

CÂNCER OCUPACIONAL E NEURODIVERSIDADE: BARREIRAS, INVISIBILIDADES E DESIGUALDADES NO CUIDADO A ADULTOS AUTISTAS NO SUS

OCCUPATIONAL CANCER AND NEURODIVERSITY: BARRIERS, INVISIBILITIES, AND INEQUALITIES IN THE CARE OF AUTISTIC ADULTS WITHIN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

Maryane Francisca Araújo de Freitas Cavalcante¹

Leonilson Neri dos Reis²

Nathalia Kelly de Sousa Andrade³

Miranísia Aparecida de Araújo Freitas Lopes⁴

Carmen Mary Pereira Araujo de Freitas⁵

RESUMO: Este artigo examina, por meio de abordagem teórico-analítica, as trajetórias de cuidado oncológico de adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) diante de suspeita ou diagnóstico de câncer relacionado ao trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de revisão narrativa, análise das políticas de saúde do trabalhador e da pessoa com deficiência, aportes da justiça ambiental e dos determinantes sociais da saúde, identificam-se barreiras sensoriais, comunicacionais e institucionais que dificultam o diagnóstico precoce, a vigilância de exposições e o acesso ao cuidado integral. Evidencia-se uma tripla invisibilidade que produz itinerários fragmentados, atrasos assistenciais e restrição de direitos. A precarização e a informalidade laboral, somadas à ausência de registros de exposição a carcinógenos, limitam o reconhecimento do nexo causal, enquanto a falta de adaptações para pessoas autistas compromete práticas inclusivas no SUS. Defende-se a incorporação da neurodiversidade às políticas de saúde do trabalhador, a adoção de protocolos acessíveis e o fortalecimento da articulação entre APS, CEREST, oncologia e assistência social. O estudo contribui para o debate sobre desigualdades e vigilância em populações neurodiversas expostas a riscos ocupacionais.

Palavras-chave: Autismo. Câncer. Doenças Profissionais. Saúde Ocupacional. Vigilância em Saúde do Trabalhador.

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Propriedade Intelectual, Instituto Federal do Piauí (IFPI).

² Enfermeiro. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Propriedade Intelectual, Instituto Federal do Piauí (IFPI).

³ Enfermeira. Especialista em gestão em saúde, Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

⁴ Musicista. Musicoterapeuta. Faculdade CENSUPEG.

⁵ Enfermeira. Especialização em Urgência e emergência. Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, UNINTER.

ABSTRACT: This article examines, through a theoretical-analytical approach, the cancer care pathways of adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) facing suspected or diagnosed work-related cancer within the Brazilian Unified Health System (SUS). Based on a narrative review, analysis of policies on workers' health and the rights of persons with disabilities, and contributions from environmental justice and the social determinants of health, the study identifies sensory, communication, and institutional barriers that hinder early diagnosis, exposure surveillance, and access to comprehensive care. A triple invisibility is identified, resulting in fragmented care pathways, delays in healthcare, and restrictions on rights. Precarious and informal employment, combined with the lack of records on exposure to carcinogens, limits the recognition of causal links, while insufficient accommodations for autistic people compromise inclusive practices within the SUS. The article advocates incorporating neurodiversity into workers' health policies, adopting accessible protocols, and strengthening coordination among Primary Health Care (PHC), Workers' Health Reference Centers (CEREST), oncology services, and social assistance. The study contributes to the debate on inequalities and health surveillance among neurodiverse populations exposed to occupational risks.

Keywords: Autism. Cancer. Occupational Diseases. Occupational Health. Workers' Health Surveillance.

I. INTRODUÇÃO

O câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente permanece uma dimensão negligenciada da saúde pública brasileira, apesar de sua relevância epidemiológica e do fato de que exposições evitáveis a carcinógenos respondem por parcela expressiva dos casos, estimada pelo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) entre 4% e 17% dos novos diagnósticos anuais. Essa proporção acompanha estimativas internacionais que situam entre 4% e 20% os cânceres atribuíveis a agentes como amianto, sílica, pesticidas e benzeno. Entretanto, falhas persistentes na vigilância, na regulação e na responsabilização institucional perpetuam a subnotificação e dificultam o estabelecimento do nexos causal, evidenciando a urgência de integrar as agendas de saúde do trabalhador e saúde ambiental (Nogueira *et al.*, 2023).

