

Percepções dos pais e/ou cuidadores em relação à agressividade de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil no Distrito Federal (DF)

Perceptions of parents and/or caregivers regarding the aggressiveness of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in a child and adolescent psychosocial care center in the Federal District (DF)

Percepciones de los padres y/o cuidadores en relación con la agresividad de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil en el Distrito Federal (DF)

Recebido: 09/03/2026 | Revisado: 19/03/2026 | Aceitado: 20/03/2026 | Publicado: 21/03/2026

Laura Gabriely Brito Fagundes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2632-9846>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: enf.laurafagundes@gmail.com

Patrícia Pinheiro Souza

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6837-723X>

Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil

E-mail: pati.pinheiro@gmail.com

Resumo

Este estudo objetivou investigar as manifestações de agressividade em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) a partir das percepções de suas cuidadoras, analisando formas, fatores desencadeantes, estratégias de manejo e a influência da rede intersetorial de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 10 cuidadoras de crianças com TEA atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A análise temática revelou que a agressividade funciona como expressão de sofrimento emocional, sensorial ou físico, frequentemente desencadeada por frustração, mudanças de rotina, sobrecarga sensorial e dificuldades comunicativas. Dois eixos centrais emergiram: (1) manifestações, fatores desencadeantes e estratégias de manejo da agressividade; e (2) influência da rede intersetorial e influência das políticas públicas, na qual o CAPSi oferece o principal suporte, enquanto Atenção Básica, Centros Especializados em Reabilitação, escola e família extensa mostram baixa capacidade de apoio. Conclui-se que o manejo efetivo requer Projetos Terapêuticos Singulares individualizados, integração entre Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e setor educacional, além de ações que qualifiquem o cuidado contínuo, ampliem o suporte familiar e reduzam vulnerabilidades que amplificam o sofrimento infantil.

Palavras-chave: Transtorno do espectro autista; Relações pais-filho; Saúde mental; Pais; Agressividade.

Abstract

This study aimed to investigate manifestations of aggressiveness in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) from the perspectives of their caregivers, analyzing its forms, triggering factors, management strategies, and the influence of the intersectoral care network. This qualitative study was conducted with ten caregivers of children with ASD receiving care at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi) linked to the Health Secretariat of the Federal District. Thematic analysis revealed that aggressiveness functions as an expression of emotional, sensory, or physical distress, frequently triggered by frustration, changes in routine, sensory overload, and communicative difficulties. Two central axes emerged: (1) manifestations, triggering factors, and management strategies of aggressiveness; and (2) the influence of the intersectoral care network and public policies, in which CAPSi provides the main support, while Primary Health Care, Specialized Rehabilitation Centers, schools, and extended family demonstrate limited capacity for support. The findings indicate that effective management requires individualized Therapeutic Care Plans, integration among the Psychosocial Care Network, the Care Network for Persons with

Disabilities, and the educational sector, as well as actions aimed at strengthening continuous care, expanding family support, and reducing vulnerabilities that intensify childhood distress.

Keywords: Autism spectrum disorder; Parent-child relations; Mental health; Parents; Aggressiveness.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar las manifestaciones de agresividad en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) a partir de las percepciones de sus cuidadoras, analizando las formas de expresión, los factores desencadenantes, las estrategias de manejo y la influencia de la red intersectorial de cuidado. Se trata de una investigación cualitativa realizada con 10 cuidadoras de niños con TEA atendidos en un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSi) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. El análisis temático reveló que la agresividad funciona como una expresión de sufrimiento emocional, sensorial o físico, frecuentemente desencadenada por frustración, cambios en la rutina, sobrecarga sensorial y dificultades comunicativas. Emergieron dos ejes centrales: (1) manifestaciones, factores desencadenantes y estrategias de manejo de la agresividad; y (2) influencia de la red intersectorial y de las políticas públicas, en el cual el CAPSi ofrece el principal soporte, mientras que la Atención Básica, los Centros Especializados en Rehabilitación, la escuela y la familia extensa muestran baja capacidad de apoyo. Se concluye que el manejo efectivo requiere Proyectos Terapéuticos Singulares individualizados, integración entre la Red de Atención Psicosocial, la Red de Atención a la Persona con Discapacidad y el sector educativo, además de acciones que cualifiquen el cuidado continuo, amplíen el apoyo familiar y reduzcan vulnerabilidades que amplifican el sufrimiento infantil.

Palabras clave: Transtorno del espectro autista; Relaciones padres-hijo; Salud mental; Padres; Agresividad.

1. Introdução

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) caracteriza-se, principalmente, por prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, apresentando também padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association [APA], 2014). Atualmente, possui uma prevalência no Brasil estimada em 2 milhões de indivíduos, conforme disposto na Portaria Conjunta nº 7 (Brasil, 2022). Destaca-se que, o termo espectro abre margem a uma diversidade de manifestações dos sinais e sintomas associados ao autismo, presente no comprometimento do comportamento adaptativo do indivíduo (APA, 2014).

Dessa forma, notoriamente, tal comprometimento do comportamento adaptativo interfere na vida de muitas famílias, pois paralelamente aos sintomas de interação e comunicação social, uma das principais dificuldades comportamentais associadas ao TEA referem-se à hetero e auto agressividade, incidência de episódios de raiva e atitudes autolesivas em respostas às mudanças no ambiente e rotina (Portes & Vieira, 2022).

