidence-based clinical, educational, communicational, and psychosocial interventions. The findings point to the need for care models that combine comprehensive care, family participation, respect for neurodiversity, professional training, evaluation of evidence, and equitable access. The article concludes that integrative practices can contribute to more inclusive, interdisciplinary, and humanized care in the Brazilian Unified Health System when incorporated with scientific prudence, ethical responsibility, and centrality in the rights of autistic people.

Keywords: integrative practices; autism spectrum disorder; family-centered care; public health; neurodiversity; Brazilian Unified Health System; well-being.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde dirigido às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem passado por importantes transformações conceituais, clínicas, políticas e sociais. Durante muito tempo, o autismo foi interpretado exclusivamente a partir de uma perspectiva deficitária, centrada na correção de comportamentos, na normalização de condutas e na adaptação unilateral do sujeito às expectativas sociais. Nas últimas décadas, entretanto, o debate sobre neurodiversidade ampliou a compreensão do autismo, reconhecendo a pluralidade de formas de percepção, comunicação, aprendizagem, interação, regulação emocional e experiência sensorial. Essa mudança não elimina a necessidade de cuidado, suporte e intervenção qualificada, mas desloca o foco de uma lógica de “correção” para uma lógica de direitos, inclusão, apoio, autonomia, participação social e qualidade de vida.

O TEA é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por manifestações heterogêneas, que podem envolver diferenças na comunicação social, nos padrões de interação, nos interesses, nos comportamentos repetitivos, na flexibilidade cognitiva e no processamento sensorial. A diversidade do espectro exige cuidado individualizado, pois duas pessoas autistas podem apresentar necessidades completamente distintas. Algumas necessitam de apoio intenso e contínuo nas atividades de vida diária; outras possuem autonomia significativa, mas enfrentam sofrimento relacionado a barreiras sociais, sobrecarga sensorial, ansiedade, exclusão escolar, incompreensão familiar e dificuldades de acesso a serviços adequados.

No Brasil, a Lei nº 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e estabelecendo diretrizes relacionadas à atenção integral, diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional, educação, inclusão social e proteção contra discriminação. A Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146/2015, fortaleceu esse campo ao consolidar o paradigma dos direitos, da acessibilidade e da participação social. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção às pessoas autistas deve ser organizada conforme princípios de universalidade, integralidade, equidade, cuidado em rede, humanização e participação da família.

A ampliação do debate sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS acrescenta uma dimensão relevante a essa discussão. As PICS foram institucionalizadas no Brasil por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada em 2006, e

posteriormente ampliadas por novas normativas. Essas práticas incluem abordagens terapêuticas diversas, como musicoterapia, arteterapia, meditação, yoga, dança circular, terapia comunitária integrativa, práticas corporais, entre outras, sempre orientadas pela promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado integral, escuta acolhedora e fortalecimento de vínculos.

No contexto do TEA, o interesse pelas PICS decorre da busca por formas de cuidado que contemplem dimensões emocionais, sensoriais, corporais, familiares, comunicacionais e relacionais. Muitas pessoas autistas apresentam diferenças sensoriais importantes, dificuldades de autorregulação, ansiedade, rigidez diante de mudanças, desafios comunicacionais e necessidade de ambientes previsíveis, acolhedores e respeitosos. As famílias, por sua vez, frequentemente enfrentam sobrecarga emocional, dificuldades de acesso a serviços, peregrinação diagnóstica, estresse parental, insegurança sobre condutas terapêuticas e falta de apoio social.

Nesse cenário, práticas como musicoterapia, arteterapia e práticas corporais podem contribuir como recursos complementares na promoção de bem-estar, comunicação, expressão, regulação emocional e fortalecimento dos vínculos familiares. A musicoterapia, por exemplo, pode favorecer interação, atenção compartilhada, expressão não verbal e organização emocional. A arteterapia pode ampliar possibilidades expressivas para pessoas que apresentam dificuldades de comunicação verbal. Práticas corporais adaptadas podem contribuir para consciência corporal, relaxamento, coordenação, redução de tensão e participação social.

Entretanto, é fundamental delimitar com rigor o lugar das PICS no cuidado ao TEA. Tais práticas não devem ser apresentadas como

cura, solução isolada ou substituição das intervenções clínicas, educacionais, fonoaudiológicas, terapêuticas ocupacionais, psicológicas, pedagógicas e psicossociais baseadas em evidências. O cuidado às pessoas autistas deve ser interdisciplinar, singularizado e orientado por objetivos funcionais, comunicacionais, sociais, emocionais e familiares. As PICS podem integrar esse cuidado quando indicadas de forma responsável, avaliadas quanto à segurança, adequadas às preferências da pessoa autista e articuladas à rede de atenção.

Diante disso, este artigo parte do seguinte problema de pesquisa: **de que modo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde podem contribuir para a promoção do bem-estar de pessoas com TEA no SUS, considerando a centralidade da família, o respeito à neurodiversidade e a necessidade de cuidado integral baseado em evidências?**

O objetivo geral é analisar as contribuições das PICS para a promoção do bem-estar de pessoas com TEA no contexto do SUS, com ênfase em estratégias de cuidado centrado na família. Como objetivos específicos, busca-se: discutir o conceito de neurodiversidade e sua relação com o cuidado em saúde; compreender o papel da família nas trajetórias terapêuticas; analisar possibilidades de uso da musicoterapia, arteterapia e práticas corporais; examinar desafios de acesso, formação profissional e produção de evidências; e propor diretrizes para incorporação ética e interdisciplinar das PICS no cuidado às pessoas autistas.

Defende-se como tese central que as PICS podem qualificar o cuidado ofertado a pessoas com TEA quando integradas a modelos assistenciais humanizados, centrados na família, sensíveis à

singularidade sensorial e comunicacional dos sujeitos e articulados à rede de atenção do SUS. Contudo, sua legitimidade clínica e política depende de prudência científica, avaliação contínua, formação profissional adequada e compromisso com os direitos das pessoas autistas.

2. METODOLOGIA

Este estudo adota abordagem qualitativa, de caráter exploratório e bibliográfico. A escolha por esse delineamento justifica-se porque o tema envolve dimensões conceituais, clínicas, políticas, familiares e éticas que não podem ser reduzidas a uma análise meramente quantitativa. O objetivo é discutir criticamente a articulação entre PICS, neurodiversidade, cuidado centrado na família e atenção às pessoas com TEA no SUS, a partir de literatura científica e documentos institucionais.

A pesquisa foi estruturada como revisão narrativa integrativa. Esse tipo de revisão permite reunir contribuições de diferentes campos do conhecimento, como saúde coletiva, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação especial, musicoterapia, arteterapia, políticas públicas, estudos da deficiência e neurodiversidade. A revisão narrativa integrativa mostra-se adequada porque o campo das PICS aplicadas ao TEA ainda apresenta heterogeneidade metodológica, diversidade de práticas e níveis distintos de evidência.

