

Artigo Original

**ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE MENTAL E FUNCIONALIDADE EM FAMILIARES
CUIDADORES DE PESSOAS AUTISTAS: REVISÃO INTEGRATIVA, COMPARAÇÃO
INTERNACIONAL E PROPOSIÇÃO DO MODELO DE
CARGA PSICOFUNCIONAL DO CUIDADO**

**PHYSICAL ACTIVITY, MENTAL HEALTH AND FUNCTIONALITY IN FAMILY CAREGIVERS OF AUTISTIC
PEOPLE: AN INTEGRATIVE REVIEW, INTERNATIONAL COMPARISON AND PROPOSAL OF THE
PSYCHOFUNCTIONAL CARE BURDEN MODEL**

Thiago Perez Bernardes de Moraes¹

RESUMO

Introdução e objetivo: O aumento da identificação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA) tornou mais visível uma segunda camada do problema sanitário: a saúde dos familiares que sustentam, no cotidiano, a maior parte da coordenação informal do cuidado. Este artigo analisa a relação entre atividade física, saúde mental, funcionalidade e sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas autistas, com atenção aos efeitos estruturantes de gênero, renda e acesso a serviços, propondo um modelo teórico de carga psicofuncional do cuidado. **Métodos:** Foi realizada revisão integrativa com triangulação de dados secundários nacionais e internacionais, incluindo literatura científica recente, documentos da Organização Mundial da Saúde, dados do Censo Demográfico 2022, informações do CDC e marcos brasileiros de políticas públicas. A análise organizou os achados por mecanismos, variáveis mediadoras, moderadoras e desfechos funcionais. **Resultados:** A literatura converge ao indicar que cuidadores, sobretudo mães, apresentam pior qualidade de vida, maior carga emocional, sono prejudicado, sintomas ansioso-depressivos, compressão do tempo livre e menor adesão à atividade física. A feminização do cuidado e a desigualdade de renda aparecem como moderadores estruturais que ampliam a vulnerabilidade psicofuncional e dificultam a adesão a práticas protetivas. A inatividade física não aparece apenas como escolha individual, mas como consequência de uma ecologia de cuidado marcada por escassez de tempo, custos, vigilância continuada e fragilidade de apoio. **Conclusão:** A atividade física deve ser compreendida como tecnologia de saúde pública e estratégia de proteção funcional, desde que articulada a teleorientação, cuidado substitutivo, suporte territorial e redes intersetoriais. O Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo oferece uma matriz explicativa para orientar pesquisas, programas comunitários e políticas de reabilitação ampliada.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Cuidadores; Atividade física; Saúde mental; Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction and objective: The growing diagnostic identification of autism spectrum disorder (ASD) has made visible a second layer of the health problem: the health of family members who sustain, in everyday life, most of the informal coordination of care. This article analyzes the relationship between physical activity, mental health, functionality and burden among family caregivers of autistic people, with attention to the structuring effects of gender, income and access to services, proposing a theoretical model of psychofunctional burden of care. **Methods:** An integrative review was conducted with triangulation of national and international secondary data, including recent scientific literature, World Health Organization documents, 2022 Brazilian Census data, CDC

1. Centro Universitário Campos de Andrade - UNIANDRADE, Brasil. End.: Rua João Scuissiato, 13 - Santa Quitéria, Curitiba - PR, 80310-310.

E-mail correspondente:
thiagomoraessp@hotmail.com

Submetido em: 09 mai. 2026
Aceito em: 01 jun. 2026
Publicado em: 31 ago. 2026

DOI: 10.5281/zenodo.22213917

information and Brazilian public policy frameworks. The analysis organized the findings according to mechanisms, mediating variables, moderating variables and functional outcomes. Results: The literature converges in indicating that caregivers, especially mothers, present lower quality of life, greater emotional burden, impaired sleep, anxiety and depressive symptoms, compression of free time and lower adherence to physical activity. The feminization of care and income inequality appear as structural moderators that increase psychofunctional vulnerability and restrict adherence to protective practices. Physical inactivity does not appear merely as an individual choice, but as a consequence of a care ecology marked by time scarcity, costs, continuous vigilance and fragile support. Conclusion: Physical activity should be understood as a public health technology and a strategy for functional protection, provided that it is articulated with teleorientation, respite care, territorial support and intersectoral networks. The Psychofunctional Burden of Care in Autism Model offers an explanatory matrix to guide research, community programs and expanded rehabilitation policies.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Caregivers; Physical activity; Mental health; Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O crescimento recente da visibilidade pública do autismo deslocou o tema do campo estritamente clínico para uma zona mais ampla, na qual epidemiologia, cuidado familiar, reabilitação, educação, direitos sociais e organização territorial dos serviços se cruzam com intensidade crescente. No Brasil, esse deslocamento ganhou densidade empírica quando o Censo Demográfico 2022 passou a investigar, pela primeira vez, pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), identificando 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas, o equivalente a 1,2% da população residente. O mesmo levantamento apontou prevalência maior entre homens, 1,5%, do que entre mulheres, 0,9%, e concentração mais expressiva entre crianças de 5 a 9 anos, faixa na qual o percentual chegou a 2,6% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2025). Esses números não devem ser lidos apenas como estatística diagnóstica. Eles sugerem uma possível reorganização, ainda insuficientemente mensurada, da demanda social por cuidado, pois cada diagnóstico tende a mobilizar, em graus variáveis, rotinas familiares, deslocamentos, custos, arranjos escolares, serviços terapêuticos, processos de judicialização, adaptação doméstica e expectativas de acompanhamento prolongado.