A saber, a agressividade compõe uma das condutas evidenciadas pelo sofrimento psíquico na criança, apesar de que o modo de perceber e/ou lidar com o sofrimento psíquico é algo muito particular. A agressividade ocorre pelos motivos mais diversos como: insatisfações, não aceitação de realidades, desejos frustrados ou, em menor intensidade, de modo imotivado (Câmara, 2011).

Embora a prevalência deste comportamento no TEA necessite de mais investigações, torna-se essencial para a avaliação a identificação de potenciais fatores desencadeantes de reações agressivas, como: deficiências na comunicação que podem resultar em situações de dificuldade na compreensão ou na expressão de necessidades e desejos; problemas coexistentes (físicos), tais como dor e distúrbios gastrintestinais; transtornos mentais coexistentes, tais como ansiedade e depressão; o ambiente físico, como os níveis de iluminação e ruído; o ambiente social, incluindo o lar, escola e atividades de lazer; alterações em rotinas ou contextos; mudança do próprio desenvolvimento, incluindo a puberdade; e situações de exploração ou abuso. (Brasil, 2017).

Não obstante, a reação agressiva no TEA gera prejuízos aos próprios indivíduos, familiares e cuidadores. Nesse contexto, a presença de atitudes com excessiva agressividade pode acarretar estresse significativo aos envolvidos e resultar em redução de oportunidades educacionais de emprego ou de moradia além dos riscos de problemas judiciais (Brasil, 2022).

Tal conduta interfere nas interações no contexto familiar e pode contribuir para o aumento do estresse parental, bem

como maiores níveis de sintomas de depressão, diminuição da qualidade de vida e aumento dos níveis de problema de saúde, piores indicadores de sensação de bem-estar. Por outro lado, a influência dos pais/cuidadores e a sua percepção do comportamento agressivo de seu filho também pode intensificar o sinal de agressividade e contribuir para a manutenção dos fatores desencadeantes de reações agressivas, criando um ciclo que se retroalimenta (Portes & Vieira, 2022).

Nesse contexto, entender os motivos da agressividade em cada criança com TEA, controlar as crises e reduzir a frequência dos episódios de agressão em conjunto com o paciente e sua família é um papel importante da equipe multidisciplinar com ênfase no tratamento não curativista. Nesse contexto, torna-se fundamental garantir informações adequadas sobre o alcance e os benefícios do tratamento, bem como favorecer a implicação e a responsabilização no cuidado, a fim de romper o ciclo de retroalimentação anteriormente mencionado (Brasil, 2017).

Partindo dessa constatação, este estudo objetivou investigar as manifestações de agressividade em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) a partir das percepções de suas cuidadoras, analisando formas, fatores desencadeantes, estratégias de manejo e a influência da rede intersetorial de cuidado. Ademais, destaca-se a importância desse debate para as políticas públicas a fim de gerar ações de saúde necessárias para oferecer à equipe multidisciplinar visibilidade e compreensão frente ao contexto presente desses cuidadores e suas crianças.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa social envolvendo 10 participantes que foram entrevistadas (Risemberg et al., 2026), numa pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa em relação às declarações dos respondentes e quantitativa em relação às porcentagens utilizadas (Pereira et al., 2018) com análise do discurso (Pêcheux) na parte qualitativa e, uso de estatística descritiva na parte quantitativa com classes de dados raça/cor, estado civil, escolaridade, religião, renda per capita etc e, com valores de frequência relativa porcentual (Shitsuka et al., 2014) com dados obtidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) do Distrito Federal brasileiro. Este serviço compõe a Rede de Atenção Psicossocial RAPS/SUS e é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. O serviço nessa especificidade busca oferecer um atendimento especializado à criança e sua família, com a inclusão dos pais e/ou responsáveis nos atendimentos e atividades terapêuticas, garantindo um espaço de escuta e cuidado às suas demandas.

O presente estudo utilizou entrevistas em profundidade e roteiro semiestruturado destinados às cuidadoras de crianças com diagnóstico de autismo em atendimento no CAPSi. A entrevista explorou as vivências das cuidadoras com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre a agressividade, investigando suas formas de manifestação, fatores desencadeantes e estratégias de manejo. Também foram abordadas questões sobre a relação entre agressividade e sofrimento, bem como o apoio oferecido pela rede intersetorial e pelas políticas públicas, entre outros aspectos relevantes ao cuidado. Ainda, um questionário com questões sociodemográficas, incluindo, a escolaridade da cuidadora, a profissão, composição familiar e condição econômica.

A amostra foi composta por 10 cuidadoras de crianças diagnosticadas com TEA, na faixa etária de 0 a 12 anos em acompanhamento pela equipe multiprofissional do CAPSi há no mínimo 6 meses. No total, participaram da pesquisa: 7 mães, 2 avós e 1 irmã. Foram excluídas da amostra os cuidadores de crianças em processo de investigação diagnóstica e cuidadores com prejuízos cognitivos ou afins que dificultaria a compreensão das questões a serem abordadas pelas pesquisadoras.

O contato com as cuidadoras foi realizado durante o momento de espera dos familiares e crianças ao atendimento no serviço. O profissional do serviço responsável pelo atendimento fazia a intermediação inicial, sendo posteriormente encaminhada à pesquisadora para explicações quanto aos objetivos da pesquisa e o procedimento para coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e realizadas no período de fevereiro a junho de 2025 e tiveram a duração de 5 a 30 minutos caso

autorizada.

O critério de encerramento das entrevistas seguiu o princípio e a estratégia de saturação teórica e metodológica, ou seja, “a saturação teórica ocorre quando novos elementos deixam de surgir dos dados coletados” (Nascimento et al, 2018, p. 247).

