

Segurança em Crises no TEA

*Cuidar, proteger e decidir
quando o corpo entra em colapso*



Azevedo Junior

Segurança em crises no TEA

Cuidar, proteger e decidir quando o corpo entra em colapso

Azevedo jr - 2026

Título da obra:

Segurança em Crises no TEA

Autor:

Azevedo Jr.

Formação e atuação:

Professor e Profissional de Educação Física – atuação em saúde mental e educação

Ano: 2026

Direitos autorais:

© Azevedo Jr., 2026.

Uso autorizado exclusivamente para fins educacionais.

É proibida a reprodução total ou parcial sem autorização do autor.

Sumário

Prefácio

Quando a crise acontece: entre o cuidado, o risco e a decisão

Capítulo 1 – Bases legais e éticas da intervenção em crises no

TEA ----- 09

Direitos da pessoa com TEA, limites da atuação profissional e responsabilidades legais na realidade brasileira.

Capítulo 2 – Crise comportamental no TEA: o que realmente está

acontecendo ----- 20

Diferença entre crise comportamental e surto psicótico, fatores desencadeantes e leitura clínica do comportamento.

Capítulo 3 – A escalada da crise e os sinais que quase sempre

passam despercebidos ----- 30

Fases da crise, indicadores precoces e relação com modelos internacionais de prevenção e desescalonamento

(Crisis Prevention Institute,
Professional Crisis Management Association e
International Crisis Prevention Institute).

Capítulo 4 – Ambiente, risco e tomada de decisão em tempo real

----- 39

Organização do espaço, gatilhos sensoriais, quando agir, quando não agir e o princípio da intervenção mínima necessária.

Capítulo 5 – Defesa pessoal não é contenção ----- 49

Contenção terapêutica, contenção coercitiva, riscos físicos e jurídicos e os limites técnicos da atuação individual.

Capítulo 6 – Segurança corporal aplicada ao cuidado ----- 61

Posicionamento seguro, movimentação estratégica, defesas básicas, livramentos, situações no chão e proteção contra objetos.

Capítulo 7 – Condução segura e preservação da dignidade da pessoa com TEA ----- 72

Redução de danos, proteção mútua e encerramento da crise sem violências desnecessárias.

Capítulo 8 – Considerações finais: cuidar também é saber se proteger ----- 84

A segurança como condição ética para a continuidade do cuidado.

Prefácio

Este eBook não nasceu apenas de uma teoria, nem de um protocolo importado. Ele nasceu do momento exato em que a crise acontece — quando o ambiente se torna inseguro, o corpo reage antes do pensamento e o profissional precisa decidir, em segundos, como proteger sem ferir.

Meu primeiro contato profissional com o Transtorno do Espectro Autista aconteceu ainda na formação inicial, confesso que de forma bem discreta. Com o tempo, porém, a presença de pessoas autistas nos contextos escolares, esportivos e terapêuticos tornou-se cada vez mais frequente — e, junto com ela, surgiram muitos desafios que raramente aparecem nos livros.

Atuo por cerca de 10 anos diretamente com o público TEA, em escolas, projetos institucionais, atividades corporais, inclusive em ambientes aquáticos e de alta exigência física. Em muitos momentos, lidávamos com crises intensas, comportamentos imprevisíveis e riscos reais — para a pessoa atendida, para quem cuidava, e as vezes para os colegas da turma. Nem sempre havia equipe suficiente. Nem sempre havia protocolo pronto. O que existia era a responsabilidade de agir com segurança, ética e humanidade.

Foi nesse cenário que comecei a desenvolver estratégias práticas e buscar conhecimento sobre proteção corporal, organização do ambiente e tomada de decisão em tempo real. Não como técnicas de contenção(falarei mais sobre o assunto mais a frente), mas como formas de **reduzir danos, preservar a dignidade e garantir que todos saíssem inteiros da crise.**

Mais tarde, essa vivência se ampliou com a atuação em contexto hospitalar e com o aprofundamento em áreas como saúde mental e psicanálise, o que refinou ainda mais meu olhar sobre o comportamento humano em situações-limite. Aprendi que, antes de qualquer técnica, existe o corpo — e que o corpo em crise precisa de cuidado, não de controle.

Este material foi pensado para quem está na linha de frente: professores, cuidadores, profissionais da saúde e da educação que enfrentam crises no TEA na prática cotidiana. Ele não promete soluções mágicas, nem fórmulas universais. Oferece, sim, clareza, segurança e fundamento para agir quando agir é inevitável — e para saber não agir quando o melhor cuidado é o recuo.

Se este eBook ajudar você a atravessar uma crise com mais consciência, menos medo e mais respeito pelo humano que existe ali, então ele já cumpriu seu propósito.

Prof.esp. Azevedo

Capítulo 1

Bases legais e éticas da intervenção em crises no TEA

Antes de qualquer técnica, postura corporal ou decisão em situação de crise, existe um ponto que precisa ser inegociável: o cuidado com a pessoa e a proteção de seus direitos.

Este capítulo tem um objetivo simples e, ao mesmo tempo, essencial: ajudar você, profissional, a compreender o que a legislação brasileira permite, exige e limita quando falamos em intervenção em crises envolvendo pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Não se trata de transformar o profissional em jurista. Trata-se de oferecer segurança para a prática.

Na realidade cotidiana das escolas, clínicas, projetos sociais e atendimentos individuais, muitas intervenções são feitas sem clareza sobre seus limites legais. Isso gera dois riscos graves: o risco de violar direitos da pessoa atendida e o risco de expor o próprio profissional a responsabilizações éticas, administrativas e judiciais.

1.1 A crise no TEA como situação de cuidado — não de punição

A crise comportamental no TEA precisa ser compreendida como um evento de sofrimento, desorganização emocional e sobrecarga sensorial ou relacional.

Ela não é, por si, um ato de indisciplina, desobediência ou transgressão.

Essa compreensão é coerente com os referenciais internacionais de saúde mental, como os da World Health Organization, que defendem a centralidade dos direitos humanos, da dignidade e da redução de danos na atenção a pessoas em sofrimento psíquico.

Do ponto de vista ético, isso significa reconhecer que:

- o comportamento não é um problema isolado;
- o contexto, o ambiente e as condições de cuidado fazem parte da crise;
- qualquer intervenção deve priorizar proteção, e não controle.

1.2 A Lei nº 10.216/2001 e a lógica da proteção em saúde mental

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece um marco fundamental para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Embora não seja uma lei específica sobre autismo, ela se aplica plenamente às situações de crise envolvendo pessoas com TEA, especialmente quando há risco à integridade física ou sofrimento intenso.

Entre seus princípios centrais, destacam-se:

- a proteção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico;
- a priorização de cuidados em serviços abertos e comunitários;
- a vedação de práticas abusivas, constrangedoras ou degradantes.

Na prática, essa lei sustenta um princípio fundamental para o trabalho em crises:

toda intervenção deve ser terapêutica, protetiva e proporcional.

Isso significa que não se justifica uma intervenção corporal, ambiental ou física se:

- não houver risco real à integridade da pessoa ou de terceiros;
- houver alternativas menos invasivas disponíveis;
- a intervenção tiver finalidade punitiva, disciplinar ou de contenção moral.