A literatura internacional permite dimensionar essa questão para além da experiência brasileira. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2021, aproximadamente uma em cada 127

pessoas no mundo era autista, ao mesmo tempo em que reconhece que as necessidades de suporte variam amplamente, desde trajetórias de vida independentes até situações de cuidado intensivo e vitalício. A própria OMS destaca que intervenções psicossociais baseadas em evidências podem impactar não apenas as pessoas autistas, mas também seus cuidadores, e afirma que a qualidade de vida nesse campo depende de ações comunitárias e societárias de acessibilidade, inclusão e suporte (World Health Organization, 2025). Nos Estados Unidos, a rede de vigilância do Centers for Disease Control and Prevention estimou prevalência de 32,2 por 1.000 crianças de 8 anos em 2022, aproximadamente uma em 31, com variação territorial relevante entre os locais monitorados (Shaw et al., 2025; Centers for Disease Control and Prevention, 2025). A comparação entre Brasil, mundo e Estados Unidos não autoriza equivalência direta, pois os desenhos metodológicos diferem, mas permite observar um ponto comum: o TEA já deve ser tratado como fenômeno populacional de grande escala, e não como questão marginal de nicho assistencial.

Apesar disso, há um descompasso persistente entre a expansão do diagnóstico e a construção de políticas de cuidado capazes de tratar a família como unidade relacional de saúde. A expressão não supõe reduzir a pessoa autista ao núcleo doméstico, tampouco deslocar para a família responsabilidades que pertencem ao Estado e às redes institucionais. Seu sentido é funcional: a continuidade do cuidado

depende das condições físicas, emocionais, econômicas e temporais de quem agenda consultas, organiza transportes, negocia com a escola, acompanha terapias, administra rotinas, interpreta crises, busca direitos e sustenta a comunicação cotidiana com os serviços. Quando o cuidador perde sono, renda, tempo livre, participação social, mobilidade e capacidade física, o cuidado oferecido à pessoa autista também se torna mais frágil. A família, nesse sentido, é unidade de saúde porque seus membros não são acompanhantes externos do tratamento; eles compõem o ecossistema psicossocial no qual a reabilitação se sustenta, se interrompe ou se desgasta. A maior parte das discussões sobre atividade física e TEA permanece centrada nos benefícios para crianças e adolescentes autistas, como melhora motora, participação social, comportamento adaptativo e regulação emocional. Esse eixo é legítimo e necessário, inclusive no campo da Educação Física e da reabilitação, mas produz uma sombra analítica: o corpo do cuidador desaparece. A revisão publicada na própria Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física por Rossi et al. (2023) ilustra a importância da intervenção do profissional de Educação Física junto a crianças com TEA, ao mesmo tempo em que reconhece a fragilidade quantitativa e qualitativa da literatura nacional. O presente artigo parte dessa lacuna, mas desloca a lente: se a pessoa autista necessita de suporte multiprofissional, a pessoa que cuida também acumula cargas físicas, cognitivas, emocionais e temporais que podem deteriorar sua funcionalidade.

A tese defendida é que a saúde de familiares cuidadores de pessoas autistas não deve ser interpretada apenas como sofrimento emocional secundário ao cuidado. Trata-se de um problema de funcionalidade. A carga objetiva do cuidado tende a produzir um circuito psicofuncional no qual vigilância, privação de tempo, sono fragmentado, fadiga, dor, sintomas ansioso-depressivos, isolamento social e inatividade física se encadeiam e se reforçam. A atividade física, nesse circuito, não deve aparecer como recomendação moral individualizada, do tipo faça exercício apesar de tudo, mas como tecnologia social de proteção funcional, dependente de condições materiais de adesão. O objetivo deste artigo é analisar, por meio de revisão integrativa com dados secundários comparativos, as relações entre atividade física,

saúde mental, funcionalidade e sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas autistas, propondo o Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo como matriz explicativa para pesquisas e políticas públicas.

MÉTODOS

Foi realizada revisão integrativa de literatura com triangulação de dados secundários nacionais e internacionais. A opção por esse desenho se justifica pela heterogeneidade dos estudos sobre cuidadores de pessoas autistas, que combina investigações transversais, revisões sistemáticas, estudos de qualidade de vida, pesquisas sobre sono, intervenções digitais, análises de atividade física e documentos institucionais. A revisão integrativa permite sintetizar evidências de desenhos distintos sem reduzir artificialmente a complexidade do fenômeno a um único estimador estatístico. Não se trata, portanto, de metanálise, pois os desfechos, instrumentos, amostras e populações são demasiadamente diversos para uma agregação quantitativa responsável. O critério organizador foi analítico: identificar mecanismos causais plausíveis, variáveis mediadoras, moderadoras e desfechos funcionais associados à carga de cuidado em autismo.