Após o registro dos dados, seguiu-se a transcrição literal das gravações pela própria pesquisadora, sendo feitas várias revisões das transcrições e releituras do material produzido para organização e análise dos dados. Os trechos das falas das participantes foram identificados pela letra E, seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas. Também foram substituídos nomes citados nas entrevistas por nomes fictícios, incluindo-se, a identificação do vínculo de parentesco.

A análise dos dados seguiu o método de análise temática proposto por Minayo (2014), estruturado em três etapas. A primeira, pré-análise, consistiu na leitura exaustiva e organização do material, de modo a aproximá-lo da temática investigada. A segunda etapa, denominada exploração do material e categorização, envolveu a classificação das informações e a identificação de unidades de significado, reduzindo o conteúdo a frases, ideias ou acontecimentos centrais que constituem os núcleos de sentido. Por fim, a terceira etapa, tratamento dos resultados e interpretação, compreendeu a validação analítica das categorias e a elaboração das interpretações, articulando os achados aos objetivos do estudo e ao referencial teórico adotado.

Os dados quantitativos referentes ao questionário sociodemográfico foram tabulados e submetidos à análise descritiva simples.

A presente pesquisa atende aos requisitos dispostos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas Envolvendo Humanos (Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - CEP/FEPECS, sob o parecer nº 7.477.349.

3. Resultados e Discussão

Os resultados evidenciam o impacto da agressividade de crianças com TEA na vida de suas cuidadoras, a partir de suas próprias percepções e perspectivas. A seguir, a Tabela 1 apresenta os dados referentes ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das participantes do estudo.

Variável	Categoria	%
Idade (anos)	25 a 64	—
Raça/Cor	Branca	30
	Preta	10
	Parda	60
Estado civil	União estável	20
	Solteira	40
	Casada	20
	Viúva	10
	Separação de corpos	10
Escolaridade	Ensino superior completo	20
	Ensino superior incompleto	10
	Ensino médio completo	30
	Ensino médio incompleto	20
	Ensino fundamental incompleto	20

Religião	Católica	30
	Evangélica	50
	Umbandista	10
	Sem religião	10
Atividade remunerada	Não exerce	70
Programas de transferência de renda	Não inseridas	2 participantes
Renda per capita	Inferior a ½ salário mínimo	60
	Entre ½ e 1 salário mínimo	40

Fonte: Elaboração própria (2026).

No corpus textual analisado através do método de análise temática, proposta por Minayo (2014), emergiram dois núcleos de sentido: (1) manifestações, fatores desencadeantes e estratégias de manejo da agressividade; e (2) influência da rede intersetorial e influência das políticas públicas. A apresentação dos resultados segue um encadeamento lógico das temáticas identificadas, visando favorecer a compreensão do contexto construído a partir dos discursos das participantes.

Manifestações, fatores desencadeantes e estratégias de manejo da agressividade

Esta classe revela que episódios de agressividade em TEA são percebidos, por suas cuidadoras, como expressão comportamental e comunicativa, desencadeada por frustração, alterações na rotina e fatores físicos, manejada predominantemente por medicação e táticas de autorregulação utilizadas no ambiente domiciliar.

Quando questionadas sobre o conceito de agressividade, majoritariamente são relatadas manifestações comportamentais como “bater”, “morder”, “beliscar”, “jogar carteira”, “gritar”, “quebrar coisas”.

“É o que o Bruno faz. Bate nos coleguinhas, fura com caneta, morde, belisca, joga carteira, joga mesa, chuta armários. Enfim, tudo isso. (E1)”

“É uma crise. Antes eu não entendia, mas agora eu entendo depois que eu tive o José. O José, ele é muito agressivo. Ele é agressivo todos os dias. Agressivo ao ponto de se machucar e machucar quem está ao redor dele. Agressividade é isso pra mim. (E2)”

Há também apontamentos feitos pelas cuidadoras relacionando a agressividade à comunicação de desconforto, marcada por termos: “não sabe falar”, “age com o corpo”, “reage à dor”:

“Agressividade é quando uma pessoa agride a outra. Por exemplo, meu menino é autista. Quando a gente faz uma coisa que ele não quer, ele fica agressivo porque a gente não entende ele, porque ele não fala, né? Aí ele quer agredir a gente, de uma certa forma. Tipo assim, com o celular. Aí de repente ele tá ali mexendo com o celular, alguém toma. Aí porque eu tomei aquele celular, ele quer me morder. Ele não fala, né? Aí a maneira dele reagir é assim. (E6)”

A prevalência de comportamento agressivo nos indivíduos com TEA é alta, mas varia muito entre os estudos – de 8% a 68%, devido às diferenças nas definições de comportamento agressivo, na forma de mensurá-lo e na definição da amostra (Brasil, 2022). Segundo Baldaçara et al. (2021): “A agressividade é o aumento da atividade motora com o intuito de causar dano a algo (objeto ou pessoa). A agitação psicomotora pode ser definida como um estado de atividade psicomotora excessiva sem necessariamente ter um propósito, podendo ser acompanhado por inquietação, aumento da atividade cognitiva,

irritabilidade e até agressividade. Em geral, vem acompanhada por um estado subjetivo de tensão”.

No TEA a agressividade aparece compondo uma variabilidade das manifestações do transtorno no qual as funções cerebrais não se desenvolvem como deveriam, sendo identificada nas mudanças de comportamento que são notadas desde a primeira infância (Gaiato, 2018; Volkmar & Wiesner, 2018; Riccioppo & Bellini, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2022).