1.3 A Lei nº 12.764/2012 e os direitos da pessoa com TEA

A Lei nº 12.764/2012 institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconhece, de forma explícita, a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Entre os direitos assegurados, destacam-se:

- o acesso à saúde;
- o atendimento multiprofissional;
- a proteção contra qualquer forma de negligência, discriminação, violência ou tratamento desumano.

Para o profissional que atua em situações de crise, essa lei produz uma consequência direta:

a intervenção não pode gerar humilhação, exposição indevida, constrangimento ou sofrimento desnecessário.

Isso vale tanto para escolas quanto para clínicas, hospitais, projetos esportivos, centros de atendimento ou atendimentos individuais.

1.4 O limite ético da intervenção física

Um dos pontos mais sensíveis — e mais mal compreendidos — no manejo de crises é a intervenção física.

A legislação brasileira não autoriza, de forma genérica, a contenção corporal como procedimento padrão. O que existe é a possibilidade de intervenção **excepcional**, quando:

- há risco concreto e imediato;
- não há outra forma eficaz de proteção naquele momento;
- a intervenção é a mínima necessária para cessar o risco.

Esse entendimento é coerente com as diretrizes técnicas adotadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, que orientam que práticas coercitivas devem ser evitadas e substituídas por estratégias de cuidado, vínculo e organização do ambiente sempre que possível.

Portanto, é fundamental diferenciar:

- intervenção para proteção
de
- intervenção para contenção.

A primeira busca reduzir danos. A segunda, quando realizada sem critério, pode produzir agravamento da crise, trauma e violação de direitos.

1.5 Princípio da intervenção mínima necessária

No contexto das crises no TEA, o princípio da intervenção mínima necessária é um eixo ético central.

Ele se traduz, na prática, em três perguntas que o profissional deve fazer, mesmo que mentalmente, no calor da situação:

1. Existe risco real agora?
2. Existe uma forma menos invasiva de proteger?
3. O que eu vou fazer protege ou agrava a situação?

Esse princípio encontra respaldo na literatura científica sobre manejo de comportamentos desafiadores, que aponta que intervenções

físicas mal indicadas tendem a aumentar a frequência e a intensidade de crises futuras (HUCKSHORN, 2004; ALLEN et al., 2005).

Em outras palavras, quanto mais coercitiva é a intervenção, maior tende a ser a escalada comportamental posterior.

1.6 Responsabilidade profissional e proteção jurídica

Outro ponto que precisa ser dito de forma clara e acolhedora:

a ausência de formação específica não protege o profissional de responsabilização.

Quando um profissional atua fora de protocolos institucionais claros, sem registro, sem fundamentação técnica e sem respeito aos limites legais, ele se expõe a:

- processos administrativos;
- ações civis;
- denúncias éticas.

Por isso, a formação em segurança no manejo de crises não deve ser vista como um diferencial, mas como uma medida de proteção mútua:

para a pessoa atendida e para quem cuida.

1.7 Ética do cuidado em situações-limite

A crise coloca o profissional diante de um paradoxo: agir pode causar dano, mas não agir também pode.

É justamente nesse ponto que a ética do cuidado se diferencia da lógica da obediência e da correção.

Cuidar, em situações-limite, é:

- sustentar a dignidade da pessoa mesmo quando o comportamento é intenso;
- proteger sem dominar;
- intervir sem violentar;
- encerrar a crise sem produzir novas feridas.

Este eBook parte desse compromisso.

Antes de ensinar posicionamentos, deslocamentos e estratégias corporais, é preciso firmar um chão ético e legal sólido. Sem isso, qualquer técnica perde sentido.

Referências

- ALLEN, D. et al. The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, v. 18, n. 3, p. 195-202, 2005.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2001.
- 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- HUCKSHORN, K. A. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, v. 42, n. 9, p. 22-33, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.Mental health action plan 2013–
2020. Geneva: WHO, 2013.

Capítulo 2

Crise comportamental no TEA: o que realmente está acontecendo

Antes de qualquer estratégia de manejo, existe uma pergunta que quase sempre fica sem resposta no cotidiano institucional:

o que, de fato, está acontecendo quando uma pessoa com TEA entra em crise?

Este capítulo foi construído para ajudar você a diferenciar, de forma clara e prática, três coisas que costumam ser confundidas no dia a dia:

- crise comportamental no TEA;
- desorganização emocional intensa;
- surto de natureza psicótica.

Essa distinção não é apenas conceitual.

Ela muda completamente a forma de cuidar, intervir e proteger.

2.1 O que chamamos de crise comportamental no TEA

No contexto do Transtorno do Espectro Autista, a crise comportamental não deve ser entendida como um “episódio de mau comportamento”.

A literatura científica descreve esse tipo de crise como uma resposta intensa do organismo a situações de:

- sobrecarga sensorial,
- frustração comunicativa,
- alterações de rotina,
- exigências acima da capacidade de regulação emocional naquele momento.

Comportamentos como gritos, choro intenso, fuga, autoagressão, agressões a terceiros ou destruição de objetos aparecem, muitas vezes, como **formas de comunicação em colapso**, e não como atos intencionais de confronto.

Estudos clássicos sobre comportamentos desafiadores no autismo demonstram que esses episódios estão fortemente associados a dificuldades de comunicação, déficits de autorregulação e alterações ambientais (MATSON; DORFMAN, 2017).

Portanto, é fundamental compreender que:

a crise não é um evento isolado; ela é um desfecho.

2.2 Crise comportamental não é surto psicótico

Na prática institucional, é muito comum que qualquer episódio de agitação intensa seja rotulado como “surto”.

Do ponto de vista técnico, isso é um erro.

O surto psicótico envolve, de forma predominante:

- alterações importantes da percepção da realidade,
- delírios,
- alucinações,
- desorganização do pensamento.

Essas manifestações estão descritas nos sistemas diagnósticos internacionais, como os manuais da American Psychiatric Association.

Na crise comportamental no TEA, o núcleo do problema não está na ruptura com a realidade, mas na ruptura da capacidade de regulação.

Em termos práticos, isso significa que:

- a pessoa permanece respondendo ao ambiente;

- os estímulos sensoriais continuam modulando o comportamento;
- a presença, o tom de voz, o espaço físico e a previsibilidade interferem diretamente na evolução da crise.

Confundir esses quadros produz consequências sérias, como:

- medicalização inadequada,
- intervenções excessivamente restritivas,
- leitura equivocada do comportamento.

2.3 A crise como expressão de sobrecarga

A compreensão contemporânea do comportamento no autismo aponta que muitos episódios de crise estão relacionados a estados prolongados de estresse, ansiedade e sobrecarga sensorial.

Pesquisas mostram que pessoas autistas apresentam maior vulnerabilidade a estados de ansiedade e dificuldades na modulação emocional, especialmente em contextos imprevisíveis e socialmente exigentes (KERNS et al., 2014).

Isso ajuda a compreender por que, muitas vezes, a crise não começa no momento da explosão.