A pergunta norteadora foi: **quais contribuições, limites e desafios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para o cuidado centrado na família e promoção do bem-estar de pessoas com TEA no SUS?**

Foram considerados como eixos de análise: neurodiversidade; direitos das pessoas autistas; cuidado integral; cuidado centrado na família; PICS no SUS; musicoterapia; arteterapia; práticas corporais; regulação emocional; comunicação; vínculo; saúde mental familiar; humanização; produção de evidências; formação profissional; e organização da rede de cuidado.

Entre os autores e documentos utilizados, destacam-se Kapp et al. (2013), Silberman (2015), Singer (1999), Oliver (1990), Lord et al. (2020), American Psychiatric Association (2022), Bronfenbrenner (1996), Dunst, Trivette e Deal (1988), Rosenbaum, King e colaboradores sobre cuidado centrado na família, Rogers e Dawson (2010), Green et al. (2010), Geretsegger et al. (2022), Bieleninik et al. (2017), Wigram, Gold e Elefant, Malchiodi (2012), Case e Dalley (2014), Bruscia (2016), além de documentos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da legislação brasileira sobre TEA, SUS, deficiência e PICS.

Foram incluídas publicações que abordassem TEA, neurodiversidade, família, saúde mental, PICS, musicoterapia, arteterapia, práticas corporais, cuidado integral e políticas públicas de saúde. Foram excluídos materiais sem autoria identificável, textos com promessas de cura, conteúdos comerciais, abordagens sem relação com saúde pública e publicações que defendessem substituição de cuidado clínico por práticas sem evidência.

A análise foi organizada em categorias temáticas: fundamentos da neurodiversidade; organização do cuidado no SUS; centralidade da família; PICS como estratégia complementar; musicoterapia e comunicação; arteterapia e expressão; práticas corporais e

regulação; desafios de evidência; formação profissional; equidade de acesso; e diretrizes para implementação.

Por se tratar de estudo bibliográfico, não houve coleta direta de dados com participantes. Ainda assim, o artigo adota princípios éticos de respeito à dignidade das pessoas autistas, valorização de sua autonomia, combate ao capacitismo, reconhecimento da família como parceira do cuidado e defesa de práticas terapêuticas seguras, não coercitivas e baseadas em evidências.

3. NEURODIVERSIDADE, TEA E DIREITOS NO CUIDADO EM SAÚDE

O conceito de neurodiversidade propõe reconhecer que diferenças neurológicas fazem parte da variação humana. Originado em debates de movimentos autistas e estudos críticos da deficiência, o termo desloca o olhar do déficit isolado para uma compreensão mais ampla das diferenças cognitivas, sensoriais, comunicacionais e comportamentais. Singer (1999) e Kapp et al. (2013) contribuíram para essa formulação ao defender que o autismo não deve ser interpretado apenas como patologia a ser eliminada, mas como forma de existência humana que pode envolver desafios, necessidades de apoio e também modos próprios de percepção e relação com o mundo.

Esse paradigma não nega sofrimento, deficiência ou necessidade de suporte. Ao contrário, permite diferenciar a condição autista das barreiras sociais que agravam limitações. Uma pessoa autista pode necessitar de apoio em comunicação, rotina, alimentação, sono, aprendizagem, autocuidado ou regulação sensorial, mas parte significativa de seu sofrimento pode decorrer de ambientes inflexíveis, estigmatização, bullying, falta de acessibilidade, excesso

de ruídos, demandas sociais pouco claras e práticas terapêuticas normalizadoras. A neurodiversidade convida o cuidado em saúde a perguntar não apenas “como modificar a pessoa?”, mas também “como adaptar o ambiente, reduzir barreiras e fortalecer autonomia?”.

O modelo social da deficiência, discutido por Oliver (1990), ajuda a compreender essa mudança. A deficiência não está apenas no corpo ou na mente do indivíduo, mas também na interação com barreiras físicas, comunicacionais, atitudinais e institucionais. No caso do TEA, barreiras podem incluir falta de profissionais capacitados, ambientes sensorialmente hostis, consultas longas e imprevisíveis, comunicação verbal excessiva, ausência de recursos visuais, julgamento moral da família, filas desorganizadas e práticas que desconsideram preferências sensoriais da pessoa autista.

A legislação brasileira reforça a perspectiva de direitos. A Lei nº 12.764/2012 institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, estabelecendo diretrizes como atenção integral, diagnóstico precoce, atendimento multiprofissional e acesso à educação e à inclusão social. A Lei Brasileira de Inclusão consolida o direito à acessibilidade, participação social, igualdade de oportunidades e combate à discriminação. Esses marcos legais indicam que o cuidado no SUS deve ser organizado com base em direitos e não em caridade, tutela ou improviso.

No campo clínico, o TEA exige avaliação interdisciplinar e plano terapêutico singular. A heterogeneidade do espectro impede protocolos rígidos. Há pessoas autistas com linguagem verbal fluente e grande sofrimento por ansiedade social; há pessoas não falantes com comunicação alternativa; há crianças com

hipersensibilidade auditiva intensa; há adolescentes com dificuldades de autonomia; há adultos diagnosticados tardiamente que enfrentam exaustão por mascaramento social; há famílias em situação de vulnerabilidade que necessitam de apoio contínuo.

Lord et al. (2020) destacam que o autismo envolve grande diversidade de manifestações e trajetórias de desenvolvimento, exigindo avaliação e intervenções individualizadas ao longo do curso de vida. O cuidado precisa considerar comunicação, cognição, comportamento adaptativo, saúde mental, sono, alimentação, sensorialidade, comorbidades, escola, família e comunidade. Essa complexidade reforça a importância de um modelo integral.

As PICS podem dialogar com esse paradigma quando respeitam a singularidade do sujeito e não buscam apagar diferenças autistas. Musicoterapia, arteterapia e práticas corporais podem ser recursos para ampliar expressão, conforto, vínculo, regulação e participação, desde que não sejam usadas para impor padrões neurotípicos de comportamento. O objetivo não deve ser “normalizar” a pessoa autista, mas apoiar seu bem-estar, sua comunicação possível, sua autonomia e sua participação social.

A neurodiversidade também exige escuta das próprias pessoas autistas. Em muitas políticas e pesquisas, famílias e profissionais falam sobre autismo, mas pessoas autistas são pouco ouvidas. O cuidado centrado na família não deve excluir a pessoa autista do centro do processo. Sempre que possível, suas preferências, recusas, desconfortos e interesses devem orientar o plano terapêutico. No caso de pessoas com comunicação não verbal, é necessário ampliar formas de escuta por meio de comunicação alternativa, observação sensível, leitura de sinais corporais e participação da família.

Portanto, discutir PICS e TEA no SUS exige articular três dimensões: direitos, evidências e singularidade. Direitos impedem práticas excludentes ou discriminatórias. Evidências evitam promessas infundadas. Singularidade impede protocolos desumanizadores. A integração dessas dimensões pode fortalecer um cuidado mais ético e inclusivo.