Também são identificadas, pelos relatos das cuidadoras, as formas as quais elas percebem a agressividade de seus filhos, como: heteroagressividade (“bate na mãe”, “bate nos colegas”, “morde os outros”); autoagressividade (“morde o braço”, “puxa o cabelo”, “bate a cabeça na parede”) e agitação psicomotora (“não para quieto”, “derruba tudo”, “corre sem direção”). Todas foram mencionadas com uma frequência relativa alta, citadas por mais de 5 participantes da pesquisa. “Ele me bate, me chuta, e às vezes bate nos colegas.” (E3); “Ele mordida a gente e puxava o próprio cabelo, batia a cabecinha.” (E2); “Quando está irritado, sai correndo, joga as coisas e não ouve ninguém.” (E5)

“Ele arranhava, ele batia, ele puxava cabelo. Nossa, como eu sofri! De cabelo, né? O meu ele não puxava. Ele puxava o dele e o do povo. Dos outros. No ônibus, então. Ele puxava o cabelo, ele cuspiu. Ele cuspiu. Gritava. Né?(E7)”

As manifestações de agressividade relatadas pelas cuidadoras dialogam com a literatura ao serem compreendidas como comportamentos desafiadores, definidas como situações que englobam irritabilidade, agressão e automutilação, exercendo impacto significativo na qualidade de vida de crianças com TEA, bem como de suas famílias e de pessoas do convívio ampliado (Hill et al., 2014). Pais e cuidadores frequentemente relatam níveis elevados de estresse, desgaste emocional, sobrecarga física e dificuldades na rotina cotidiana, sobretudo quando as crises são imprevisíveis ou intensas. Nessas circunstâncias, o ambiente familiar tende a se reorganizar em função do manejo dos comportamentos agressivos, resultando em restrição de atividades sociais, diminuição do convívio comunitário, conflitos entre irmãos, medo de exposição pública e até afastamento do trabalho por parte das cuidadoras (Cerdá-aedo et al., 2024; Vilanova et al., 2022). Além disso, pessoas do entorno — como colegas, professores, profissionais de saúde e membros da comunidade — também são afetadas, seja pela necessidade de adaptar práticas educativas e terapêuticas, seja pelo desafio de lidar com episódios de agressividade ou automutilação (Ooi et al., 2023).

As cuidadoras apontaram, como potenciais fatores desencadeantes de reações agressivas a frustração, a negação, a mudança de rotina, o tempo de espera e os fatores físicos (dor, sono, fome). “O não. É o não. A palavra não é a mesma coisa de estar batendo.” (E2), “Quando está com dor ou fome, ele morde e grita.” (E6) “Quando muda a rotina, também ele dá uma... fica muito nervoso.” (E5)

Perante estímulos sensoriais, a criança pode emitir respostas mais intensas e diferenciadas do que outras crianças no mesmo contexto. Reações de desconforto, choro e irritabilidade são alguns dos comportamentos frequentes que prejudicam a interação com o meio e a realização de atividades cotidianas. Em diversas situações cotidianas, a criança parece não conseguir controlar a entrada sensorial, mantém-se com um nível de alerta desequilibrado e emite comportamentos de recusa, na tentativa de afastar-se das informações desagradáveis. Geralmente, observam-se dificuldades na alimentação quando a criança recusa diversos alimentos com consistências e texturas diferenciadas. O mesmo ocorre nas atividades de higiene pessoal, pois a criança chora, foge e irrita-se na hora do banho ou da higiene bucal e nas atividades de autocuidado, que provocam irritabilidade, agressividade e impulsividade em situações rotineiras (como cortar as unhas e os cabelos, vestir-se, entre outras atividades). Crianças podem apresentar reações defensivas que geralmente afetam o vínculo social, o desenvolvimento e o desempenho em tarefas de autocuidado (Brasil, 2015).

Quando questionadas sobre estratégias de manejo dos comportamentos agressivos, houve uma diferenciação entre o

manejo pré e pós diagnóstico. Antes do diagnóstico, foi relatado que as cuidadoras elencaram intervenções permeadas por culpa materna, castigo físico e falta de informação.

“No começo, eu fui uma mãe muito ruim. Eu não nego. Porque, pra mim, era birra. Então, apanhava, ficava de castigo, cortava alguma coisa. Até eu entender que aquilo ali não era o que eu estava pensando. Ele sofreu bastante. E hoje, eu sofro por isso. Porque eu olho e penso. Poderia ter sido bem diferente. Muita coisa, se eu tivesse percebido, não estava, não teria agravado tanto. Mas foi bem difícil. Bem difícil mesmo. (E1)”

Após a confirmação do diagnóstico, as cuidadoras apontaram um cuidado com mais paciência, tolerância e utilizaram majoritariamente o manejo verbal. “A paciência, né? Aumentou a paciência. Tolerância.” (E9)

“Hoje eu comecei a ter mais paciência porque eu tenho mais compreensão. Antes não. Antes eu pensava que era um... Charme dele. Hoje eu já tenho mais... Fico mais conversando, observo mais. (E10)”

Além de ser um cuidado permeado por novas estratégias como:

“Ele tem que passar na frente de todo mundo. Então, eu disse, não é assim, não. Lá no Instituto, elas ensinam. Eu disse, ó, tem que esperar a sua vez. Ela me ensinou. Ela me falou. Eu disse assim, olha, quando ele quiser assim, diz: espera a sua vez. E pronto. Fica aqui. Tem que falar. Quando ele me pede uma coisa, o doutor aqui falou, quando ele me pede uma coisa, eu tenho que esperar uns 3 a 4 minutos. Pra poder fazer. É, um tempo de espera. Que é pra ele poder esperar, chegar, aprender chegar a vez dele. (E7)”

Também aparece amplamente o manejo medicamentoso para lidar com as crises. Entre as medicações citadas estão “risperidona”, “carbamazepina”, “fluoxetina”.