Ela começa antes:

- no excesso de estímulos visuais e sonoros,
- na mudança inesperada de atividade,
- na dificuldade de compreender comandos,
- na dor física não verbalizada,
- no cansaço acumulado.

A explosão comportamental é apenas a parte visível.

2.4 Comportamentos agressivos no TEA: um fenômeno multifatorial

A agressividade, quando presente em crises no TEA, não pode ser atribuída a um único fator.

Estudos indicam associação entre comportamentos agressivos e:

- dificuldades severas de comunicação,
- presença de comorbidades psiquiátricas,

- níveis elevados de ansiedade,
- contextos ambientais pouco estruturados (MAZUREK et al., 2013).

Isso reforça um ponto central para o profissional:

a crise não é um problema exclusivamente da pessoa.

Ela é sempre uma interação entre pessoa, ambiente e exigência.

Esse entendimento desloca a responsabilidade do corpo do indivíduo para o campo do cuidado.

2.5 A importância da leitura funcional do comportamento

No manejo contemporâneo do autismo, a análise funcional do comportamento é considerada uma ferramenta essencial para compreender crises.

De forma didática, essa leitura busca responder:

- o que acontece antes da crise?
- o que acontece durante?
- o que acontece depois?

Segundo Matson e Dorfman (2017), a identificação dos antecedentes e das consequências ambientais permite compreender a função do comportamento, favorecendo intervenções mais preventivas e menos reativas.

Para quem atua diretamente na linha de frente, isso significa:

- observar padrões,
- reconhecer gatilhos recorrentes,
- evitar interpretações morais do comportamento.

2.6 Por que a crise deve ser tratada como evento de cuidado

As diretrizes internacionais em saúde mental, como as orientações da World Health Organization, reforçam que situações de desorganização comportamental devem ser abordadas sob a lógica da proteção, da dignidade e da redução de danos.

Aplicado ao TEA, isso implica compreender que:

- a pessoa em crise está em sofrimento,
- o comportamento não pode ser tratado como desvio a ser corrigido,
- a intervenção deve buscar reorganização e segurança.

Esse ponto é fundamental para este eBook.

Não se trata de ensinar técnicas para “controlar crises”, mas de sustentar um cuidado possível quando a autorregulação falha.

2.7 Implicações práticas para o profissional

Quando o profissional compreende a crise como fenômeno de sobrecarga e não como indisciplina, três mudanças ocorrem na prática:

1. O ambiente passa a ser parte central da intervenção.
2. A leitura do corpo e da comunicação não verbal ganha prioridade.
3. A intervenção física deixa de ser resposta automática e passa a ser último recurso.

Essa mudança de perspectiva não elimina o risco, mas qualifica a tomada de decisão.

Ela também prepara o terreno para o próximo capítulo, no qual discutiremos como a crise se organiza ao longo do tempo, por meio da escalada comportamental e de seus sinais precoces.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

DSM-5-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.

5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

KERNS, C. M. et al.

Anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a meta-analysis.

Clinical Psychology Review, v. 34, n. 6, p. 475-486, 2014.

MATSON, J. L.; DORFMAN, S.

Behavioral treatment of aggression in individuals with autism spectrum disorders.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 35, p. 1-10, 2017.

MAZUREK, M. O. et al.

Aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders: prevalence and risk factors.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 7, n. 12, p. 1677-1685, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Guidelines on mental health at work.

Geneva: WHO, 2022.

Capítulo 3

A escalada da crise e os sinais que quase sempre passam despercebidos

Um dos maiores equívocos no manejo das crises no TEA é tratá-las como eventos súbitos.

Na prática clínica e educacional, a maioria das crises **se constrói ao longo do tempo**.

Este capítulo tem um objetivo direto: ajudar você a reconhecer **os sinais iniciais da desorganização**, antes que o corpo chegue ao limite.

Perceber a escalada da crise não elimina todas as situações de risco, mas amplia — e muito — a possibilidade de prevenção.

3.1 A crise não começa no pico

Quando o comportamento explode, o processo já está em curso.

Modelos internacionais de prevenção de crises, como os utilizados pelo

Crisis Prevention Institute, pela

Professional Crisis Management Association e pelo

International Crisis Prevention Institute,

descrevem a crise como um fenômeno progressivo.

Apesar das variações terminológicas, existe um consenso técnico:

a crise evolui em etapas previsíveis.

No contexto do TEA, essa progressão costuma ser ainda mais clara, porque o corpo responde de forma intensa às alterações do ambiente.

3.2 Um modelo didático de escalada da crise no TEA

Para fins práticos, neste eBook utilizaremos uma leitura em quatro momentos:

a) Estado de organização funcional

A pessoa está regulada, ainda que apresente características próprias do espectro.

b) Desorganização inicial

Surgem sinais corporais e comportamentais de sobrecarga.

c) Escalada

A capacidade de autorregulação diminui rapidamente.

d) Pico da crise

O corpo entra em modo de defesa.

Este modelo não substitui avaliações clínicas, mas auxilia a tomada de decisão no cotidiano.

3.3 Sinais precoces mais frequentes no TEA

Os sinais iniciais raramente são dramáticos.

Na maioria das vezes, são sutis.

Entre os mais observados na prática, destacam-se:

- aumento de estereotipias motoras;
- alteração abrupta no ritmo corporal;
- rigidez postural;
- evitação de contato ou aproximação excessiva;
- vocalizações repetitivas ou aumento do volume de voz;
- tentativas de fuga do ambiente;
- maior sensibilidade a sons, luzes e proximidade física.

Estudos indicam que comportamentos desafiadores no autismo estão fortemente associados a estados de ansiedade, estresse e sobrecarga sensorial (KERNS et al., 2014; MAZUREK et al., 2013).

O ponto central é:

o corpo anuncia a crise antes do comportamento extremo.

3.4 A fase de escalada: quando a janela de cuidado ainda existe

Durante a fase de escalada, a pessoa ainda responde ao ambiente.

Isso é decisivo para o profissional.

Nessa etapa, pequenas mudanças podem produzir grandes efeitos, como:

- redução de estímulos sensoriais;
- reorganização do espaço;
- diminuição da exigência comunicacional;
- simplificação de comandos;
- oferta de previsibilidade.

Modelos internacionais de prevenção de crises apontam que intervenções precoces reduzem significativamente a probabilidade de contenções e medidas restritivas posteriores (HUCKSHORN, 2004).

No TEA, essa janela é especialmente importante.

Quando ela se fecha, a intervenção passa a ser predominantemente protetiva — e não preventiva.

3.5 Por que o profissional costuma perder esses sinais?

Na rotina institucional, três fatores contribuem para a perda dos sinais iniciais:

- múltiplas demandas simultâneas;
- foco excessivo no comportamento final (grito, agressão, fuga);
- ausência de formação para leitura corporal da crise.

A literatura mostra que equipes treinadas para identificar padrões antecedentes conseguem reduzir a frequência de comportamentos graves e a necessidade de intervenções físicas (ALLEN et al., 2005).

Isso reforça uma ideia simples, porém potente:

ler a escalada é uma competência profissional.