4. O SUS, A INTEGRALIDADE E AS PICS COMO POLÍTICA PÚBLICA

O Sistema Único de Saúde é orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade afirma que todos têm direito ao cuidado em saúde. A integralidade exige compreender a pessoa em suas múltiplas necessidades, superando ações fragmentadas. A equidade reconhece que grupos em maior vulnerabilidade precisam de respostas proporcionais às suas necessidades. No cuidado às pessoas autistas, esses princípios são fundamentais.

A integralidade no TEA significa que o cuidado não pode ser reduzido ao diagnóstico ou à terapia isolada. Envolve acolhimento, avaliação interdisciplinar, apoio à família, cuidado longitudinal, articulação com escola, acompanhamento de comorbidades, saúde mental, acesso a direitos, orientação sobre comunicação, suporte social e inclusão comunitária. Também exige que a rede reconheça diferentes fases da vida: infância, adolescência, juventude, vida adulta e envelhecimento.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foram institucionalizadas no SUS como parte de uma política voltada à ampliação das ofertas de cuidado, à promoção da saúde, à escuta acolhedora, ao fortalecimento do vínculo terapêutico e à valorização

de abordagens que consideram dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais. A PNPIC, aprovada em 2006, abriu espaço para práticas como medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Posteriormente, novas portarias ampliaram o conjunto de práticas reconhecidas, incluindo arteterapia, musicoterapia, meditação, yoga, dança circular, terapia comunitária integrativa e outras.

A incorporação das PICS ao SUS deve ser analisada com equilíbrio. Por um lado, essas práticas podem ampliar recursos de cuidado, especialmente na promoção do bem-estar, na escuta, na redução de estresse, no fortalecimento de vínculos e na participação comunitária. Por outro lado, sua adoção deve respeitar critérios de segurança, formação profissional, indicação ética e avaliação de evidências. No campo do TEA, esse cuidado é ainda mais importante, pois famílias frequentemente estão vulneráveis a promessas de cura, tratamentos milagrosos e abordagens sem base científica.

A PNPIC deve ser compreendida como política complementar, e não substitutiva. As PICS não devem ocupar o lugar de intervenções reconhecidas no desenvolvimento, na comunicação, na educação, na terapia ocupacional, na fonoaudiologia, na psicologia, na saúde mental, na pediatria, na neurologia, na psiquiatria, na assistência social e na escola. Devem, quando indicadas, somar-se a um plano terapêutico singular, com objetivos claros e acompanhamento.

No SUS, as PICS podem ser ofertadas em diferentes pontos da rede, especialmente na Atenção Primária à Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, nos serviços de reabilitação, nos ambulatórios

especializados e em espaços comunitários. Para pessoas autistas e suas famílias, tais práticas podem contribuir quando organizadas em ambientes previsíveis, acessíveis, sensorialmente adequados e conduzidos por profissionais capacitados.

A integralidade também exige articulação entre saúde, educação e assistência social. O cuidado à pessoa autista não pode ser responsabilidade exclusiva da família nem de um único serviço. A escola precisa dialogar com a saúde; a assistência social pode apoiar acesso a benefícios e proteção social; a saúde mental pode acompanhar ansiedade, irritabilidade, sofrimento familiar e crises; a atenção primária deve acompanhar vacinação, alimentação, sono, crescimento, comorbidades e saúde geral. As PICS podem funcionar como uma das portas de vínculo com a família, mas precisam estar conectadas à rede.

Portanto, discutir PICS no SUS para pessoas com TEA é discutir política pública de cuidado integral. O desafio é evitar tanto a rejeição automática quanto a aceitação acrítica. O caminho mais adequado é a incorporação responsável, com base em evidências, formação, avaliação, participação familiar e respeito à singularidade.

5. CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA E TRAJETÓRIAS TERAPÊUTICAS NO TEA

O cuidado centrado na família é uma abordagem que reconhece a família como unidade fundamental no processo terapêutico, especialmente em condições crônicas, deficiências e transtornos do neurodesenvolvimento. No TEA, a família costuma ser responsável por identificar sinais iniciais, buscar diagnóstico, organizar terapias, dialogar com escola, acompanhar crises, adaptar rotinas, mediar

comunicação, garantir direitos e oferecer suporte emocional. Ignorar a família significa fragilizar o cuidado.

Dunst, Trivette e Deal (1988) contribuíram para a formulação de modelos de apoio familiar baseados em fortalecimento de competências, recursos e redes de suporte. Rosenbaum, King e colaboradores, no campo da reabilitação pediátrica, defenderam a importância do cuidado centrado na família como prática que respeita valores familiares, compartilha decisões, fortalece autonomia dos cuidadores e reconhece o cotidiano como espaço terapêutico. Essa perspectiva é particularmente relevante no TEA porque grande parte das aprendizagens e regulações ocorre fora do consultório, no ambiente familiar e comunitário.

O cuidado centrado na família não significa transferir responsabilidades para os cuidadores de forma acrítica. Muitas famílias já vivem sobrecarga intensa. Mães, em especial, costumam assumir grande parte do cuidado, enfrentando abandono profissional, redução de renda, julgamento social, conflitos conjugais, ansiedade, privação de sono e isolamento. Um modelo realmente centrado na família deve apoiar cuidadores, e não apenas exigir deles participação. Isso inclui escuta, orientação, suporte emocional, acolhimento, descanso, acesso a serviços e respeito à realidade socioeconômica.

A família é também mediadora da singularidade. Profissionais podem conhecer técnicas, mas familiares conhecem a história, as preferências, as sensibilidades e os sinais cotidianos da pessoa autista. Sabem quais sons incomodam, quais objetos acalmam, quais mudanças geram crise, quais alimentos são aceitos, quais formas de comunicação funcionam melhor, quais ambientes

favorecem participação. A integração desses saberes melhora o plano terapêutico.

No contexto das PICS, a participação familiar é decisiva. Práticas como musicoterapia, arteterapia e práticas corporais podem envolver familiares, fortalecendo vínculos e criando experiências compartilhadas de prazer, comunicação e regulação. Uma sessão de musicoterapia pode ajudar pais a perceberem formas não verbais de comunicação; uma atividade de arteterapia pode abrir espaço para expressão emocional; uma prática corporal adaptada pode ensinar estratégias de respiração, relaxamento e organização sensorial para uso no cotidiano.

Entretanto, é necessário cuidado para que a família não seja transformada em “terapeuta permanente” de forma exaustiva. A orientação domiciliar deve ser simples, realista e adaptada. Pequenas práticas de rotina, como músicas previsíveis para transições, atividades expressivas breves, brincadeiras corporais seguras, pausas sensoriais e momentos de relaxamento compartilhado, podem ser mais úteis do que protocolos complexos e inalcançáveis.

O cuidado centrado na família também exige escuta da pessoa autista. A família participa, mas não substitui o sujeito. Mesmo crianças pequenas ou pessoas não falantes expressam preferências, recusas e desconfortos por meio de comportamento, corpo, olhar, aproximação, afastamento, vocalizações e sinais. Práticas integrativas devem respeitar esses sinais. Se uma atividade musical, sensorial ou corporal gera sofrimento, ela deve ser adaptada ou suspensa. O bem-estar da pessoa autista é critério central.