“Risperidona... aquele Risperidona na vida do Caio também foi um santo.” (E8)

“Não, agora ele está mais tranquilo. Está tomando remédio. Indo para escola. Ele está mais, né? Mas chega em casa mais cansado. (E9)”

“Aos 10 meses de vida. Quando ele puxava o próprio cabelo e se mordida. Com 10 meses. Ai desde então só foi piorando, só que melhorou muito. Mesmo com medicação, ele é agressivo. Risperidona. E agora toma Carbamazepina, os dois. (E2)”

A farmacoterapia também é uma possibilidade, embora ela não deve ser usada isoladamente, mas sempre associada a intervenções não medicamentosas/psicossociais. Não existem medicamentos específicos para o TEA; os psicofármacos atuam apenas sobre sintomas-alvo, como agressividade, autoagressão, crises de raiva, irritabilidade, distúrbios do sono, inquietação extrema e alguns comportamentos repetitivos. Assim, o tratamento medicamentoso funciona como complemento, não como recurso principal, e exige avaliação individualizada, balanço de riscos e benefícios, e decisões compartilhadas entre equipe, família e paciente (Brasil, 2025).

A risperidona e o aripiprazol são os antipsicóticos mais recomendados internacionalmente para irritabilidade associada ao TEA, sem evidências de superioridade entre eles. A risperidona possui indicação formal da Anvisa para agressividade e autoagressão em TEA (Brasil, 2022). O uso de psicofármacos deve ser periodicamente reavaliado, podendo haver ajuste de dose ou retirada gradual, geralmente entre 6 e 12 meses após controle dos sintomas. Por fim, que não existe

tratamento único, intervenção padronizada ou medicamento exclusivo capaz de atender plenamente às necessidades das pessoas com TEA. O cuidado efetivo demanda um projeto terapêutico singular, integrando farmacoterapia (quando necessária), intervenções psicossociais, estratégias ambientais, suporte familiar e avaliação contínua, sempre com tomada de decisão compartilhada e foco na melhora da qualidade de vida (Fieiras et al., 2023; Gosling et al., 2022).

Ao ser confirmado o diagnóstico, geralmente é acionado um processo de adaptação nos cuidadores: reorganização da rotina familiar, busca de suporte, redefinição de expectativas, adoção de estratégias de coping adaptativo. Isso embasa a hipótese de que há mudanças no cuidado parental após o diagnóstico. Nesse sentido, os pais usam diferentes estratégias de enfrentamento (foco no problema, regulação emocional, busca de apoio) — o que sugere que a forma de manejo doméstico se adapta com o tempo e com o reconhecimento da condição (Papadopoulos et al., 2023; Al-Oran et al., 2022).

As revisões sistemáticas mostram que embora alguns modelos terapêuticos sejam mais explorados na literatura, não há evidências de superioridade entre eles, reforçando que a escolha do método deve ser feita de forma compartilhada entre equipe e família com compreensão dos benefícios, limites e objetivos do tratamento. Entre as intervenções não medicamentosas, destaca-se que aquelas precedidas por análise funcional do comportamento apresentam melhores resultados na redução de comportamentos desafiadores. Essa análise deve identificar gatilhos, fatores de risco, funções do comportamento e consequências, considerando aspectos físicos, sensoriais, comunicacionais, emocionais e ambientais, tais como dor, alterações de rotina, sobrecarga sensorial, dificuldades de transição, problemas de sono, ansiedade, comunicação limitada e situações de estresse ou abuso (Brasil, 2022).

Quando não há gatilhos físicos ou comorbidades não tratadas, recomenda-se que intervenções psicossociais sejam a primeira linha de cuidado. Essas intervenções correspondem a estratégias não farmacológicas que atuam sobre fatores psicológicos, comportamentais e contextuais, envolvendo a capacitação de cuidadores, a adaptação dos ambientes de cuidado e uso de técnicas de manejo comportamental. Assim, devem definir claramente o comportamento-alvo, priorizar desfechos relacionados à qualidade de vida, modificar fatores ambientais que mantêm o comportamento, estabelecer um plano terapêutico estruturado, acompanhar sistematicamente o progresso e prever ajustes quando as metas não forem alcançadas (Nuske et al., 2023; Oliveira; Quitério, 2022).

Em relação a associação entre agressividade e os sinais de sofrimento, os relatos das cuidadoras mostram que a agressividade apresentada pelas crianças com TEA não é um evento isolado, mas está fortemente articulada a sinais de sofrimento emocional e comportamental. Esses sinais podem ser entendidos como manifestação não verbal de desconforto, resposta a gatilhos ambientais, expressão de sensação de incapacidade de comunicar necessidades, expressão de sobrecarga sensorial ou emocional.

As cuidadoras compreendem a agressividade como uma forma de expressão, sobretudo entre crianças não verbais. Nos casos em que a criança apresenta linguagem verbal, a agressividade é associada à dificuldade de se expressar de maneira inteligível, sendo interpretada como um recurso comunicativo para manifestar descontentamento e outras necessidades.