3.6 Escalada não é desobediência

Outro ponto sensível é a interpretação moral da desorganização.

Quando a escalada é lida como “birra”, “desafio” ou “falta de limite”, o ambiente tende a se tornar mais exigente exatamente no momento em que o organismo está menos capaz de responder.

Do ponto de vista técnico, isso costuma:

- intensificar a ativação emocional,
- aumentar a probabilidade de agressões,
- prolongar a duração da crise.

A compreensão contemporânea do comportamento no autismo sustenta que a escalada representa perda progressiva de autorregulação, e não escolha consciente de confronto (MATSON; DORFMAN, 2017).

3.7 Implicações práticas para o manejo seguro

Para o profissional que atua diretamente com pessoas com TEA, reconhecer a escalada significa:

- priorizar a observação do corpo antes do comportamento final;
- agir preventivamente no ambiente;
- ajustar sua própria postura corporal e comunicacional;
- reduzir demandas quando a capacidade de resposta já está comprometida.

Essa leitura prepara o terreno para o próximo capítulo, no qual discutiremos como o ambiente físico e sensorial interfere diretamente na tomada de decisão e na segurança durante a crise.

Referências

ALLEN, D. et al.

The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 18, n. 3, p. 195-202, 2005.

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22-33, 2004.

KERNS, C. M. et al.

Anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a meta-analysis.

Clinical Psychology Review, v. 34, n. 6, p. 475-486, 2014.

MATSON, J. L.; DORFMAN, S.

Behavioral treatment of aggression in individuals with autism spectrum disorders.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 35, p. 1-10, 2017.

MAZUREK, M. O. et al.

Aggression in children and adolescents with autism spectrum

disorders: prevalence and risk factors.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 7, n. 12, p. 1677-1685,

2013.

Capítulo 4

Ambiente, risco e tomada de decisão em tempo real

Na prática cotidiana, a crise não acontece no vazio.

Ela acontece **em um espaço**, atravessada por ruídos, pessoas, objetos, circulação, pressa, expectativas e limites institucionais.

Por isso, antes de pensar em qualquer intervenção direta sobre a pessoa, é fundamental olhar para um elemento que costuma ser subestimado:

o ambiente é parte ativa da crise.

Este capítulo foi construído para ajudar você a desenvolver uma leitura rápida, possível e realista do cenário, favorecendo decisões mais seguras — tanto para a pessoa com TEA quanto para quem cuida.

4.1 O ambiente como fator de risco — e de proteção

Estudos sobre comportamento e autorregulação no autismo mostram que estímulos sensoriais excessivos, imprevisibilidade ambiental e mudanças abruptas de contexto estão fortemente associados ao aumento de estresse e à intensificação de

comportamentos desafiadores (KERNS et al., 2014; MAZUREK et al., 2013).

Isso significa que o ambiente não é apenas pano de fundo.

Ele atua diretamente sobre o sistema nervoso.

Iluminação intensa, barulho, aglomeração, circulação constante de pessoas, excesso de comandos verbais e objetos espalhados podem funcionar como amplificadores da crise.

Por outro lado, pequenos ajustes ambientais costumam produzir efeitos relevantes na redução da escalada.

4.2 Segurança ambiental é intervenção de cuidado

As diretrizes internacionais em saúde mental, como as orientações da

World Health Organization, destacam que a organização dos espaços e a redução de fatores de risco fazem parte das estratégias centrais de prevenção de eventos críticos.

No campo do TEA, isso se traduz de forma muito objetiva:

organizar o ambiente também é cuidar.

Isso inclui:

- reduzir estímulos sonoros sempre que possível;
- diminuir a circulação de pessoas durante a crise;
- retirar objetos que possam ser arremessados;
- evitar aglomeração ao redor da pessoa em desorganização;
- preservar rotas de saída e deslocamento seguro.

Na maioria das situações, essas medidas produzem mais efeito do que tentativas diretas de controle do comportamento.

4.3 Avaliação rápida de risco: o que observar em segundos

Em situações reais, o profissional não dispõe de tempo para análises complexas.

Por isso, uma leitura rápida do risco precisa se apoiar em quatro eixos simples:

a) risco para a própria pessoa

queda, colisão, autoagressão, contato com objetos cortantes ou superfícies perigosas.

b) risco para terceiros

crianças próximas, outros usuários, profissionais e familiares.

c) risco ambiental

objetos soltos, portas abertas para áreas externas, degraus, piscina, equipamentos, vidros.

d) risco para o próprio profissional

posição corporal inadequada, bloqueio de rotas de saída, proximidade excessiva sem apoio.

Essa leitura não tem como objetivo decidir se haverá intervenção física, mas definir o grau de proteção ambiental necessário.

4.4 Gatilhos ambientais e sensoriais mais frequentes

A literatura sobre autismo aponta que estímulos sensoriais são gatilhos altamente relevantes em crises comportamentais (KERNS et al., 2014).

Na prática, os mais observados incluem:

- ruídos intensos ou intermitentes;
- sobreposição de vozes;
- iluminação artificial muito forte;
- ambientes visualmente poluídos;
- toque inesperado;

- proximidade corporal excessiva.

Além dos estímulos sensoriais, existem gatilhos organizacionais, como:

- mudanças súbitas de atividade;
- espera prolongada sem previsibilidade;
- exigências simultâneas;
- comandos verbais complexos durante a escalada.

Reconhecer esses fatores ajuda o profissional a atuar antes do pico da crise.

4.5 Quando agir — e quando não agir

Um dos maiores desafios na segurança em crises é saber diferenciar:

a urgência real
da urgência emocional.

Nem toda desorganização exige intervenção direta.

Intervir de forma precipitada, especialmente durante a fase de escalada, pode:

- aumentar a ativação emocional,

- reduzir a sensação de controle da pessoa,
- intensificar comportamentos defensivos.

Por isso, a decisão de agir deve estar ancorada, prioritariamente, na existência de risco concreto.

Quando não há risco imediato, a prioridade deve ser:

- reorganizar o ambiente;
- reduzir demandas;
- aumentar previsibilidade;
- diminuir a exposição sensorial.

Esse princípio é coerente com as orientações técnicas nacionais do Ministério da Saúde, que defendem a priorização de estratégias não coercitivas e a redução de práticas restritivas no cuidado em saúde mental.

4.6 O princípio da intervenção mínima aplicada ao ambiente

No capítulo anterior, discutimos o princípio da intervenção mínima necessária.

No campo ambiental, ele se traduz de forma prática:

intervir primeiro no espaço, não no corpo.

Antes de qualquer aproximação física, o profissional deve perguntar-se:

- o ambiente pode ser reorganizado agora?
- alguém pode ser afastado?
- algum estímulo pode ser reduzido?
- algum objeto pode ser retirado?

Na maioria das situações, a reorganização ambiental reduz significativamente a necessidade de intervenções diretas posteriores (HUCKSHORN, 2004).

4.7 A tomada de decisão em tempo real

A tomada de decisão em crises no TEA não é apenas técnica. Ela é atravessada por medo, pressão institucional, olhar de terceiros e insegurança profissional.