Outro elemento importante é a construção compartilhada de objetivos. PICS não devem ser oferecidas de forma genérica. É necessário perguntar: qual objetivo clínico ou de bem-estar se busca? Melhorar tolerância a transições? Reduzir estresse familiar? Ampliar comunicação não verbal? Favorecer participação social? Criar rotina de relaxamento? Fortalecer vínculo entre cuidador e criança? A clareza dos objetivos permite avaliar resultados.

Assim, o cuidado centrado na família é ponte entre política pública, clínica e cotidiano. Ele transforma a família em parceira, mas também em destinatária de cuidado. No TEA, essa abordagem é indispensável para que as práticas integrativas não sejam atividades isoladas, mas componentes de uma trajetória terapêutica coerente e humanizada.

6. MUSICOTERAPIA, COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO EMOCIONAL NO TEA

A musicoterapia é uma prática terapêutica que utiliza elementos musicais, como ritmo, melodia, harmonia, improvisação, canto, escuta, composição e movimento, para favorecer comunicação, expressão emocional, interação, regulação e desenvolvimento de habilidades. No contexto do TEA, sua relevância decorre do fato de que muitas pessoas autistas respondem de forma intensa e singular a estímulos sonoros, padrões rítmicos, previsibilidade musical e experiências não verbais.

A música pode funcionar como meio de comunicação quando a linguagem verbal é limitada, instável ou fonte de esforço. Improvisações musicais, turnos rítmicos, vocalizações, jogos sonoros e canções estruturadas podem favorecer atenção compartilhada,

imitação, antecipação, reciprocidade e expressão emocional. Bruscia (2016) compreende a musicoterapia como processo relacional mediado pela experiência musical, no qual a música não é mero entretenimento, mas campo de interação terapêutica.

Geretsegger et al. (2022), em revisão Cochrane, indicam que a musicoterapia pode produzir benefícios em áreas como melhora global, qualidade de vida e sintomas relacionados ao autismo ao final da intervenção, embora a certeza da evidência varie de muito baixa a moderada. Bieleninik et al. (2017), no estudo TIME-A, avaliaram musicoterapia improvisacional em crianças com TEA e encontraram resultados que exigem interpretação cuidadosa, mostrando que o campo ainda demanda pesquisas robustas, padronização de desfechos e análise de subgrupos.

A musicoterapia deve ser conduzida por profissional qualificado, com formação específica. Não se trata simplesmente de “colocar música” para a criança ouvir. O terapeuta observa respostas, regula intensidade, ajusta ritmo, cria turnos de interação, acompanha expressões corporais, respeita limites sensoriais e constrói experiências musicais adaptadas. A pessoa autista participa ativamente, escolhendo, respondendo, explorando sons ou recusando estímulos.

No cuidado centrado na família, a musicoterapia pode ajudar familiares a reconhecerem formas alternativas de comunicação. Muitos pais procuram respostas verbais, mas podem não perceber microinterações sonoras, corporais ou rítmicas. Quando um filho responde a uma pausa musical, repete um som, aproxima-se de um instrumento, regula-se com determinada canção ou compartilha atenção por meio de ritmo, há comunicação em curso. Essa

percepção pode modificar o olhar da família, reduzindo frustração e ampliando possibilidades de vínculo.

A música também pode auxiliar na organização de rotinas. Canções específicas para banho, alimentação, sono, escola ou transições podem criar previsibilidade, reduzindo ansiedade. Para algumas pessoas autistas, a estrutura temporal da música ajuda a antecipar início, meio e fim de uma atividade. Entretanto, isso deve ser individualizado, pois algumas pessoas apresentam hipersensibilidade auditiva e podem sofrer com determinados sons.

A dimensão emocional é igualmente relevante. A música permite expressar intensidades afetivas sem exigir verbalização direta. Pessoas autistas que têm dificuldade de nomear emoções podem encontrar na música uma via de expressão e regulação. Ritmos mais lentos, pausas, repetição e previsibilidade podem favorecer relaxamento; ritmos mais ativos podem canalizar energia e promover engajamento. O terapeuta ajusta a experiência conforme a necessidade.

No SUS, a musicoterapia pode ser incorporada como recurso complementar em serviços de reabilitação, saúde mental, atenção primária, grupos familiares e espaços comunitários, desde que haja profissional capacitado e planejamento. Sua oferta deve respeitar acessibilidade sensorial, ambiente adequado, objetivos claros e integração com o plano terapêutico singular.

É importante reafirmar que musicoterapia não cura autismo nem substitui fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, educação especial ou acompanhamento médico quando indicados. Seu valor está na ampliação de caminhos de comunicação, bem-estar, vínculo

e participação. Quando utilizada com ética e evidência, pode enriquecer o cuidado.

7. ARTETERAPIA, EXPRESSÃO SIMBÓLICA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

A arteterapia utiliza processos criativos, materiais expressivos e experiências simbólicas para favorecer comunicação, elaboração emocional, desenvolvimento de habilidades, vínculo e autonomia. No contexto do TEA, a arteterapia pode ser especialmente relevante para pessoas que apresentam dificuldades de comunicação verbal, rigidez expressiva, ansiedade, seletividade sensorial ou necessidade de modos alternativos de expressão.

A arte oferece uma linguagem não exclusivamente verbal. Desenho, pintura, colagem, modelagem, fotografia, construção de objetos e exploração de texturas podem permitir que a pessoa expresse preferências, emoções, interesses e narrativas sem depender apenas da fala. Malchiodi (2012) destaca que terapias expressivas podem contribuir para comunicação e regulação emocional quando conduzidas por profissionais qualificados e sensíveis às necessidades do sujeito.

Para pessoas autistas, a arteterapia deve respeitar interesses restritos, ritmos próprios, sensibilidades táteis, necessidade de previsibilidade e possíveis dificuldades com instruções abertas. Alguns indivíduos podem gostar de materiais visuais, cores e formas; outros podem rejeitar tinta, cola, argila ou texturas específicas. A prática deve partir da pessoa, não de um ideal padronizado de expressão artística. O objetivo não é produzir uma obra

esteticamente avaliada, mas criar uma experiência de expressão, relação e sentido.

A arteterapia também pode favorecer flexibilidade cognitiva de forma cuidadosa. Atividades criativas podem introduzir pequenas variações em temas de interesse, estimular escolhas, ampliar repertório simbólico e desenvolver tolerância a mudanças. Contudo, isso deve ocorrer sem forçar desconforto excessivo. A expansão de repertório deve respeitar segurança emocional.

No cuidado familiar, atividades expressivas podem aproximar pais, irmãos e pessoa autista em experiências compartilhadas. Muitas famílias convivem com rotinas centradas em terapias, escola, crises e demandas práticas. A arte pode criar momentos de prazer, colaboração e encontro. Um familiar que pinta junto, constrói objetos, observa escolhas de cores ou participa de uma colagem pode descobrir modos de presença menos diretivos e mais sensíveis.