"Sim, com certeza (a agressividade dele é um sinal de sofrimento). É o jeito dele se expressar. Ainda mais quando estão com dor. Ele não sabe dizer que está com dor. Se está com dor, ele sai quebrando tudo. Mordendo todo mundo. Se batendo. É o jeito dele. (E2)"

"Eu acho que ele está sofrendo sim. Porque ele não fala, entendeu? Às vezes é um modo de se expressar, porque ele não consegue, é o jeito dele se comunicar. (E3)"

"Também acho que (a agressividade dele é um sinal de sofrimento). É o sinal que ele tá sofrendo e o sinal que ele não sabe falar e

tem que se expressar e não sabe se expressar. (E6)”

“Eu acho. É um jeito dele falar que tá sofrendo? Eu acho que é. Eu acho que sim. É um jeito. Dele falar. (E7)”

A literatura recente evidencia que o sofrimento em pessoas com TEA é complexo, multifatorial e dinâmico ao longo de seu desenvolvimento. Crianças e adolescentes com TEA apresentam elevada carga de sofrimento psicológico frequentemente manifestada de forma prece por meio de ansiedade, depressão, queixas somáticas, distúrbios do sono e, em casos graves, ideação ou comportamentos suicidas, os quais podem persistir e se transformar conforme mudam as demandas sociais, escolares e ambientais (Leachman et al., 2024; Newell et al., 2023; O’Halloran et al., 2022).

Na infância, essas manifestações frequentemente ocorrem por vias não verbais. Cuidadoras relatam que, diante de frustração, mudanças de rotina, espera prolongada, desconfortos físicos ou sobrecarga sensorial, as crianças entram em estados de tensão emocional que dificultam a autorregulação, desencadeando irritabilidade, agitação, choro súbito e episódios de auto ou heteroagressão. Tais comportamentos refletem o sofrimento e funcionam como formas não verbais de comunicação de dor, confusão ou desorganização interna, e não como atos intencionais (Andersen et al., 2023; Bemmouna et al., 2023).

Assim, a agressividade emerge como uma forma de expressão intensificada por vulnerabilidades próprias do TEA (hipersensibilidades, dificuldades de autorregulação e desafios sociais) e fatores ambientais (imprevisibilidade, excesso de estímulos, rupturas de rotina, desafios sociais e ausência de suporte), mostrando que a agressividade é fruto da interação entre características individuais e contextos que geram sobrecarga (Song et al., 2022; Leachman et al., 2024).

Diversos fatores precoces preveem pior saúde mental futura em pessoas com TEA. Habilidades adaptativas reduzidas, dificuldades práticas, problemas com pares (isolamento, bullying) e depressão parental estão fortemente associados ao desenvolvimento de ansiedade e depressão, enquanto fatores como QI, rigidez comportamental e insistência em rotinas apresentam relação menos consistente (Andersen et al., 2023; Fucà et al., 2023; Leachman et al., 2024). Para ansiedade, melhor funcionamento adaptativo atua como fator protetor, ao passo que dificuldades executivas, fragilidade da saúde mental dos pais e rigidez comportamental aumentam o risco; para depressão, vulnerabilidades adaptativas, desafios sociais, comportamentos autísticos mais severos e comorbidades, como hiperatividade, contribuem para trajetórias negativas. Estudos sobre desregulação emocional indicam que adultos autistas apresentam maior vulnerabilidade emocional, auto agressão, suicidabilidade e sofrimento psíquico em comparação a controles, sugerindo a necessidade de intervenções que incluam regulação emocional, além das dimensões clássicas do TEA (Bemmouna et al., 2023).

Esses achados reforçam que o TEA não é estático: há múltiplas trajetórias para ansiedade, depressão e regulação emocional, com grande variação individual. Fatores ambientais — como rupturas de rotina, sobrecarga sensorial, falta de suporte institucional e fragilidade da rede intersetorial — modulam o surgimento e agravamento dos sintomas (Leachman et al., 2024; Duker et al., 2019). Assim, compreender o sofrimento no TEA exige uma abordagem ecológica, considerando aspectos individuais, emocionais, sensoriais, sociais e familiares.

Influência da rede intersetorial e influência das políticas públicas

O CAPSi aparece como principal e, muitas vezes, único suporte efetivo no cuidado das crianças com TEA que apresentam agressividade: “CAPSi ajuda”, “acolhem”, “me ouvem”. As cuidadoras o descrevem como um espaço de acolhimento e escuta qualificada, funcionando como o núcleo estruturante da rede de atenção — uma função que, idealmente, deveria estar articulada com outros pontos do sistema, conforme orientam os princípios de integralidade e coordenação do cuidado do SUS (Paim, 2013). “No CAPSi eu me sinto acolhida, eles entendem o que é crise.” (E7)

Em contrapartida, serviços que deveriam operar como porta de entrada, especialmente a Unidade Básica de Saúde

(UBS), bem como instituições da rede educacional, revelam fragilidades significativas: barreiras de acesso, baixa resolutividade e falta de preparo para lidar com comportamentos desafiadores. Essa ruptura na coordenação evidencia falhas na lógica de redes integradas de atenção (Mendes, 2011) gerando uma assistência fragmentada que recai desproporcionalmente sobre as mães. “A escola não entende, eles acham que é malcriação.” (E1)

“Eu acho que foi o primeiro lugar (CAPSi) que chegaram e falaram assim, calma, a gente vai te ajudar, porque em todos os outros lugares que eu fui, eu não consegui. Sempre, sempre porta fechada. Eu acho que uma das piores experiências foi a escola (E1)”