Por isso, é fundamental sustentar alguns critérios simples:

- proteger sempre vem antes de controlar;
- o ambiente é a primeira linha de intervenção;
- a dignidade da pessoa não pode ser sacrificada em nome da rapidez;

- o profissional também precisa estar seguro.

Decidir não intervir fisicamente, quando não há risco imediato, também é uma decisão técnica.

4.8 Implicações práticas para o profissional

A leitura ambiental qualificada permite:

- antecipar riscos;
- diminuir a intensidade da crise;
- proteger a pessoa sem gerar novas fontes de estresse;
- preservar a segurança da equipe.

Este capítulo prepara a base para o próximo, no qual discutiremos uma das maiores confusões no campo do manejo de crises:

a diferença entre defesa pessoal, contenção física e contenção terapêutica.

Referências

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22-33, 2004.

KERNS, C. M. et al.

Anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a meta-analysis.

Clinical Psychology Review, v. 34, n. 6, p. 475-486, 2014.

MAZUREK, M. O. et al.

Aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders: prevalence and risk factors.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 7, n. 12, p. 1677–1685, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Guidelines on mental health at work.

Geneva: WHO, 2022.

Capítulo 5

Defesa pessoal, contenção física e contenção terapêutica:

diferenças que protegem — ou expõem

Na prática cotidiana, um dos pontos que mais gera confusão — e também maior risco — é o uso indistinto de expressões como *defesa, contenção, imobilização e controle*.

Este capítulo existe para esclarecer, de forma didática e acolhedora, uma distinção fundamental:

defesa pessoal não é contenção física.

e contenção física não é, automaticamente, contenção terapêutica.

Compreender essa diferença é decisivo para a segurança da pessoa com TEA e para a proteção profissional de quem atua na linha de frente.

5.1 Por que essa confusão é tão comum?

Em muitos contextos educacionais, clínicos e sociais, profissionais aprendem “na prática” a lidar com crises.

Sem formação específica, técnicas de autoproteção acabam sendo improvisadas como formas de contenção.

Além disso, parte da literatura institucional utiliza o termo *physical intervention* ou *physical restraint* de maneira ampla, o que contribui para interpretações equivocadas.

O resultado é um campo nebuloso, no qual:

- estratégias de autoproteção são confundidas com contenção;
- técnicas de contenção são aplicadas sem estrutura adequada;
- intervenções corporais são realizadas sem critérios claros de indicação.

5.2 O que é defesa pessoal no contexto do cuidado

Neste eBook, utilizamos o termo **defesa pessoal aplicada ao cuidado** para designar estratégias corporais voltadas exclusivamente para:

- proteger a integridade física do profissional;
- interromper uma agressão imediata;
- criar espaço corporal seguro;
- possibilitar afastamento ou reorganização do ambiente.

A defesa pessoal, nesse contexto, tem como finalidade principal:

cessar o risco, não controlar a pessoa.

Ela se caracteriza por:

- ações breves;
- foco na proteção e no deslocamento;
- ausência de intenção de imobilização prolongada;
- prioridade para retirada do profissional da zona de risco.

Trata-se de uma intervenção de autoproteção.

5.3 O que é contenção física

A contenção física envolve técnicas corporais destinadas a restringir, parcial ou totalmente, os movimentos da pessoa.

Do ponto de vista técnico, isso significa:

- limitar deslocamentos,
- bloquear membros,
- sustentar posições corporais.

A literatura internacional considera a contenção física uma **medida restritiva** e não uma estratégia de cuidado de primeira linha.

Modelos de formação em prevenção de crises, como os utilizados pelo

Crisis Prevention Institute, pela

Professional Crisis Management Association e pelo

International Crisis Prevention Institute,

são claros ao estabelecer que:

- a contenção deve ser excepcional;
- exige treinamento específico;
- pressupõe atuação coordenada de mais de um profissional;
- deve estar inserida em protocolos institucionais formais.

5.4 Contenção terapêutica não é contenção coercitiva

Um ponto central é a distinção entre:

contenção terapêutica

e

contenção coercitiva.

A contenção terapêutica é definida, na literatura em saúde mental, como uma intervenção excepcional, realizada para proteção imediata, com finalidade claramente assistencial e com monitoramento contínuo.

Já a contenção coercitiva ocorre quando:

- é usada como resposta disciplinar;
- visa impor obediência;
- não está vinculada a risco real;
- prolonga-se além do necessário.

Diretrizes internacionais em saúde mental, como as da World Health Organization, apontam que práticas coercitivas aumentam o risco de danos físicos, psicológicos e de ruptura do vínculo terapêutico.

5.5 Por que a contenção física é especialmente delicada no TEA

No contexto do Transtorno do Espectro Autista, a contenção física apresenta riscos adicionais.

Pessoas com TEA, em situação de crise, costumam apresentar:

- hipersensibilidade tátil;
- reatividade intensa ao toque inesperado;
- dificuldade de compreender comandos verbais durante a desorganização.

Estudos indicam que intervenções físicas mal indicadas estão associadas a:

- aumento da intensidade de comportamentos agressivos posteriores;
- elevação do estresse e da ansiedade;
- maior frequência de novas crises (ALLEN et al., 2005; HUCKSHORN, 2004).

Além disso, experiências de restrição corporal podem ser vivenciadas como eventos traumáticos, especialmente quando ocorrem sem comunicação clara e sem previsibilidade.

5.6 O risco técnico e o risco legal da contenção inadequada

Quando a contenção é realizada:

- sem equipe suficiente;
- sem treinamento específico;
- sem protocolo institucional;
- sem registro formal;

o profissional se expõe simultaneamente a dois níveis de risco:

risco físico

(lesões, quedas, compressões, acidentes);

risco jurídico e ético

(responsabilização civil, administrativa e ética).

No Brasil, as orientações técnicas do

Ministério da Saúde reforçam a necessidade de redução de práticas restritivas e priorização de estratégias de cuidado, ambiente e vínculo nos serviços de saúde mental.

Embora muitos profissionais do campo educacional não estejam formalmente inseridos no SUS, o princípio técnico é o mesmo: a contenção não deve ser naturalizada.

5.7 Quando a defesa pessoal é indicada

A defesa pessoal aplicada ao cuidado é indicada quando:

- ocorre agressão direta e imediata;
- há risco concreto ao profissional ou a terceiros;
- não há possibilidade de reorganização ambiental naquele momento;
- a aproximação é inevitável.

Nesses casos, a prioridade é:

- proteger-se;
- criar distância corporal;
- reorganizar o espaço;
- permitir que a crise possa seguir seu curso sem agravamento.

A defesa, portanto, não substitui estratégias preventivas.

Ela existe para os momentos em que a prevenção já não foi suficiente.

5.8 Um princípio prático para a tomada de decisão

Uma pergunta simples ajuda a diferenciar defesa de contenção:

eu estou tentando sair da situação ou fazer a pessoa permanecer nela?

Se a ação tem como objetivo principal:

- afastar-se,
- proteger-se,
- abrir espaço,

trata-se de defesa.

Se a ação tem como objetivo:

- manter a pessoa no lugar,
- controlar seus movimentos por tempo prolongado,

trata-se de contenção.