A arteterapia também pode beneficiar cuidadores. Pais e mães de pessoas autistas frequentemente vivenciam estresse, culpa, luto simbólico, ansiedade e exaustão. Oficinas de arteterapia para familiares podem oferecer espaço de expressão emocional, apoio mútuo e elaboração de experiências. A família não é apenas instrumento de cuidado; também precisa ser cuidada.

A produção científica sobre arteterapia e TEA ainda é menos robusta do que em outras áreas, apresentando estudos com amostras pequenas, desenhos heterogêneos e diversidade de protocolos. Revisões recentes apontam potencial promissor, mas reforçam a necessidade de pesquisas mais consistentes. Portanto, a indicação

da arteterapia deve ser prudente, baseada em objetivos de bem-estar, expressão, vínculo e participação, sem promessas exageradas.

No SUS, a arteterapia pode ser ofertada em grupos, oficinas, atendimentos individuais, CAPS, serviços de reabilitação, unidades básicas, escolas em articulação intersetorial e projetos comunitários. Seu potencial é maior quando integrada a outras ações, como orientação familiar, cuidado em saúde mental, terapia ocupacional, fonoaudiologia e educação inclusiva.

A arteterapia, em perspectiva neurodiversidade-afirmativa, não busca corrigir a forma autista de ser. Busca ampliar meios de expressão, reduzir sofrimento, favorecer participação e criar espaços de reconhecimento. Quando respeita singularidades sensoriais e comunicacionais, pode tornar-se ferramenta importante de cuidado humanizado.

8. PRÁTICAS CORPORAIS, REGULAÇÃO SENSORIAL E BEM-ESTAR

As práticas corporais constituem campo relevante das PICS e da promoção da saúde. No cuidado a pessoas com TEA, atividades como yoga adaptado, dança, alongamento, respiração, relaxamento, práticas de consciência corporal, brincadeiras motoras, atividades rítmicas, caminhadas orientadas e exercícios lúdicos podem contribuir para regulação sensorial, organização corporal, redução de tensão, melhora do sono, participação social e bem-estar.

Muitas pessoas autistas apresentam diferenças no processamento sensorial. Podem ser hipersensíveis a sons, luzes, texturas, cheiros ou contato físico; ou hipossensíveis, buscando estímulos intensos, pressão, movimento ou repetição. Essas diferenças influenciam comportamento, atenção, alimentação, sono, interação e tolerância a

ambientes. Práticas corporais adaptadas podem auxiliar na autorregulação quando respeitam o perfil sensorial da pessoa.

A terapia ocupacional possui papel fundamental na avaliação sensorial, mas práticas corporais complementares podem apoiar o cotidiano quando integradas ao plano terapêutico. Respiração guiada, movimentos repetitivos organizados, posturas simples, atividades rítmicas e relaxamento podem ser úteis para algumas pessoas. Para outras, podem ser desagradáveis ou ineficazes. Por isso, não há protocolo universal.

O yoga adaptado tem sido investigado como prática capaz de favorecer consciência corporal, respiração, equilíbrio, flexibilidade e atenção. Em pessoas autistas, sua aplicação deve evitar exigências abstratas e instruções longas. Recursos visuais, rotinas previsíveis, posturas simples, ambiente silencioso e participação familiar podem favorecer adesão. O objetivo não é desempenho, mas bem-estar.

A dança e o movimento expressivo podem favorecer ritmo, imitação, coordenação, interação social e expressão emocional. Atividades corporais em grupo também podem promover pertencimento, desde que respeitem limites sensoriais e não imponham contato físico indesejado. Para algumas pessoas autistas, o movimento é via privilegiada de expressão.

Práticas de relaxamento e respiração podem ajudar famílias a construir rotinas de regulação. Em momentos de crise ou sobrecarga, exigir verbalização pode ser inadequado. Estratégias corporais simples, como pressão profunda quando aceita, respiração ritmada, ambiente reduzido em estímulos, música previsível ou movimentos repetitivos reguladores, podem ser mais efetivas.

Contudo, devem ser orientadas por profissionais e ajustadas à pessoa.

As práticas corporais também podem beneficiar cuidadores. Famílias de pessoas autistas frequentemente vivenciam estresse crônico. Grupos de relaxamento, yoga, meditação, práticas comunitárias e atividades corporais podem reduzir sobrecarga, favorecer rede de apoio e melhorar saúde mental dos cuidadores. Cuidar da família é parte do cuidado à pessoa autista.

A atividade física estruturada também apresenta evidências de benefícios para crianças e adolescentes autistas em domínios como habilidades motoras, comportamento, aptidão física e participação. No entanto, é necessário distinguir práticas corporais de PICS, exercícios físicos, fisioterapia, psicomotricidade e educação física adaptada. Esses campos podem dialogar, mas possuem formações e objetivos específicos.

No SUS, práticas corporais para pessoas autistas devem ser acessíveis, seguras, previsíveis, não coercitivas e conduzidas por profissionais capacitados. A adaptação sensorial do ambiente é indispensável. Luz, ruído, número de participantes, tempo da atividade, instruções e possibilidade de pausa devem ser planejados.

9. TERAPIA COMUNITÁRIA, GRUPOS DE FAMÍLIA E APOIO PSICOSSOCIAL

A terapia comunitária integrativa e os grupos de apoio familiar podem desempenhar papel relevante no cuidado às famílias de pessoas com TEA. A experiência do autismo, sobretudo em contextos de diagnóstico recente ou alta demanda de suporte, pode gerar isolamento social, conflitos familiares, sobrecarga emocional e

sentimentos de incompetência parental. Muitas famílias relatam peregrinação por serviços, dificuldades de acesso a terapias, incompreensão social e ausência de rede de apoio.

A terapia comunitária integrativa, desenvolvida no Brasil por Adalberto Barreto, propõe espaços de escuta, partilha e fortalecimento comunitário. No contexto do TEA, grupos de famílias podem permitir troca de experiências, acolhimento de sofrimento, circulação de estratégias práticas, redução de culpa e construção de pertencimento. O cuidado deixa de ser experiência solitária e passa a ser compartilhado.

Esses grupos também podem funcionar como espaços de educação em saúde. Famílias podem receber informações sobre direitos, fluxos do SUS, escola inclusiva, comunicação alternativa, manejo de rotina, seletividade alimentar, sono, crises, benefícios assistenciais e autocuidado. A informação reduz insegurança e fortalece autonomia.

Entretanto, grupos familiares precisam evitar discursos culpabilizantes ou prescritivos. Cada família possui contexto social, cultural e econômico distinto. Orientações que funcionam para uma família podem ser inviáveis para outra. Profissionais devem escutar antes de orientar, reconhecendo limites reais de tempo, renda, transporte, escolaridade, rede de apoio e saúde mental.

O apoio psicossocial às famílias também deve reconhecer desigualdades de gênero. Mães frequentemente assumem maior carga de cuidado, sendo julgadas por comportamentos dos filhos, pressionadas por resultados terapêuticos e responsabilizadas pela

organização da rotina. Políticas públicas devem oferecer suporte concreto, e não apenas exigir participação familiar.