A busca foi estruturada a partir dos seguintes eixos: autismo e cuidadores; atividade física e familiares de pessoas autistas; saúde mental, sono, dor, fadiga e qualidade de vida; tecnologias digitais, teleatendimento e intervenções remotas; políticas públicas brasileiras para TEA, deficiência, reabilitação e cuidado familiar. Foram priorizados trabalhos publicados entre 2019 e 2026, sem exclusão de estudos clássicos e documentos normativos anteriores quando indispensáveis. As fontes consultadas incluíram PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS, Google Scholar, documentos da Organização Mundial da Saúde, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, relatórios do Centers for Disease Control and Prevention, normas brasileiras e documentos do Ministério da Saúde. Os descritores combinados, em português e inglês, incluíram: autismo, transtorno do espectro autista, cuidadores, familiares, pais, mães, atividade física, exercício físico, saúde mental, qualidade de vida, funcionalidade, sobrecarga, reabilitação, telehealth, e-health, digital health, caregiver burden e physical activity.

As expressões de busca combinaram os descritores “autism spectrum disorder”, “autismo”, “caregivers”, “family caregivers”, “parents”, “physical activity”, “exercise”, “mental health”, “quality of life”, “functionality”, “caregiver burden”, “sleep”, “pain”, “fatigue”, “telehealth”, “e-health” e “rehabilitation”, em português e inglês, articulados pelos operadores booleanos AND e OR. A triagem privilegiou publicações revisadas por pares, documentos institucionais de organismos públicos e estudos com pertinência direta para pelo menos uma das engrenagens do modelo analítico: carga objetiva do cuidado, mediadores psicobiológicos, mediadores comportamentais, moderadores sociais, tecnologias de apoio e desfechos de funcionalidade. Como a literatura é heterogênea em desenho, população, instrumentos e desfechos, não se realizou metanálise; a síntese foi organizada por convergência temática, plausibilidade causal e utilidade para a prática em Educação Física, Fisioterapia, reabilitação e saúde pública.

Foram incluídos estudos que abordassem familiares cuidadores de pessoas autistas e pelo menos uma das seguintes dimensões: saúde mental, qualidade de vida, sono, atividade física, funcionalidade, sobrecarga, suporte social, tecnologia em saúde ou política pública. Foram excluídos textos exclusivamente centrados na pessoa autista quando não havia nenhuma conexão com família, cuidador, ambiente, suporte ou adesão ao cuidado; materiais opinativos sem base metodológica; e documentos nos quais a tecnologia aparecia apenas como ferramenta educacional sem desfecho em saúde, cuidado ou qualidade de vida. Os dados secundários epidemiológicos foram usados para contextualização e comparação, não para inferência causal direta. A síntese foi organizada em duas etapas: primeiro, extração de achados por eixo temático; segundo, construção de uma matriz de variáveis capaz de articular carga objetiva, mediadores psicobiológicos, mediadores comportamentais, moderadores sociais e desfechos psicofuncionais.

RESULTADOS E SÍNTESE INTEGRATIVA

Os dados secundários mostram que o debate sobre cuidadores de pessoas autistas se desenvolve em uma conjuntura de dupla pressão. De um lado, a identificação diagnóstica do TEA se expande, seja por maior rastreamento, mudança de critérios, acesso desigual a serviços ou maior circulação social

da categoria diagnóstica. De outro, a inatividade física se mantém como um dos grandes problemas globais de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde informou que, em 2022, 31% dos adultos no mundo, cerca de 1,8 bilhão de pessoas, não atingiam os níveis recomendados de atividade física, com projeção de 35% em 2030 se a tendência persistir (World Health Organization, 2024). Essa informação adquire outro peso quando transportada para famílias cuidadoras. A pergunta decisiva não é se cuidadores conhecem os benefícios do exercício, mas se dispõem de tempo, apoio, segurança, energia física e infraestrutura para transformar recomendação em prática.

A literatura sobre cuidadores converge em torno de quatro achados. O primeiro é a centralidade da sobrecarga familiar, frequentemente agravada por comportamento desafiador, comorbidades, estigma, custos e dificuldade de acesso a serviços. A revisão de Van Niekerk et al. (2023) indica que cuidadores de crianças e adolescentes autistas são majoritariamente mães e vivenciam níveis de sobrecarga que afetam isolamento social e qualidade de vida. O segundo achado diz respeito ao sono. Mannion e Leader (2023), em estudo com 409 pais de crianças e adolescentes autistas, identificaram elevada frequência de problemas de sono nas crianças e associação com pior sono parental, maior estresse, ansiedade, depressão e menor qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental. O terceiro achado refere-se à saúde mental. Estudos recentes relatam maior risco de sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento psicológico e desgaste emocional entre familiares cuidadores, especialmente quando a rotina de cuidado é prolongada, pouco compartilhada e atravessada por barreiras de serviço (Sánchez Amate; Luque de la Rosa, 2024; Herrero et al., 2024; Chen et al., 2024). O quarto achado é a dimensão corporal desse processo: o cuidador perde atividade, sono, participação social, lazer e, gradualmente, funcionalidade cotidiana. Esses achados não se distribuem em vazio social; eles são atravessados por gênero, renda, acesso a serviços, capital social e território, variáveis que alteram a intensidade da carga e a possibilidade concreta de transformá-la em cuidado sustentável.