Essa distinção é essencial para a prática segura.

5.9 Implicações para o profissional que atua com TEA

Para quem trabalha diretamente com crises no TEA, este capítulo sustenta três compromissos:

1. A defesa pessoal é um recurso legítimo de proteção.
2. A contenção física é um recurso excepcional e institucional.
3. A dignidade da pessoa deve permanecer como eixo da decisão.

O próximo capítulo aprofundará exatamente como a segurança corporal pode ser aplicada na prática, sem transformar o cuidado em confronto.

Referências

ALLEN, D. et al.

The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 18, n. 3, p. 195–202, 2005.

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22–33, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Strategies to end the use of seclusion, restraint and coercion in mental health settings.

Geneva: WHO, 2021.

CRISIS PREVENTION INSTITUTE.

Nonviolent crisis intervention training program overview.

Milwaukee: CPI, 2022.

PROFESSIONAL CRISIS MANAGEMENT ASSOCIATION.

Professional crisis management: principles and practices.

Portsmouth: PCMA, 2021.

INTERNATIONAL CRISIS PREVENTION INSTITUTE.

Crisis prevention and intervention guidelines.

Orlando: ICPI, 2020.

Capítulo 6

Segurança corporal aplicada ao cuidado

Chegamos, neste eBook, ao ponto mais delicado — e, ao mesmo tempo, mais necessário:

o uso do próprio corpo como recurso de proteção em situações de crise.

Este capítulo não tem a finalidade de ensinar técnicas marciais, imobilizações ou procedimentos operacionais.

Seu objetivo é oferecer **princípios técnicos de segurança corporal**, compatíveis com a ética do cuidado e com a realidade do atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Em outras palavras: trata-se de aprender a **proteger sem transformar o cuidado em confronto.**

6.1 Segurança corporal não é técnica de luta

Um erro frequente na formação prática de profissionais é a importação direta de técnicas de artes marciais, defesa pessoal urbana ou treinamentos militares para contextos de cuidado.

No campo da saúde e da educação, o uso do corpo precisa obedecer a outra lógica:

- proteção e não neutralização;

- afastamento e não domínio;
- organização do espaço e não imobilização.

Modelos internacionais de prevenção de crises utilizados por instituições como o

Crisis Prevention Institute, a

Professional Crisis Management Association e o

International Crisis Prevention Institute

são consistentes ao afirmar que qualquer intervenção corporal deve ser orientada pela redução de danos e pela preservação da dignidade.

6.2 O corpo do profissional como primeiro recurso de proteção

Antes de qualquer aproximação, o profissional precisa reconhecer um princípio simples:

o seu próprio corpo é parte do ambiente.

Isso significa que:

- postura,
- distância,
- orientação corporal,

- posicionamento no espaço,

interferem diretamente na evolução da crise.

Estudos sobre manejo de comportamentos desafiadores indicam que posturas corporais não ameaçadoras, previsíveis e estáveis reduzem a probabilidade de respostas defensivas intensas (ALLEN et al., 2005).

No contexto do TEA, essa sensibilidade corporal torna-se ainda mais relevante, devido à hipersensibilidade tátil e à dificuldade de processamento social durante a escalada.

6.3 Princípios técnicos de posicionamento seguro

Em situações de crise, alguns princípios gerais de posicionamento corporal devem ser priorizados:

- manter rotas de saída desobstruídas;
- evitar bloqueio frontal direto, sempre que possível;
- preservar distância funcional de segurança;
- posicionar-se de forma a observar mãos e deslocamentos;
- evitar encerrar a pessoa em espaços fechados.

Esses princípios não substituem formação prática supervisionada, mas reduzem significativamente o risco de colisões, quedas e reações defensivas abruptas.

Segundo Huckshorn (2004), intervenções que respeitam espaço interpessoal e previsibilidade corporal diminuem a necessidade posterior de medidas restritivas.

6.4 Movimentação estratégica: deslocar para proteger

No contexto da segurança aplicada ao cuidado, a movimentação não tem como finalidade conduzir ou controlar a pessoa.

Ela tem três funções principais:

- criar espaço seguro;
- reorganizar o ambiente;
- permitir afastamento progressivo.

Na prática, isso significa priorizar deslocamentos que:

- afastem a pessoa de áreas de risco;
- evitem proximidade excessiva de terceiros;
- reduzam estímulos ambientais.

A literatura aponta que estratégias baseadas em reorganização ambiental e espacial são mais eficazes e menos invasivas do que intervenções corporais diretas (HUCKSHORN, 2004; ALLEN et al., 2005).

6.5 Defesas básicas e livramentos: o princípio da autoproteção

Quando ocorre agressão direta e imediata, entram em cena as chamadas defesas básicas e estratégias de livramento.

No âmbito deste eBook, essas estratégias devem ser compreendidas como:

ações breves de autoproteção para cessar o risco e permitir afastamento.

Elas não têm como objetivo:

- imobilizar,
- dominar,
- submeter.

Têm como finalidade:

- proteger regiões vulneráveis do corpo;
- interromper o contato agressivo;

- possibilitar reorganização do espaço.

Esse entendimento é coerente com as diretrizes internacionais de redução de contenções e coerções em saúde mental, propostas pela World Health Organization.

6.6 Situações no chão: um cenário de alto risco

Situações em que a pessoa e o profissional se encontram no solo representam um dos contextos de maior risco físico.

Quedas, compressões torácicas, bloqueio de vias aéreas e lesões articulares são eventos descritos na literatura como riscos associados a intervenções corporais inadequadas (ALLEN et al., 2005).

Por esse motivo, recomenda-se que:

- o foco seja a reorganização para retorno à posição funcional;
- não se prolonguem situações de contato no chão;
- não se utilize o peso corporal como estratégia de contenção.

Em pessoas com TEA, o contato corporal intenso e imprevisível tende a ampliar a resposta defensiva e a desorganização sensorial.

6.7 Condução segura e proteção contra objetos

A condução, quando necessária, deve ter como único objetivo:

retirar a pessoa de uma situação de risco imediato.

Nunca deve ser utilizada para:

- forçar cumprimento de tarefas;
- deslocar para punição;
- impor controle.

Em relação à presença de objetos, a literatura em prevenção de crises é clara ao afirmar que:

a primeira medida é ambiental, não corporal.

Ou seja:

- retirar objetos de risco,
- afastar pessoas,
- ampliar espaço físico,

antes de qualquer tentativa de aproximação.

6.8 A segurança corporal também protege o vínculo

Um aspecto frequentemente ignorado é o impacto das intervenções corporais sobre o vínculo.

Estudos mostram que experiências coercitivas aumentam a probabilidade de comportamentos defensivos futuros e reduzem a confiança nas figuras de cuidado (HUCKSHORN, 2004).

No TEA, em que a previsibilidade relacional é central para a sensação de segurança, isso é ainda mais sensível.

Portanto, aplicar segurança corporal de forma ética significa também:

preservar a possibilidade de cuidado depois da crise.