Grupos de irmãos também podem ser necessários. Irmãos de pessoas autistas podem vivenciar amor, cuidado, ciúme, sobrecarga, invisibilidade e responsabilidade precoce. Espaços de escuta para irmãos ajudam a fortalecer vínculos familiares e prevenir sofrimento.

A dimensão comunitária é essencial porque a inclusão da pessoa autista não ocorre apenas em serviços especializados. Ela depende de vizinhos, escolas, igrejas, espaços culturais, praças, transporte, unidades de saúde e relações cotidianas. As PICS, quando ofertadas em grupos e territórios, podem contribuir para reduzir estigma e ampliar convivência.

A terapia comunitária e os grupos de apoio não substituem psicoterapia, psiquiatria, assistência social ou atendimento especializado quando necessários. Mas podem atuar como rede de suporte, prevenção de isolamento e promoção de pertencimento.

10. PICS, EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E RESPONSABILIDADE ÉTICA

A incorporação das PICS no cuidado a pessoas com TEA exige responsabilidade ética e prudência científica. O campo do autismo é historicamente marcado por promessas terapêuticas exageradas, tratamentos sem evidência, intervenções caras, discursos de cura e culpabilização familiar. Por isso, qualquer proposta deve ser avaliada com rigor, segurança e transparência.

A primeira exigência ética é não prometer cura. O TEA não deve ser tratado como doença a ser eliminada, mas como condição do neurodesenvolvimento que pode envolver necessidades de apoio. O

objetivo do cuidado é promover bem-estar, comunicação, autonomia, participação, saúde mental, inclusão e qualidade de vida. Práticas que prometem “reverter autismo” ou “normalizar” a pessoa autista devem ser vistas com cautela crítica.

A segunda exigência é não substituir intervenções necessárias. Uma criança que precisa de comunicação alternativa, fonoaudiologia, terapia ocupacional, apoio escolar, atendimento médico ou cuidado em saúde mental não deve ter essas necessidades substituídas por práticas integrativas. As PICS podem complementar, mas não ocupar indevidamente o lugar de intervenções essenciais.

A terceira exigência é avaliar segurança. Algumas práticas podem ser inofensivas em geral, mas inadequadas para determinadas pessoas. Sons intensos podem desregular pessoas com hipersensibilidade auditiva; materiais artísticos podem gerar aversão tátil; práticas corporais podem ser desconfortáveis; grupos numerosos podem produzir sobrecarga sensorial. Segurança envolve considerar corpo, sensorialidade, comunicação e consentimento.

A quarta exigência é respeitar assentimento e recusa. Mesmo quando familiares desejam uma prática, a pessoa autista deve ser observada e respeitada. Choro, fuga, agressividade, congelamento, recusa corporal ou aumento de estereotípias podem sinalizar desconforto. O cuidado ético exige adaptar ou interromper a atividade quando ela gera sofrimento.

A quinta exigência é produzir e utilizar evidências. A musicoterapia possui revisões sistemáticas e ensaios clínicos, embora com heterogeneidade e diferentes níveis de certeza. A arteterapia

apresenta campo promissor, mas ainda demanda estudos robustos. Práticas corporais têm evidências relacionadas à atividade física, comportamento e regulação, mas precisam de protocolos adaptados e avaliação. A gestão pública deve estimular pesquisa, monitoramento e avaliação de resultados.

A sexta exigência é transparência com as famílias. Profissionais devem explicar quais benefícios são esperados, quais limites existem, qual evidência sustenta a prática, quais riscos podem ocorrer e como será avaliada a evolução. A família não deve ser induzida por promessas emocionais.

A sétima exigência é formação profissional. PICS devem ser conduzidas por profissionais qualificados. Musicoterapia exige musicoterapeuta; arteterapia exige formação específica; práticas corporais exigem conhecimento de corpo, segurança e adaptação. A boa intenção não substitui competência.

A oitava exigência é articulação com a rede. Uma prática integrativa isolada pode produzir experiências positivas, mas seu impacto é maior quando integrada a projeto terapêutico singular, equipe interdisciplinar e acompanhamento longitudinal.

Portanto, a defesa das PICS no TEA deve ser crítica e ética. Seu valor está na ampliação do cuidado, não na substituição da ciência. A humanização e a evidência não são opostas; devem caminhar juntas.

11. RESULTADOS DA ANÁLISE

A análise da literatura e dos documentos institucionais permite identificar resultados relevantes para o debate sobre PICS,

neurodiversidade e cuidado centrado na família no SUS.

O primeiro resultado é que as PICS podem contribuir para a promoção do bem-estar de pessoas com TEA quando compreendidas como práticas complementares, integradas e orientadas por objetivos claros. Musicoterapia, arteterapia e práticas corporais podem favorecer comunicação, expressão emocional, regulação, vínculo e participação, desde que adaptadas à singularidade de cada sujeito.

O segundo resultado é que a centralidade da família é indispensável. Famílias não são apenas acompanhantes do tratamento; são parceiras na construção do cuidado, conhecem sinais e preferências da pessoa autista e precisam também de suporte emocional, informação e rede de apoio. O cuidado centrado na família deve fortalecer, e não sobrecarregar.

O terceiro resultado é que a abordagem neurodiversidade-afirmativa modifica o sentido das práticas terapêuticas. O objetivo não deve ser eliminar características autistas ou impor padrões neurotípicos, mas promover autonomia, conforto, comunicação possível, qualidade de vida e participação social.

O quarto resultado é que a musicoterapia apresenta base científica mais estruturada entre as práticas analisadas, embora ainda com limitações metodológicas e necessidade de novos estudos. Seu potencial relaciona-se à comunicação não verbal, interação, atenção compartilhada, expressão emocional e vínculo.

O quinto resultado é que a arteterapia apresenta potencial importante para expressão simbólica, elaboração emocional e

vínculo familiar, mas demanda maior produção de evidências em contextos clínicos e comunitários.

O sexto resultado é que práticas corporais adaptadas podem contribuir para regulação sensorial, relaxamento, consciência corporal e redução de estresse familiar, mas precisam ser planejadas conforme perfil sensorial e motor da pessoa autista.

O sétimo resultado é que a implementação no SUS enfrenta desafios: desigualdade de acesso, escassez de profissionais qualificados, fragilidade na avaliação de evidências, falta de protocolos adaptados, dificuldades de articulação em rede e risco de uso acrítico de práticas sem base científica.

O oitavo resultado é que as PICS podem fortalecer a humanização do cuidado quando articuladas à escuta acolhedora, ao projeto terapêutico singular, à participação familiar e ao respeito à pessoa autista.

12. DISCUSSÃO

A discussão central deste estudo é que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde podem contribuir para a qualificação do cuidado às pessoas com TEA no SUS quando inseridas em uma perspectiva de integralidade, neurodiversidade e cuidado centrado na família. Essa contribuição, entretanto, não deve ser confundida com promessa de cura, substituição terapêutica ou solução universal. O valor das PICS está na possibilidade de ampliar modos de cuidado, favorecer vínculo, promover bem-estar e reconhecer dimensões emocionais, sensoriais, corporais e familiares frequentemente negligenciadas nos modelos biomédicos tradicionais.