A atividade física aparece, nesse campo, de modo ambivalente. Como variável protetiva, ela

possui evidência ampla para melhora de sintomas depressivos, ansiedade e sofrimento psicológico em populações adultas diversas (Singh et al., 2023; Noetel et al., 2024). Como comportamento real de cuidadores, porém, ela é bloqueada pela ecologia do cuidado. Zhang, Kern e Yun (2023), analisando dados da National Health Interview Survey, observaram relação entre níveis de atividade física e indicadores de saúde mental em pais de crianças com TEA. Johnson et al. (2022), em revisão sistemática sobre atividade física parental, apontam barreiras recorrentes como falta de tempo, culpa por reservar tempo para si, impossibilidade de levar a criança ao local de exercício e escassez de intervenções voltadas especificamente aos pais. A questão, portanto, não é apenas prescrever atividade física, mas compreender a cadeia social que impede sua execução. Quando a vida familiar é estruturada por vigilância, deslocamento terapêutico, expectativa de crise, burocracia escolar e ausência de descanso substitutivo, a inatividade física torna-se uma consequência estrutural do cuidado, não uma simples falha motivacional.

A dimensão tecnológica também aparece como possibilidade e limite. Revisão sistemática recente sobre intervenções e-health para cuidadores de crianças autistas identificou programas web-based, tele-based e mobile app-based voltados a conhecimento parental, satisfação, estresse, eficácia parental, comunicação e desenvolvimento infantil, com resultados favoráveis, mas marcados por variabilidade metodológica, amostras pouco diversas e seguimento curto (Chakkaraian et al., 2026). A tecnologia reduz custos de deslocamento, tempo de

espera e barreiras geográficas, mas não substitui apoio comunitário nem descanso do cuidador. Ela opera melhor como infraestrutura auxiliar de cuidado híbrido, combinada a orientação multiprofissional, grupos presenciais, redes territoriais e oferta pública. Nesse ponto, o risco analítico é o tecnosolucionismo: transformar aplicativo, grupo remoto ou teleorientação em resposta para um problema cuja raiz está em desigualdade social, gênero, território, renda e insuficiência de serviços.

No plano das políticas públicas brasileiras, a Lei n. 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA e reconheceu a pessoa autista como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, estabelecendo diretrizes como intersetorialidade e participação da comunidade (Brasil, 2012). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por sua vez, declara como objetivo ofertar cuidado integral à pessoa com deficiência e também ações e serviços de saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes, além de enfatizar promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, autonomia, inclusão social, intersetorialidade e enfrentamento do capacitismo (Brasil, 2025a). A linha de cuidado do Ministério da Saúde para pessoas com TEA e suas famílias reforça a necessidade de acompanhamento contínuo e multiprofissional na Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2025b). Essas bases institucionais permitem defender que o cuidador não é exterior à política de reabilitação. Ele é parte do ecossistema funcional do cuidado.

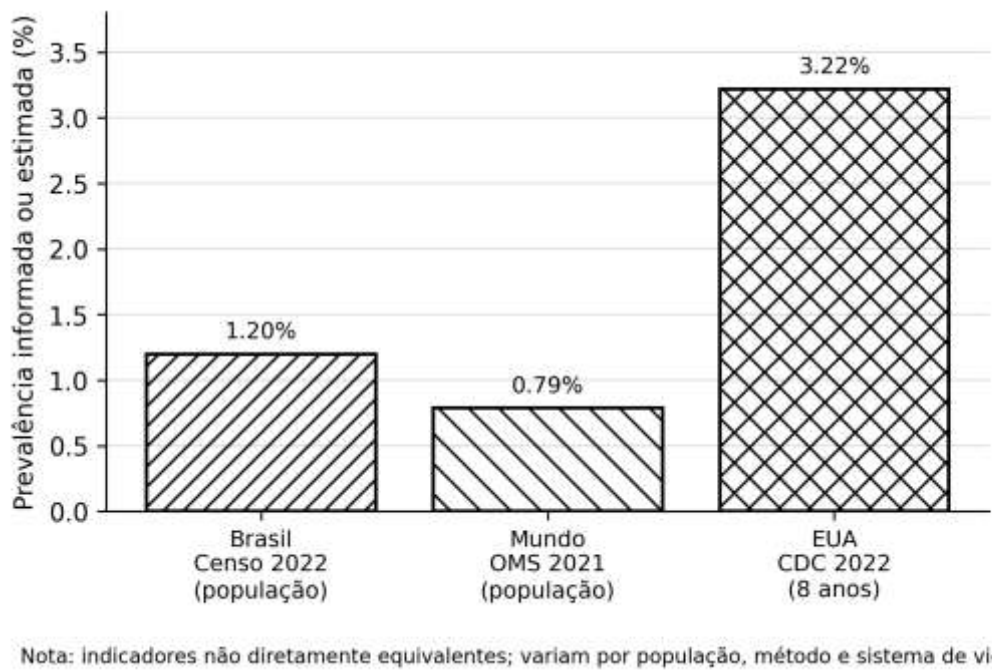
Tabela 1. Indicadores secundários usados para contextualização epidemiológica e sanitária