“Ele tinha 3 anos e ele não tinha perfil. Ai me encaminharam a gente lá para o CER, né? Até hoje estou na fila. Já tem o que? Quatro anos, né? Demorou mais de 4 anos. Ai como ele já tá crescendo, quanto mais cresce, já vai piorando, né? Vai ficando mais agressivo. Com mais força. (E5)”

“Pra mim foi a pior experiência. Eu acho que eram pessoas (escola/professores) que deveriam saber mais, lidar mais, e não sabem. Sim, que estão em contato diário com ele por mais tempo, né? Não sabem, não sabem. Pra eles, é assim, eu já tenho um milhão de crianças aqui dentro. Eu vou lidar com mais um, não. Mãe, pega. E aí, assim, na cabeça deles, eles não entendem que, eles pensam assim, a mãe é atípica. Ai, ela recebeu o BPC, então tá ótimo. Então, assim, o querido diagnóstico dele tá recebendo o BPC. E aí eu tive que sentar, realmente. Fui dura e ignorante. Eu precisei ser, eu falava assim, eu não recebo, eu não quero. Eu não quero aposentar o meu filho, eu não quero essa vida pro meu filho. Eu só quero que vocês tratem ele bem e me ajudem. Ai que vieram cair na realidade que eu era uma mãe solo, que trabalhava, que estudava, que tinha mais filhos, tinha uma casa pra dar conta e que o BPC não vai me ajudar em nada. Literalmente, não vai me ajudar em nada. (E1)”

Além disso, o estudo evidencia que a família extensa também não se configura como suporte estruturante, seja por limitações físicas (avós idosos) ou ausência de corresponsabilidade. Dessa forma, O resultado é uma intensificação da centralidade da mãe no cuidado, fenômeno amplamente discutido por Cecílio (2009) ao abordar a lógica dos “pontos quentes” e “pontos frios” do cuidado — onde alguns atores, geralmente mulheres, concentram quase toda a carga assistencial. Em famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, essa sobrecarga se agrava devido à dependência de benefícios e à dificuldade de acessar serviços, o que contraria os princípios de proteção social previstos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Assim, condições econômicas frágeis, famílias numerosas e baixa disponibilidade de suporte convergem para amplificar a dependência do CAPSi e aumentar o sofrimento cotidiano.

Ao integrar essas dimensões, torna-se evidente que a agressividade observada nas crianças não pode ser compreendida como manifestação isolada do TEA, mas como um fenômeno relacional profundamente influenciado pelos arranjos (e desarranjos) da rede de cuidados. A dependência quase total do CAPSi — somada à fragilidade da UBS, do CER, da escola e da família extensa — revela uma “monocentralidade do cuidado”, em que apenas um ponto sustenta a criança enquanto os demais falham. Isso contraria diretamente o que orientam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), que preveem articulação entre saúde mental, atenção primária, atenção especializada, reabilitação, urgência, intersetorialidade e participação familiar; e também o Programa Saúde na Escola (PSE), que estabelece corresponsabilidade entre saúde e educação para apoio a crianças com necessidades específicas. A ausência de tais articulações aprofunda a sobrecarga materna, limita intervenções preventivas e reduz a capacidade da rede de responder de forma coordenada.

Em síntese, os achados revelam que a agressividade está intrinsecamente associada às condições familiares e institucionais: quanto mais frágil a rede intersetorial, maior a sobrecarga da cuidadora e mais intensa a expressão de sofrimento

da criança. Isso reforça a importância de fortalecer a atenção básica, qualificar equipes escolares, ampliar a proteção socioassistencial e promover comunicação contínua entre saúde, educação e assistência social — diretrizes já previstas nas políticas públicas, mas ainda pouco concretizadas no cotidiano. Assim, a agressividade emerge não apenas como marcador clínico, mas como um indicador da qualidade da rede de cuidados, sinalizando a urgência de ações integradas, corresponsáveis e sensíveis ao contexto das famílias.

4. Considerações Finais

Os resultados deste estudo reforçam que a agressividade em crianças com Transtorno do Espectro Autista não deve ser entendida como um comportamento proposital ou inerente ao diagnóstico, mas como expressão de sofrimento emocional, sensorial ou físico além de um sinal de insuficiência na rede de apoio e fragilidade socioassistencial. Assim, reconhecer a agressividade como linguagem — e não como desvio — é essencial para um cuidado ético e responsivo.

Embora não generalizáveis, os achados oferecem subsídios relevantes, destacando o impacto das percepções das cuidadoras em seu cuidado, manejo e estratégias frente a agressividade de seus filhos. Não obstante, urge a necessidade de ampliar a resolutividade da atenção primária e atenção secundária, investir na formação continuada das equipes escolares, reforçar os dispositivos de proteção social e estabelecer fluxos mais consistentes de articulação entre os setores da saúde, educação e assistência social. Sob essa perspectiva, a agressividade não se restringe a um fenômeno clínico isolado; ela funciona como um termômetro da eficácia da rede de cuidados, evidenciando a necessidade de respostas intersetoriais coordenadas, compartilhadas e alinhadas às condições concretas vivenciadas pelas famílias.