6.9 Implicações práticas para o profissional

A segurança corporal aplicada ao cuidado exige que o profissional:

- reconheça seus próprios limites físicos;
- evite improvisações técnicas;
- compreenda que a formação prática supervisionada é indispensável;

- priorize sempre estratégias ambientais e preventivas.

Este capítulo não substitui treinamentos presenciais, mas oferece um referencial técnico para que a prática corporal esteja alinhada com a ética, a legislação e a ciência.

No próximo capítulo, discutiremos a condução segura da crise até seu encerramento, com foco na preservação da dignidade da pessoa com TEA e na redução de danos após o pico comportamental.

Referências

ALLEN, D. et al.

The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 18, n. 3, p. 195–202, 2005.

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22–33, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Strategies to end the use of seclusion, restraint and coercion in mental health settings.

Geneva: WHO, 2021.

CRISIS PREVENTION INSTITUTE.

Nonviolent crisis intervention training program overview.

Milwaukee: CPI, 2022.

PROFESSIONAL CRISIS MANAGEMENT ASSOCIATION.

Professional crisis management: principles and practices.

Portsmouth: PCMA, 2021.

INTERNATIONAL CRISIS PREVENTION INSTITUTE.

Crisis prevention and intervention guidelines.

Orlando: ICPI, 2020.

Capítulo 7

Condução segura e preservação da dignidade da pessoa com TEA

Quando a fase mais intensa da crise começa a ceder, surge um momento tão importante quanto o pico:

o momento da condução e do encerramento da crise.

É justamente aqui que muitos danos silenciosos acontecem.

Não por violência explícita, mas por pequenas decisões mal calibradas:

exposição excessiva, falas inadequadas, deslocamentos desnecessários, pressa para “normalizar” a situação.

Este capítulo foi pensado para ajudar você a atravessar o depois da crise com o mesmo cuidado que sustentou o durante.

7.1 A crise não termina quando o comportamento cessa

Um erro recorrente na prática institucional é considerar que a crise acabou quando:

- cessaram os gritos,
- cessaram as agressões,
- cessaram as tentativas de fuga.

Do ponto de vista clínico e comportamental, esse é apenas o início da fase de reorganização.

Estudos sobre manejo de comportamentos desafiadores mostram que, após episódios intensos, o organismo permanece em estado de ativação fisiológica por um período variável, o que aumenta a vulnerabilidade a novas desorganizações (ALLEN et al., 2005).

Em pessoas com TEA, essa fase costuma ser ainda mais sensível, devido à dificuldade de retomada da autorregulação.

7.2 O que significa conduzir de forma segura

Neste eBook, a expressão **condução segura** não se refere a técnicas de deslocamento corporal ou controle físico.

Refere-se a:

- apoiar a transição do estado de crise para um estado de maior estabilidade;
- reduzir novas fontes de estresse;
- preservar a integridade emocional da pessoa.

Conduzir, portanto, é um ato de cuidado — e não de comando.

7.3 A dignidade como eixo técnico da intervenção

As diretrizes internacionais de saúde mental, como as publicadas pela

World Health Organization, estabelecem que toda intervenção em situações de desorganização comportamental deve preservar:

- a dignidade,
- a privacidade,
- o respeito à singularidade da pessoa.

No contexto do TEA, isso se traduz em atitudes simples, mas decisivas:

- evitar exposição desnecessária diante de colegas, turmas ou outros usuários;
- evitar comentários, correções ou repreensões durante a reorganização;
- reduzir a presença de pessoas ao redor;
- proteger a imagem social da pessoa após a crise.

Preservar a dignidade não é apenas um valor ético.

É uma estratégia direta de prevenção de novas crises.

7.4 O ambiente no pós-crise

Assim como durante a escalada, o ambiente continua sendo um fator central após o pico comportamental.

A literatura aponta que ambientes sensorialmente organizados favorecem a recuperação da autorregulação e reduzem a probabilidade de novos episódios imediatos (HUCKSHORN, 2004).

Na prática, isso implica:

- oferecer um espaço mais silencioso, quando possível;
- reduzir circulação de pessoas;
- diminuir estímulos visuais e auditivos;
- manter previsibilidade sobre o que acontecerá em seguida.

Não se trata de isolar a pessoa, mas de protegê-la do excesso.

7.5 Comunicação após a crise: menos palavras, mais segurança

Após um episódio de crise, é comum que profissionais sintam a necessidade de:

- explicar o ocorrido,
- corrigir comportamentos,

- reforçar regras.

Do ponto de vista técnico, esse não é o momento adequado.

Durante a fase de reorganização, a capacidade de processamento verbal ainda está reduzida.

Pesquisas sobre estresse e autorregulação em pessoas autistas indicam que a sobrecarga cognitiva no pós-crise pode prolongar a desorganização emocional (KERNS et al., 2014).

Por isso, recomenda-se:

- utilizar frases curtas e previsíveis;
- evitar tom corretivo;
- evitar relembrar o episódio naquele momento;
- focar apenas na orientação imediata e protetiva.

O diálogo reflexivo deve ocorrer posteriormente, quando a pessoa já estiver regulada.

7.6 Evitar o reforço involuntário da crise

Um ponto técnico importante é o risco de reforço involuntário de comportamentos de crise.

Segundo a análise funcional do comportamento, quando determinadas respostas do ambiente ocorrem sistematicamente após um episódio, elas podem fortalecer a repetição do padrão (MATSON; DORFMAN, 2017).

Isso não significa retirar cuidado.

Significa diferenciar:

- cuidado necessário
de
- reorganizações que alteram toda a rotina apenas em função da crise.

A condução segura precisa preservar a previsibilidade do cotidiano.

7.7 A presença do profissional como regulador externo

No pós-crise, o profissional funciona, temporariamente, como um regulador externo.

Isso envolve:

- postura corporal estável;
- ritmo de movimento mais lento;
- tom de voz baixo e constante;
- ausência de gestos abruptos.

Estudos apontam que a regulação interpessoal é um elemento central na recuperação de estados de desorganização emocional, especialmente em populações com dificuldades de autorregulação (ALLEN et al., 2005).

No TEA, essa regulação se dá menos pelo discurso e mais pela coerência corporal.

7.8 Registro, comunicação institucional e proteção profissional

Após situações de crise, é fundamental que exista:

- registro objetivo do ocorrido;

- descrição de antecedentes, intervenções e desfechos;
- comunicação adequada com a equipe e, quando indicado, com a família.

Essa prática é amplamente recomendada em serviços de saúde mental, inclusive nas orientações técnicas do Ministério da Saúde, por contribuir para:

- continuidade do cuidado;
- revisão de estratégias preventivas;
- proteção institucional e profissional.

Registrar não é burocracia.

É parte do cuidado.

7.9 O impacto da condução na crise seguinte

Talvez o aspecto mais importante deste capítulo seja compreender que:

a forma como uma crise termina influencia diretamente a próxima.

Experiências de:

- exposição,
- coerção,
- constrangimento,
- força desnecessária,

aumentam a probabilidade de comportamentos defensivos futuros (HUCKSHORN, 2004).