O primeiro ponto de discussão refere-se à compreensão do TEA. Quando o autismo é visto apenas como conjunto de déficits a serem corrigidos, as práticas terapêuticas tendem a assumir caráter normalizador. Nessa lógica, o sucesso é medido pela aproximação do comportamento autista a padrões neurotípicos. O paradigma da neurodiversidade desloca essa lógica. O cuidado passa a buscar redução de sofrimento, ampliação de comunicação, autonomia, participação, segurança emocional e qualidade de vida, sem negar a identidade e a singularidade da pessoa autista.

Nesse sentido, as PICS podem ser coerentes com uma abordagem neurodiversidade-afirmativa quando respeitam preferências, recusas, interesses e ritmos do sujeito. Uma sessão de musicoterapia não deve obrigar contato visual, suprimir movimentos autorregulatórios ou impor respostas padronizadas. Uma prática corporal não deve forçar toque ou posturas desconfortáveis. Uma atividade artística não deve exigir produção estética conforme padrões externos. A prática integrativa deve abrir possibilidades de expressão, não produzir novas formas de coerção.

O segundo ponto refere-se à família. A literatura sobre cuidado centrado na família mostra que a participação dos cuidadores melhora continuidade do cuidado e adequação das intervenções ao cotidiano. No TEA, a família é fundamental para compreender necessidades, adaptar rotinas e sustentar estratégias em casa. No entanto, é preciso evitar que o discurso da participação familiar seja usado para transferir responsabilidades do Estado e dos serviços para os cuidadores. O SUS deve apoiar famílias, não apenas demandar que elas executem tarefas terapêuticas.

As PICS podem oferecer espaços de cuidado também para os familiares. Grupos de terapia comunitária, práticas corporais para cuidadores, oficinas de arteterapia para famílias e experiências musicais compartilhadas podem reduzir isolamento, promover pertencimento e criar redes de apoio. A saúde mental parental é dimensão essencial do cuidado à pessoa autista. Famílias exaustas, desinformadas e desassistidas têm menor capacidade de sustentar rotinas terapêuticas e lidar com desafios cotidianos.

O terceiro ponto envolve a comunicação. Muitas pessoas autistas apresentam formas de comunicação não convencionais. O foco exclusivo na linguagem verbal pode limitar a compreensão de suas expressões. Musicoterapia e arteterapia oferecem vias alternativas de comunicação, nas quais ritmo, som, imagem, cor, movimento e gesto podem ganhar função relacional. Essas práticas não substituem comunicação alternativa, fonoaudiologia ou intervenções comunicacionais específicas, mas podem complementar o cuidado ao ampliar repertórios expressivos.

O quarto ponto refere-se à regulação emocional e sensorial. O TEA frequentemente envolve diferenças sensoriais e dificuldades de autorregulação. Ambientes de saúde pouco adaptados podem aumentar sofrimento. PICS podem contribuir para criar espaços mais acolhedores e reguladores, desde que conduzidas com adaptação sensorial. A previsibilidade, a baixa sobrecarga de estímulos, o respeito à pausa e a possibilidade de escolha são fundamentais.

O quinto ponto é a evidência científica. A incorporação de PICS no cuidado ao TEA precisa ser crítica. Algumas práticas apresentam estudos mais consistentes; outras ainda carecem de investigação. A

musicoterapia possui revisões sistemáticas relevantes, mas com limitações de qualidade e heterogeneidade. A arteterapia e determinadas práticas corporais mostram potencial, mas demandam mais pesquisas. O SUS, como política pública, deve incentivar monitoramento, avaliação e produção científica, evitando tanto rejeição ideológica quanto adesão acrítica.

O sexto ponto é a equidade. Práticas integrativas muitas vezes são mais acessíveis em centros urbanos, serviços específicos ou contextos privados. No SUS, sua oferta deve considerar desigualdades regionais, populações rurais, periferias, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas e famílias de baixa renda. Uma política pública não pode restringir práticas de bem-estar a quem pode pagar. A equidade exige financiamento, formação e organização territorial.

O sétimo ponto é a formação profissional. Profissionais que atuam com TEA precisam compreender neurodesenvolvimento, comunicação, sensorialidade, comportamento, família, direitos e rede de cuidado. Profissionais que atuam com PICS precisam compreender limites de sua prática e dialogar com outras áreas. Sem formação adequada, há risco de intervenções descontextualizadas, promessas indevidas e práticas pouco seguras.

O oitavo ponto refere-se à organização do cuidado. As PICS devem integrar o Projeto Terapêutico Singular. Isso significa que cada prática precisa ter objetivo, indicação, responsável, frequência, critérios de avaliação e articulação com outras ações. Uma prática isolada pode gerar bem-estar momentâneo, mas o cuidado integral exige continuidade, rede e acompanhamento.

O nono ponto é a humanização. Muitas famílias de pessoas autistas relatam experiências de desrespeito, culpabilização, demora diagnóstica e fragmentação assistencial. As PICS, quando bem conduzidas, podem fortalecer escuta, acolhimento e vínculo. No entanto, a humanização não depende apenas da prática utilizada; depende da postura ética do serviço. Uma prática integrativa pode ser desumanizadora se for imposta, e uma intervenção convencional pode ser humanizada se respeitar a pessoa e sua família.

O décimo ponto é o lugar da pessoa autista no cuidado. Mesmo quando a família é central, a pessoa autista deve permanecer como sujeito principal. Suas preferências, interesses, desconfortos, modos de comunicação e objetivos de vida devem orientar as decisões. O cuidado centrado na família não pode transformar-se em cuidado centrado apenas nos pais ou profissionais. A autonomia possível da pessoa autista deve ser promovida em todas as etapas.

Diante desses elementos, conclui-se que as PICS podem enriquecer o cuidado no TEA quando atuam como dispositivos de vínculo, expressão, regulação e apoio familiar. Seu papel não é substituir terapias essenciais, mas ampliar a integralidade. O SUS possui potencial para incorporar tais práticas de modo democrático e territorializado, desde que haja investimento, formação, pesquisa, protocolos flexíveis e compromisso com a neurodiversidade.

13. DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS PICS NO CUIDADO AO TEA NO SUS

A partir da análise realizada, propõem-se diretrizes para implementação responsável das PICS no cuidado às pessoas com TEA no SUS.

Primeiro, toda prática integrativa deve estar vinculada a um Projeto Terapêutico Singular, com objetivos claros, construídos de forma compartilhada entre equipe, família e pessoa autista sempre que possível.

Segundo, as PICS devem ser complementares às intervenções clínicas, educacionais, comunicacionais e psicossociais baseadas em evidências, jamais substitutivas.

Terceiro, deve-se respeitar a perspectiva da neurodiversidade, evitando práticas que busquem normalizar comportamentos autistas sem considerar sofrimento, função, contexto e preferência do sujeito.