Eixo	Indicador	Valor	Fonte e uso no artigo
Brasil	Pessoas diagnosticadas com TEA no Censo 2022	2,4 milhões; 1,2% da população	IBGE; dimensiona a escala nacional da demanda familiar.
Brasil	Faixa de maior prevalência	5 a 9 anos: 2,6%; meninos 5 a 9 anos: 3,8%	IBGE; indica pressão sobre família, escola e rede de cuidado infantil.
Mundo	Estimativa global de autismo	1 em 127 pessoas em 2021	OMS; situa o TEA como questão populacional internacional.

Eixo	Indicador	Valor	Fonte e uso no artigo
Estados Unidos	Prevalência em crianças de 8 anos	32,2 por 1.000; cerca de 1 em 31	CDC/ADDM; mostra papel da vigilância e do acesso diagnóstico.
Mundo	Adultos insuficientemente ativos	31%; cerca de 1,8 bilhão em 2022	OMS; contextualiza atividade física como problema global de saúde pública.
SUS	Rede de cuidado à deficiência	Inclui familiares, cuidadores e acompanhantes	Ministério da Saúde; sustenta a família como unidade legítima de cuidado.

Fonte: elaboração própria, com base em IBGE (2025), World Health Organization (2024, 2025), Centers for Disease Control and Prevention (2025), Shaw et al. (2025) e Brasil (2025a).

Figura 1. Prevalência informada ou estimada de TEA em fontes selecionadas



Fonte: elaboração própria, com base em IBGE (2025), World Health Organization (2025) e Centers for Disease Control and Prevention (2025). Nota: os indicadores não são diretamente equivalentes, pois diferem quanto à população de referência, método de aferição e sistema de vigilância.

Discussão: da sobrecarga familiar à perda psicofuncional

A leitura conjunta dos achados sugere que a categoria sobrecarga, embora útil, tornou-se insuficiente se permanecer restrita ao sofrimento emocional. Ela precisa ser alargada para incluir funcionalidade. O cuidador familiar de uma pessoa

autista, especialmente quando ocupa posição central e pouco compartilhada, não apenas sente mais estresse; ele reorganiza sono, postura, deslocamento, rotina alimentar, trabalho, vínculos sociais, lazer, atividade física e autocuidado em torno de uma demanda contínua. A sobrecarga torna-se, assim, um operador biopsicossocial. Ela começa como tempo capturado, passa pelo corpo

como fadiga, tensão, dor e vigília, alcança a mente como ansiedade, antecipação e exaustão, e retorna ao cotidiano como menor participação social e pior capacidade de manter práticas protetivas.

Essa perda psicofuncional possui forte marca de gênero. A literatura sobre TEA mostra que mães aparecem com maior frequência como cuidadoras principais e, em muitos contextos, acumulam cuidado direto, administração da rotina terapêutica, mediação escolar, trabalho doméstico e custos emocionais da vigilância cotidiana (Van Niekerk et al., 2023; Herrero et al., 2024). Esse padrão não deve ser tratado como simples característica amostral. Ele expressa uma divisão sexual do trabalho de cuidado que antecede o diagnóstico e condiciona a forma como a carga é distribuída dentro das famílias. A sociologia do cuidado mostra que tarefas de cuidado permanecem historicamente feminilizadas, pouco reconhecidas e desigualmente valorizadas, sobretudo quando articuladas a classe social e dependência funcional (Kergoat, 2010; Hirata, 2022). No modelo proposto, gênero atua como moderador estrutural de primeira ordem: intensifica a exposição à carga objetiva, reduz a disponibilidade real de tempo para atividade física, aumenta a probabilidade de renúncia laboral e transforma a culpa pelo autocuidado em mecanismo subjetivo de bloqueio. A vulnerabilidade psicofuncional, portanto, não nasce somente da intensidade clínica do TEA; ela também é produzida pela forma social como o cuidado é atribuído, naturalizado e reconhecido pelos serviços.