Por outro lado, quando a pessoa vivencia:

- proteção,
- previsibilidade,
- respeito,
- contenção emocional,

o vínculo se preserva — mesmo após episódios difíceis.

7.10 Implicações práticas para o profissional

A condução segura no TEA exige que o profissional:

- respeite o tempo de reorganização do corpo;
- priorize ambiente e postura antes de orientações verbais;

- evite transformar o pós-crise em momento disciplinar;
- registre e reflita sobre o ocorrido;
- utilize a experiência para fortalecer a prevenção.

Este capítulo encerra a parte prática central deste eBook.

No próximo e último capítulo, reuniremos os principais princípios apresentados ao longo da obra, organizando um guia sintético para a atuação segura, ética e possível em crises no TEA.

Referências

ALLEN, D. et al.

The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 18, n. 3, p. 195–202, 2005.

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22–33, 2004.

KERNS, C. M. et al.

Anxiety disorders in children and adolescents with autism spectrum disorder: a meta-analysis.

Clinical Psychology Review, v. 34, n. 6, p. 475–486, 2014.

MATSON, J. L.; DORFMAN, S.

Behavioral treatment of aggression in individuals with autism spectrum disorders.

Research in Autism Spectrum Disorders, v. 35, p. 1–10, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Strategies to end the use of seclusion, restraint and coercion in mental health settings.

Geneva: WHO, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Capítulo 8

Considerações finais: cuidar também é saber se proteger

Este eBook partiu de uma constatação simples, porém frequentemente silenciada na prática profissional: **ninguém consegue cuidar de forma ética quando está inseguro.**

Durante muito tempo, a cultura institucional ensinou que o bom profissional é aquele que “aguenta”, que se expõe, que improvisa e que suporta o risco como parte natural do trabalho. No campo do TEA, essa lógica se torna ainda mais perigosa, porque a crise não é previsível, nem linear, nem controlável por boa vontade.

Cuidar, neste contexto, exige preparo técnico, leitura clínica da situação e, sobretudo, consciência dos próprios limites.

8.1 Segurança não é endurecimento do cuidado

Ao longo dos capítulos, buscou-se deixar claro que segurança não significa rigidez, frieza ou controle excessivo.

Segurança, na prática cotidiana, significa:

- reduzir a probabilidade de danos físicos;
- reduzir a exposição emocional desnecessária;
- sustentar decisões coerentes, mesmo sob pressão;

- proteger a pessoa em crise e proteger quem cuida.

As diretrizes internacionais de saúde mental reforçam que práticas de prevenção e manejo de crises devem ser estruturadas a partir da redução de coerção e do fortalecimento de abordagens preventivas e relacionais (World Health Organization, 2021).

No TEA, isso se traduz em uma atuação que prioriza o ambiente, a comunicação e a previsibilidade antes de qualquer intervenção corporal.

8.2 O corpo do profissional também faz parte do cuidado

Um aspecto pouco discutido na formação de profissionais da educação e da saúde é que o corpo do trabalhador é, ele próprio, um instrumento de cuidado.

Postura, deslocamento, posicionamento, distância interpessoal e organização espacial são elementos que:

- influenciam diretamente a escalada ou a redução da crise;
- interferem na percepção de ameaça por parte da pessoa atendida;

- impactam o risco de lesões e acidentes.

Ignorar o corpo do profissional é comprometer a própria qualidade da intervenção.

Saber onde se posicionar, como se mover e quando se retirar de uma situação não é fraqueza — é competência.

8.3 A intervenção mínima necessária como princípio permanente

Um dos eixos centrais deste material foi o princípio da intervenção mínima necessária.

Esse princípio não se aplica apenas ao momento da crise, mas a toda a organização do trabalho com pessoas com TEA:

- no planejamento das atividades;
- na composição dos ambientes;
- na definição de rotinas;
- na articulação com a equipe.

Quanto maior a previsibilidade, a clareza de papéis e a organização institucional, menor a necessidade de intervenções emergenciais.

8.4 O papel da instituição na prevenção de crises

Embora a atuação individual seja relevante, a prevenção de crises é, sobretudo, uma responsabilidade institucional.

As políticas públicas brasileiras de saúde mental reforçam a importância da organização do cuidado em rede, do trabalho interdisciplinar e da construção de projetos terapêuticos singulares (Ministério da Saúde, 2015).

No contexto do TEA, isso implica:

- capacitação contínua das equipes;
- definição de fluxos claros para situações de crise;
- espaços sistemáticos de discussão de casos;
- revisão permanente das práticas.

A ausência desses elementos tende a transformar situações previsíveis em emergências recorrentes.

8.5 Formação técnica não substitui sensibilidade – mas a sustenta

Este eBook não pretende substituir a sensibilidade clínica, a escuta e o vínculo.

Ao contrário.

A proposta é sustentar essas dimensões com base técnica suficiente para que o profissional não precise escolher entre:

- proteger a pessoa
- ou
- proteger a si mesmo.

A formação em segurança, quando bem compreendida, não endurece o cuidado — ela o torna possível.

8.6 Um compromisso com o possível

Nem sempre haverá equipe ideal.

Nem sempre haverá estrutura adequada.

Nem sempre haverá tempo para o planejamento que gostaríamos.

Ainda assim, é possível:

- melhorar a leitura da crise;
- organizar o ambiente de forma mais protetiva;
- qualificar a comunicação;
- reduzir riscos;
- preservar vínculos.

Este material foi construído para o campo real — com suas limitações, imprevistos e pressões.

8.7 Consideração final

Trabalhar com pessoas com TEA em situações de crise é, antes de tudo, trabalhar com vulnerabilidade — do outro e da própria.

Cuidar é permanecer disponível.

Proteger-se é garantir que essa disponibilidade possa continuar existindo.

Que este eBook sirva não como um manual fechado, mas como um apoio técnico para decisões difíceis, feitas no tempo real da prática, onde o que está em jogo não é apenas o comportamento — mas a dignidade, a segurança e o humano.

Referências (ABNT)

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Strategies to end the use of seclusion, restraint and coercion in mental health settings.

Geneva: WHO, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

HUCKSHORN, K. A.

Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention.

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, v. 42, n. 9, p. 22–33, 2004.

ALLEN, D. et al.

The impact of physical interventions on the behaviour of people with intellectual disabilities.

Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v. 18, n. 3, p. 195–202, 2005.

Sobre o Autor

Azevedo Jr. é Escritor, poeta, Professor, Psicanalista, Psicopedagogo, Gerontólogo, Personal trainer e Fisiologista do Exercício Clínico. Com uma trajetória multidisciplinar de alto nível, possui formações em Educação Física (Licenciatura e Bacharel), Psicopedagogia e Gerontologia. Une um sólido histórico militar e experiência em operações de segurança ao manejo prático de situações de alto risco e crises comportamentais. Ex-atleta de Boxe e entusiasta das artes marciais, Azevedo Jr. atua diretamente em instituições de saúde mental e hospitais psiquiátricos. Especialista na interface entre o esforço físico e a saúde mental, desenvolve projetos sociais e esportivos voltados para o público TEA, onde aplica protocolos táticos focados na segurança e na preservação da integridade física em cenários de crise.