Quarto, a família deve ser envolvida como parceira, mas também reconhecida como destinatária de cuidado, apoio emocional e orientação.

Quinto, a pessoa autista deve ter seus sinais de conforto, recusa, interesse e desconforto respeitados, inclusive quando não utiliza comunicação verbal.

Sexto, a ambiência deve ser sensorialmente adequada, com controle de ruído, iluminação, número de participantes, previsibilidade, recursos visuais e possibilidade de pausa.

Sétimo, musicoterapia, arteterapia e práticas corporais devem ser conduzidas por profissionais qualificados e com conhecimento sobre TEA.

Oitavo, as práticas devem ser avaliadas periodicamente, considerando indicadores de bem-estar, participação, regulação,

comunicação, vínculo familiar e satisfação da pessoa e da família.

Nono, os serviços devem evitar linguagem de cura, promessa de resultados garantidos ou culpabilização familiar.

Décimo, a rede de cuidado deve articular atenção primária, reabilitação, saúde mental, educação, assistência social e comunidade.

Décimo primeiro, gestores devem investir em formação profissional continuada sobre PICS, TEA, neurodiversidade, direitos e cuidado centrado na família.

Décimo segundo, o SUS deve estimular pesquisas avaliativas sobre efetividade, segurança, aceitabilidade e custo-efetividade das PICS aplicadas ao TEA.

Décimo terceiro, deve-se garantir equidade territorial, evitando que o acesso às PICS fique restrito a regiões centrais ou serviços especializados.

Décimo quarto, práticas em grupo devem considerar inclusão, mas também a possibilidade de atendimentos individuais quando a pessoa autista não tolera coletivos.

Décimo quinto, o cuidado deve priorizar qualidade de vida, autonomia possível, bem-estar, vínculo, comunicação e participação social.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde podem contribuir para a promoção do bem-estar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista no SUS quando inseridas em uma perspectiva de cuidado integral, humanizado, interdisciplinar, neurodiversidade-afirmativo e centrado na família. Musicoterapia, arteterapia, práticas corporais, terapia comunitária integrativa e outras estratégias expressivas podem ampliar possibilidades de comunicação, regulação emocional, expressão simbólica, fortalecimento de vínculos e apoio aos cuidadores.

O estudo demonstrou que a centralidade da família é indispensável para a construção de trajetórias terapêuticas mais efetivas e sensíveis ao cotidiano. Famílias conhecem preferências, sinais, rotinas e necessidades da pessoa autista, mas também precisam de cuidado, orientação e suporte. Um modelo centrado na família não pode transformar cuidadores em responsáveis solitários pelo sucesso terapêutico; deve fortalecer redes de apoio e reduzir sobrecarga.

A perspectiva da neurodiversidade modifica profundamente o sentido das intervenções. O cuidado não deve buscar apagar características autistas, mas reduzir sofrimento, ampliar autonomia, favorecer participação e respeitar singularidades. Nesse contexto, as PICS podem ser recursos valiosos quando utilizadas para apoiar expressão, conforto e vínculo, e não para impor padrões normativos.

Entretanto, a incorporação das PICS exige prudência científica e responsabilidade ética. Elas não devem substituir intervenções clínicas, educacionais, comunicacionais e psicossociais baseadas em evidências. Também não devem ser apresentadas como cura ou solução universal. A diversidade do espectro exige avaliação

individualizada, objetivos claros, adaptação sensorial, escuta da pessoa autista e acompanhamento contínuo.

No SUS, o potencial das PICS depende de organização da rede, formação profissional, financiamento, avaliação, acesso equitativo e articulação intersetorial. A Atenção Primária, os serviços de reabilitação, a saúde mental, a escola, a assistência social e os espaços comunitários precisam dialogar para construir cuidado integral. As PICS podem funcionar como pontes de acolhimento e vínculo, mas devem estar integradas ao Projeto Terapêutico Singular.

Conclui-se que as Práticas Integrativas em Saúde podem fortalecer uma atenção mais inclusiva, humanizada e interdisciplinar às pessoas com TEA, desde que orientadas por direitos, evidências, ética e respeito à neurodiversidade. Seu maior valor está em ampliar possibilidades de cuidado e reconhecer que bem-estar envolve corpo, emoção, família, comunicação, ambiente, participação social e dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia comunitária: passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BIELNINIK, Łucja et al. Effects of improvisational music therapy vs enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder: the TIME-A randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 318, n. 6, p. 525-535, 2017.

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: 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: Presidência da República, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista — TEA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.** Inclui arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à PNPIC no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e

Complementares no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo musicoterapia.** 3. ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

CASE, Caroline; DALLEY, Tessa. **The handbook of art therapy.** 3. ed. London: Routledge, 2014.

DUNST, Carl J.; TRIVETTE, Carol M.; DEAL, Angela G. **Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice.** Cambridge: Brookline Books, 1988.

GERETSEGGER, Monika; FUSAR-POLI, Laura; ELEFANT, Cochavit; MÖSSLER, Karin A.; VITALE, Giuseppina; GOLD, Christian. Music therapy for autistic people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD004381, 2022.

GREEN, Jonathan et al. Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism: a randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 375, n. 9732, p. 2152-2160, 2010.

KAPP, Steven K.; GILLESPIE-LYNCH, Kristen; SHERMAN, Lauren E.; HUTMAN, Ted. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. **Developmental Psychology**, Washington, v. 49, n. 1, p. 59-71, 2013.

LORD, Catherine et al. Autism spectrum disorder. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.

MALCHIODI, Cathy A. **Handbook of art therapy**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2012.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Autism spectrum disorder in under 19s: support and management**. NICE guideline CG170. London: NICE, 2013.

OLIVER, Michael. **The politics of disablement**. London: Macmillan, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Autism: fact sheet**. Geneva: World Health Organization, 2025.

ROGERS, Sally J.; DAWSON, Geraldine. **Early Start Denver Model for young children with autism: promoting language, learning, and engagement**. New York: Guilford Press, 2010.

ROSENBAUM, Peter et al. Family-centred service: a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1998.

SILBERMAN, Steve. **NeuroTribes: the legacy of autism and the future of neurodiversity**. New York: Avery, 2015.

SINGER, Judy. **Odd people in: the birth of community amongst people on the autistic spectrum**. Sydney: University of Technology Sydney, 1999.

WIGRAM, Tony; PEDERSEN, Inge Nygaard; BONDE, Lars Ole. **A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training.** London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

¹ Mestra em Sociodiversidade e Tecnologias Sustentáveis pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

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

³ Mestra em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Especialista em Formação de Formadores pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Ateneu (UniAteneu). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Mestra Acadêmica em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Mestra em Sociobiodiversidade e Tecnologias Sustentáveis pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Licenciada em Matemática pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu) da Universidade do Estado de Mato Grosso Carlos Alberto Reyes Maldonado (UNEMAT). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Doutora em Medicina, Residente de MFyC (Medicina Familiar y Comunitaria) no Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA - Espanha). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Mestra em Biologia Parasitária pela Universidade Ceuma (Uniceuma). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)