Classe social e renda também modulam a passagem entre diagnóstico, cuidado e perda funcional. Famílias de menor renda tendem a ter menos margem para comprar terapias privadas, transporte, cuidador substituto, acompanhamento educacional, atividade física paga ou apoio doméstico. Dependem mais de filas públicas, horários rígidos, deslocamentos longos e redes informais instáveis, ao mesmo tempo em que enfrentam maior pressão laboral e menor flexibilidade para ausências. Patel et al. (2022) observaram maior carga de cuidado em famílias de baixa renda, com pior qualidade de vida associada à maior gravidade do TEA. Fong, McLaughlin e Schneider (2023), em amostra ampla de cuidadores de crianças e jovens autistas, indicaram que a satisfação com serviços predizia estresse do

cuidador mesmo após controle de renda familiar, suporte conjugal e nível de suporte requerido pela criança. Munkhsaikhan et al. (2025) reforçam, por outro caminho, a importância do capital social para a qualidade de vida de cuidadores. Nessa chave, renda e classe não funcionam como controles periféricos. Elas definem a capacidade de converter diagnóstico em acesso, acesso em rotina terapêutica e rotina terapêutica em cuidado que não destrua progressivamente o corpo de quem cuida.

O Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo proposto neste artigo parte dessa hipótese. A variável independente principal é a carga objetiva do cuidado: horas de supervisão, frequência de terapias, crises, demandas escolares, deslocamentos, custos, burocracias e imprevisibilidade. Entre essa carga e os desfechos, há mediadores psicobiológicos, como estresse crônico, sono fragmentado, fadiga, dor, irritabilidade, sintomas ansiosos e depressivos. Há também mediadores comportamentais, como redução da atividade física, empobrecimento do lazer, menor participação social, alimentação irregular e abandono de consultas próprias. Moderadores estruturais e clínicos alteram a intensidade do processo: gênero, classe social, renda, escolaridade, território, capital social, apoio familiar, qualidade da escola, acesso a serviços, nível de suporte requerido pela pessoa autista, presença de deficiência intelectual, distúrbios do sono e comportamento desafiador. Na matriz proposta, gênero e renda não são meros controles sociodemográficos; são condições de distribuição da carga e de possibilidade real de adesão à atividade física. O desfecho final não é apenas sofrimento subjetivo, mas perda psicofuncional, entendida como redução da capacidade de sustentar o autocuidado, a vida social, o trabalho, a atividade física e o próprio cuidado em longo prazo.

Esse modelo também permite reposicionar a atividade física. Em termos causais, ela pode operar como fator protetivo direto sobre saúde mental e qualidade de vida, mas sua função mais interessante é a de interrupção parcial de ciclo. Caminhada supervisionada em grupo, exercício orientado, práticas corporais de baixa barreira, programas em Unidades Básicas de Saúde, Centros Especializados em Reabilitação, universidades e equipamentos comunitários podem reduzir isolamento, melhorar

sono, reorganizar rotina, produzir senso de agência e recuperar participação social. Todavia, esse efeito não deve ser presumido. Ele é moderado por tempo disponível, rede de apoio, acessibilidade, transporte, segurança, renda e existência de cuidado substitutivo. Um programa que exige que a mãe cuidadora deixe a criança sem suporte para poder exercitar-se tende a fracassar. Um programa que oferece atividade física junto de acolhimento, teleorientação, grupo de pares e estratégia de cuidado temporário tem plausibilidade muito maior.

Há ainda uma implicação política importante. Cuidar do cuidador não pode ser tratado como gesto secundário de humanização, pois ele constitui condição de sustentabilidade da linha de cuidado.

Quando o cuidador adoece, perde sono, funcionalidade e atividade física, a própria pessoa autista passa a viver em um ecossistema mais frágil, mais tenso e menos responsivo. A política pública que ignora o cuidador economiza no curto prazo e transfere custos para o futuro: maior demanda por saúde mental, maior risco de abandono terapêutico, judicialização, conflitos escolares, empobrecimento familiar e pior continuidade do cuidado. A atividade física, nesse contexto, deve ser concebida como tecnologia de saúde pública de baixo custo relativo, mas alta dependência organizacional. Ela exige desenho territorial, não apenas cartilha educativa.

Tabela 2. Matriz causal do Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo

Posição no modelo	Variáveis	Função explicativa
Carga objetiva	Horas de supervisão, deslocamentos, terapias, custos, burocracias e imprevisibilidade.	Variável independente principal que inicia o processo de desgaste.
Mediadores psicobiológicos	Estresse crônico, sono fragmentado, fadiga, dor e sintomas ansioso-depressivos.	Traduzem a carga objetiva em desgaste corporal e psíquico.
Mediadores comportamentais	Redução de atividade física, lazer, autocuidado, participação social e consultas próprias.	Explicam a passagem da sobrecarga para perda funcional cotidiana.
Moderadores estruturais e clínicos	Gênero, classe social, renda, escolaridade, território, capital social, rede de apoio, escola, acesso a serviços e nível de suporte da pessoa autista.	Distribuem desigualmente a carga e aumentam ou reduzem a possibilidade real de adesão a práticas protetivas.
Interrupções protetivas	Atividade física assistida, grupos comunitários, teleorientação e cuidado substitutivo.	Podem amortecer o ciclo, desde que haja condições reais de adesão.
Desfechos	Qualidade de vida, funcionalidade, dor, sono, saúde mental e sustentabilidade do cuidado.	Resultados finais observáveis e passíveis de mensuração.

Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo



Fonte: elaboração própria.

Implicações para programas e políticas públicas

A tradução prática do modelo envolve quatro níveis. O primeiro é a triagem simples de risco psicofuncional em serviços que atendem pessoas autistas: sono do cuidador, dor autorreferida, atividade física semanal, sintomas ansiosos, rede de apoio, renda, situação laboral e tempo de descanso. O segundo é a oferta de programas comunitários de atividade física para cuidadores, com horários flexíveis, baixa exigência técnica, orientação profissional e possibilidade de participação em grupo. O terceiro é o uso de teleorientação como complemento, sobretudo para reduzir deslocamento e manter adesão entre encontros presenciais. O quarto é a articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social, universidades e organizações da sociedade civil, pois parte das barreiras do cuidador não está dentro do corpo, mas no território, no transporte, na escola, na renda e na falta de alguém que substitua temporariamente o cuidado. Em todos esses níveis, gênero e classe social precisam entrar no desenho do programa, e não apenas na caracterização da amostra. Para mães solo, mulheres com baixa renda, famílias sem rede de apoio ou cuidadores residentes em territórios com baixa oferta de serviços, a recomendação de atividade física só se torna plausível quando

acompanhada de gratuidade, busca ativa, cuidado substitutivo, transporte possível, horários compatíveis com a rotina terapêutica e integração com UBS, Centros Especializados em Reabilitação, CRAS, escolas e universidades.

A avaliação desses programas não precisa começar com indicadores sofisticados. Pode-se acompanhar adesão, minutos semanais de atividade física, qualidade do sono, dor, sintomas ansioso-depressivos, percepção de apoio social, qualidade de vida e satisfação com o serviço, sempre que possível estratificando resultados por gênero, renda, território, escolaridade, situação laboral e nível de suporte requerido pela pessoa autista. Em desenho quase experimental futuro, seria possível comparar cuidadores expostos e não expostos a programas comunitários, controlando renda, idade, gênero, nível de suporte da pessoa autista e disponibilidade de rede familiar. Para a RBRAF, esse é um ponto relevante: a revisão não encerra o problema, mas organiza uma agenda empírica compatível com Educação Física, Fisioterapia, reabilitação e saúde coletiva.

Limitações

A principal limitação deste artigo decorre do próprio desenho. A revisão integrativa permite articular literatura heterogênea e dados secundários, mas não estima efeito causal nem

substitui ensaios, coortes ou estudos quase experimentais. Os indicadores comparativos entre Brasil, OMS e Estados Unidos utilizam bases, populações e métodos diferentes, razão pela qual servem para contextualização, não para comparação epidemiológica direta. Outra limitação é a assimetria da literatura, mais concentrada em mães de crianças autistas do que em pais, avós, irmãos, cuidadores de adultos autistas e famílias em contextos de baixa renda. A dimensão de gênero e classe foi incorporada como moderador estrutural do modelo, mas ainda há escassez de estudos capazes de estimar interações entre gênero, renda, raça/cor, território, acesso a serviços e desfechos psicofuncionais. Também há escassez de estudos brasileiros que mensurem simultaneamente atividade física, dor, sono, saúde mental, funcionalidade e características do cuidado. Essas lacunas reforçam, contudo, a pertinência do modelo proposto como agenda de investigação.

Conclusão

A saúde de familiares cuidadores de pessoas autistas precisa ser retirada da posição de variável periférica. O cuidado continuado, quando sustentado sem suporte social suficiente, produz uma compressão psicofuncional que atravessa tempo, corpo, sono, atividade física, dor, saúde mental e participação social. Essa compressão é distribuída de forma desigual por gênero, classe social, renda, território e acesso a serviços, razão pela qual o cuidador não pode ser tratado como sujeito abstrato, sempre disponível e igualmente capaz de aderir a prescrições de autocuidado. A atividade física pode atuar como tecnologia protetiva, mas apenas quando inscrita em condições reais de adesão: apoio familiar, cuidado substitutivo, orientação profissional, teleatendimento complementar, território acessível e programas comunitários. O Modelo de Carga Psicofuncional do Cuidado em Autismo oferece uma síntese causal para esse problema, articulando carga objetiva, mediadores psicobiológicos, mediadores comportamentais, moderadores estruturais e desfechos funcionais. Seu valor não está em fechar a discussão, mas em organizar perguntas melhores para a Educação Física, a Fisioterapia, a reabilitação e a saúde coletiva: quem cuida do corpo de quem cuida, em

quais condições, com quais recursos e sob qual política pública?