Diante disso, recomenda-se um projeto terapêutico individualizado, multimodal e contínuo, integrando intervenções psicossociais, suporte familiar, adaptações ambientais, monitoramento da saúde mental e, quando indicado, farmacoterapia complementar (Fucà et al., 2023; Bemmouna et al., 2023). Estratégias precoces para desenvolver habilidades adaptativas, promover relações sociais, ambientes familiares saudáveis e reduzir experiências adversas podem alterar trajetórias e diminuir o sofrimento. A heterogeneidade dos perfis reforça a necessidade de avaliações individualizadas e planos terapêuticos sensíveis às particularidades de cada pessoa autista (Song et al., 2022; Newell et al., 2023).

O estudo foi desenvolvido em apenas um serviço especializado em saúde mental e com uma amostra reduzida de participantes, podendo indicar uma visão local da realidade que não permite que sejam feitas generalizações. Aventa-se a necessidade de mais estudos com enfoque na agressividade e sofrimento presentes nos contextos de mães e/ou cuidadores de filhos com TEA, haja vista as especificidades trazidas por essa condição e o seu impacto social.

Referências

- Al-Oran, H., et al. (2022). *Coping mechanism among parents of children with autism spectrum disorder: A review*. *Iranian Journal of Child Neurology*, 16(1), 9–17. <https://doi.org/10.22037/ijcn.v16i2.31518>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Editora Artmed.
- Andersen, P. N., Orm, S., Fossum, I. N., Øie, M. G., & Skogli, E. W. (2023). Adolescence internalizing problems as a mediator between autism diagnosis in childhood and quality of life in emerging adults with and without autism: A 10-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 23, 149. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04635-w>
- Baldaçara, L., et al. (2021). Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: Cuidados gerais e avaliação. *Debates em Psiquiatria*, 11(1), 8–20.
- Bemmouna, D., et al. (2023). The biosocial correlates and predictors of emotion dysregulation in autistic adults compared to borderline personality disorder and nonclinical controls. *Molecular Autism*.
- Brasil. Ministério da Educação & Ministério da Saúde. (2007). *Programa Saúde na Escola: Caderno de diretrizes*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Portaria Conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista – TEA*.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004*.
- Câmara, Y. M. R. (2011). *Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil*.
- Cecílio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade. *Saúde em Debate*, 33(83), 121–130.
- Cerdá-Aedo, B., et al. (2024). Relationship between stress levels and coping techniques in caregivers of children with autism spectrum disorder in Chile. *SciELO Preprints*.
- Duker, K., Kim, J., Pfeiffer, B., et al. (2019). Barriers and strategies for improving primary care for autistic adults.
- Fieiras, C., et al. (2023). Risperidone and aripiprazole for autism spectrum disorder in children: An overview of systematic reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(1), 7–14.
- Fucà, E., et al. (2023). Psychiatric comorbidities in children and adolescents with high-functioning ASD. *Journal of Clinical Medicine*.
- Gaiato, M. (2018). *SOS autismo: Guia completo para entender o transtorno do espectro autista*. nVersos.
- Gosling, C. J., et al. (2022). Efficacy of psychosocial interventions for autism spectrum disorder: An umbrella review. *Molecular Psychiatry*, 27(9), 3647–3656.
- Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde. (n.d.). *Protocolo de atenção à saúde: Manejo da agitação psicomotora aguda*.
- Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Fombonne, E., et al. (2014). Aggressive behavior problems in children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1121–1133.
- Leachman, C., Nichols, E. S., Al-Saoud, S., et al. (2024). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: Behavioural phenotypes and environmental factors. *BMC Psychology*, 12, 534. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02044-6>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (2ª ed.). OPAS.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Editora Hucitec.
- Nascimento, L. C. N., et al. (2018). Theoretical saturation in qualitative research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 228–233.
- Newell, V., Higgins, K., & Tarajan, L. (2023). Systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic people. *Molecular Autism*.
- Nuske, H. J., Young, A. V., Khan, F. Y., et al. (2024). Systematic review: Emotion dysregulation and challenging behavior interventions for children and adolescents on the autism spectrum. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1963–1976. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02298-2>
- O'Halloran, L., Coey, P., & Wilson, C. (2022). Suicidality in autistic youth: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*.
- Oliveira, M. V., & Quiterio, P. L. (2022). Programas de intervenção em habilidades sociais. *Revista Educação Especial*, 35.
- Ooi, A., Banno, B., McFee, K., et al. (2023). Evaluating and managing irritability and aggression in autistic youth: An algorithm. *BCMj*, 65(8), 291–301.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). CID-11: Classificação estatística internacional de doenças.
- Paim, J. S. (2013). *O que é o SUS*. Fiocruz.
- Papadopoulos, A., et al. (2023). Measuring parental stress, illness perceptions, coping and quality of life. *BJPsych Open*, 9(3), e84.
- Pereira et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [Free ebook]. Editora da UFSM.
- Portes, J. R. M., & Vieira, M. L. (2022). Percepção parental sobre o filho com autismo. *Psicologia em Pesquisa*, 16(2), 1–23.
- Riccioppo, M. R. P. L., & Bellini, M. F. D. H. M. (2021). Meu filho é autista. *Revista da SPAGESP*, 22(2), 132–146.
- Risemberg, R. I. C., Wakin, M., & Shitsuka, R. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://doi.org/10.52076/eacad-v7i1.675>.
- Shitsuka, R. et al. (2014). *Matemática fundamental para tecnologia*. (2ed). Editora Érica.
- Song, C., et al. (2022). A machine learning-based diagnostic model for autism spectrum disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Vilanova, J. R. S., et al. (2022). Burden on mothers of children diagnosed with ASD.
- Volkmar, F. R., & Wiesner, L. A. (2018). *Autismo: Guia essencial para compreensão e tratamento*. Editora Artmed.