Aspectos éticos e disponibilidade dos dados

O estudo utilizou exclusivamente literatura científica, documentos normativos e indicadores secundários de domínio público, sem coleta de dados individuais, contato com participantes, intervenção clínica ou acesso a prontuários. Por essa razão, não houve submissão ao sistema CEP/Conep. As fontes numéricas mobilizadas no manuscrito estão descritas no corpo do texto, nas tabelas e nas referências, permitindo rastreabilidade e reprodução da contextualização comparativa.

Referências

- ALFAKEH, Sulhi; ALJAHDAI, Ghaidaa H.; BENFEEF, Sarah T. Caregiver mental health burden in families of children with autism in Saudi Arabia. **Discover Mental Health**, v. 6, n. 1, art. 65, 2026. DOI: 10.1007/s44192-026-00379-7.
- BRASIL. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 9 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/rcpd>. Acesso em: 9 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para pessoas com Transtorno do Espectro Autista**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf. Acesso em: 9 maio 2026.
- BULL, Fiona C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and

sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Data and statistics on autism spectrum disorder**. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>. Acesso em: 9 maio 2026.

CHAKKARAIAPPAN, Keerthana et al. E-health interventions for caregivers of autistic children: impacts on caregiver well-being and child development: a systematic review. **Discover Psychology**, v. 6, art. 71, 2026. DOI: 10.1007/s44202-025-00551-0.

CHEN, Xing et al. Factors predicting depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorder. **BMC Public Health**, v. 24, art. 387, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-17731-7.

DÜCKERT, Sophia et al. Multidimensional burden on family caregivers of adults with autism spectrum disorder: a scoping review. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2023. DOI: 10.1007/s40489-023-00414-1.

FONG, Vanessa C.; MCLAUGHLIN, Janet; SCHNEIDER, Margaret. "We are exhausted, worn out, and broken": understanding the impact of service satisfaction on caregiver well-being. **Autism Research**, v. 16, n. 11, p. 2198-2207, 2023. DOI: 10.1002/aur.3024.

HERRERO, Rocío et al. The burden and psychological distress of family caregivers of individuals with autism spectrum disorder: a gender approach. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 10, art. 2861, 2024. DOI: 10.3390/jcm13102861.

HIRATA, Helena. **O cuidado: teorias e práticas**. São Paulo: Boitempo, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no

Brasil. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 23 maio 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 9 maio 2026.

JOHNSON, Norah L. et al. Parent physical activity: a systematic review of the literature and recommendations for parents of children with autism spectrum disorder. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 19, n. 2, p. 132-147, 2022.

JOHNSON, Norah L. et al. Correlations of physical and psychological health in parents of individuals with autism spectrum disorder. **Western Journal of Nursing Research**, v. 46, n. 7, 2024. DOI: 10.1177/01939459241253221.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 86, p. 93-103, 2010. DOI: 10.1590/S0101-33002010000100005.

MANNION, Arlene; LEADER, Geraldine. Relationship between child sleep problems in autism spectrum disorder and parent mental health and well-being. **Sleep Medicine**, v. 109, p. 4-10, 2023. DOI: 10.1016/j.sleep.2023.05.009.

MUNKHSAIKHAN, Yanjinkham et al. Social capital and quality of life among caregivers of children with Autism Spectrum Disorder in Mongolia: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 25, art. 3123, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-23246-6.

NOETEL, Michael et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, v. 384, e075847, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-075847.

PATEL, Amar Deep et al. Burden of care and quality of life in caregivers of children and adolescents with autism spectrum disorder. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 70, art. 103030, 2022. DOI: 10.1016/j.ajp.2022.103030.

ROSSI, Eduardo Miranda et al. Intervenção do profissional de Educação Física no Transtorno do Espectro Autista em crianças. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 12, n. 2, 2023. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/2289>. Acesso em: 9 maio 2026.

SÁNCHEZ AMATE, Juan José; LUQUE DE LA ROSA, Antonio. The effect of autism spectrum disorder on family mental health: challenges, emotional impact, and coping strategies. **Brain Sciences**, v. 14, n. 11, art. 1116, 2024. DOI: 10.3390/brainsci14111116.

SHAW, Kelly A. et al. Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 74, n. SS-2, p. 1-22, 2025. DOI: 10.15585/mmwr.ss7402a1.

SINGH, Ben et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. **British Journal of Sports Medicine**, v. 57, n. 18, p. 1203-1209, 2023. DOI: 10.1136/bjsports-2022-106195.

VAN NIEKERK, Karen et al. Caregiver burden among caregivers of children with autism spectrum disorder in a South African context. **South African Journal of Psychiatry**, v. 29, art. 2079, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 9 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 9 maio 2026.

ZHANG, Xiaoxia; KERN, Zackary G.; YUN, Joonkoo. Physical activity and mental health of parents of children with autism spectrum disorder. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 40, n. 4, p. 649-663, 2023. DOI: 10.1123/apaq.2022-0175.

ZHAO, Yanan et al. Gender inequalities in employment of parents caring for children with autism spectrum disorder in China: cross-sectional study. **JMIR Pediatrics and Parenting**, v. 7, e59696, 2024. DOI: 10.2196/59696.