Com isso, a evidência mais contundente indica que as barreiras de acesso à saúde são o principal motor da deterioração dos desfechos clínicos em adultos autistas, pois o número de obstáculos relatados é o único preditor independente capaz de explicar variações no bem-estar físico e mental. Nessa população, barreiras comunicacionais, sensoriais e organizacionais fragilizam a vigilância, ampliam riscos ocupacionais e deterioram o bem-estar físico e psicológico. Embora a Lei Brasileira de Inclusão assegure ambientes acessíveis e cuidado integral no SUS, persiste um descompasso entre direitos e prática: obstáculos estruturais e a

baixa capacitação profissional restringem o acesso e perpetuam desigualdades, comprometendo a efetivação das políticas de inclusão e atenção integral (Dückert *et al.*, 2023; David *et al.*, 2025; Featherstone *et al.*, 2022).

A dificuldade de rastrear exposições e o agravamento da vulnerabilidade estrutural resultam da combinação entre precarização laboral e falhas institucionais que reproduzem discriminação, desigualdades sociais e riscos ambientais, criando cenários persistentes de desproteção. Em grupos vulneráveis, a falta de registros ocupacionais, de adaptações clínicas e de reconhecimento institucional converte direitos formais em práticas excludentes. Essa situação é ainda mais grave para adultos autistas, cuja informalidade, falta de documentação e instabilidade laboral inviabilizam o estabelecimento do nexo causal em casos de câncer potencialmente relacionado ao trabalho. Nessa perspectiva, vulnerabilidades preexistentes são ampliadas por estruturas que, paradoxalmente, deveriam garantir proteção, equidade e acesso efetivo ao cuidado (Brasil, 2025a; Porto; Pacheco; Leroy, 2013).

Portanto, adultos autistas com suspeita ou diagnóstico de câncer ocupacional enfrentam trajetórias de cuidado marcadas por fragmentação, nas quais barreiras comunicacionais, sobrecarga sensorial e dificuldades de acesso produzem atrasos diagnósticos e negação de direitos. Esse quadro configura um ciclo de vulnerabilização no qual fatores individuais e estruturais se sobrepõem, gerando uma tripla invisibilidade: na saúde, que não reconhece suas necessidades específicas; na saúde do trabalhador, fragilizada pela informalidade e ausência de registros; e na seguridade social, que demanda um nexo causal que o próprio sistema não é capaz de estabelecer. Assim, tornam-se evidentes desigualdades persistentes que comprometem o cuidado integral e a garantia de direitos básicos (David *et al.*, 2025; Duker *et al.*, 2025).

Nessa perspectiva a vulnerabilidade estrutural de adultos autistas se intensifica quando o sistema de saúde, embora legalmente obrigado pela Lei Brasileira de Inclusão a remover barreiras e garantir atenção integral, não adapta práticas, ambientes e protocolos às suas necessidades específicas. Em paralelo, estimativas da OMS indicam que uma proporção relevante dos cânceres decorre de exposições ocupacionais evitáveis, em que riscos tóxicos se concentram em territórios empobrecidos e marcados por uso intensivo de agrotóxicos e industrialização desordenada, configurando um cenário evidente de injustiça ambiental (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020; Brasil, 2025a).

Autistas com câncer potencialmente ocupacional enfrentam trajetórias marcadas por atrasos diagnósticos, descontinuidade do cuidado e negação de direitos, evidenciando a incapacidade do sistema de reconhecer suas necessidades específicas. A fragmentação entre vigilância, oncologia e políticas para pessoas com deficiência aprofunda desigualdades e limita o cuidado integral, tornando indispensável analisar essas barreiras à luz dos determinantes sociais da saúde e da justiça ambiental. Diante dessas lacunas estruturais, impõe-se a urgência de reconfigurar práticas e integrações institucionais para promover equidade e fortalecer a Saúde Coletiva.

2. METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem teórico-analítica fundamentada em uma revisão narrativa integrada a análise documental de normativas do SUS, articulando literatura sobre saúde do trabalhador, câncer ocupacional e autismo. A metodologia parte do entendimento de que as experiências de adoecimento relacionadas ao trabalho não podem ser analisadas isoladamente, exigindo a incorporação de referenciais críticos que considerem desigualdades, território e vulnerabilidades específicas. Assim, o percurso metodológico foi construído para permitir uma leitura ampliada das barreiras enfrentadas por adultos com autismo em contextos de risco ambiental e ocupacional.

4

A seleção do material considerou sua pertinência temática, relevância para a compreensão das desigualdades investigadas e capacidade de subsidiar a articulação entre evidências científicas, políticas públicas e referenciais críticos. Os estudos e documentos selecionados foram analisados de forma integrada, permitindo identificar convergências, lacunas e tensões entre a literatura, as diretrizes do SUS e as necessidades específicas de adultos autistas expostos a riscos ocupacionais.

O primeiro movimento consistiu na revisão narrativa da literatura sobre saúde de adultos autistas, incluindo revisões sistemáticas, meta-sínteses e estudos recentes que descrevem barreiras, facilitadores e padrões de cuidado. Em seguida, realizou-se uma revisão narrativa sobre saúde do trabalhador e câncer ocupacional, mobilizando documentos, relatórios técnicos e estudos sobre exposição a carcinógenos. O terceiro movimento baseou-se na análise documental de políticas e normativas do SUS como RENASTt, CEREST, PNAISPD e linhas

de cuidado, para compreender como diretrizes institucionais moldam práticas, lacunas e responsabilidades no cuidado.

Por fim, os achados foram interpretados com base nos referenciais de justiça ambiental e dos determinantes sociais da saúde, especialmente o modelo de Dahlgren e Whitehead, que permite compreender como vulnerabilidades individuais, laborais e territoriais se sobrepõem. A análise foi organizada em três eixos centrais: Invisibilidade ocupacional de adultos autistas e nexos causal em câncer; caminhos terapêuticos sob barreiras sensoriais e comunicacionais; e fragmentação entre Atenção Primária a Saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e oncologia. Essa perspectiva interdisciplinar reforça a necessidade de integrar direitos humanos, equidade e vigilância em saúde na compreensão das trajetórias de adoecimento e cuidado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer ocupacional, exposições ambientais e desigualdades estruturais

O câncer constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo a segunda causa de morte global e responsável por expressivo número de óbitos prematuros entre 30 e 69 anos. Evidências internacionais apontam que entre 4% e 20% dos casos estão relacionados à exposição a carcinógenos ocupacionais, percentual que varia conforme o tipo de câncer, o agente envolvido, o sexo e o contexto geográfico. Em países de alta renda, essa fração tende a ser menor, entre 2% e 8%, reflexo de maior regulação e proteção laboral, o que evidencia, por contraste, a maior vulnerabilidade de países com menor vigilância, maior informalidade e mais desigualdades estruturais, onde o risco ocupacional permanece subestimado e insuficientemente enfrentado (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020; Porto, 2005).

A prevenção do câncer exige identificar e controlar seus determinantes, reconhecendo que a maior parte das exposições ocupacionais é evitável mediante tecnologias limpas e processos produtivos seguros. Dados globais mostram que, em 2018, mais de 472 mil das 9,6 milhões de mortes por câncer foram atribuídas ao trabalho, representando cerca de 32% das mortes por doenças ocupacionais (aprox. 660 mil óbitos anuais). No Brasil, o INCA estima que, entre 4% e 17% dos 625 mil novos casos anuais previstos para 2020–2022 estejam relacionados ao

trabalho, correspondendo a algo entre 25 e 100 mil diagnósticos o que evidencia a urgência de estratégias preventivas estruturais e de políticas regulatórias urgentes (Nogueira *et al.*, 2023).

Segundo Wild, Weiderpass e Stewart (2020), a dificuldade de estabelecer o nexo causal entre exposição ocupacional e câncer constitui um desafio estruturante, agravado no Brasil pela precarização laboral e pela ampla informalidade, que inviabilizam a rastreabilidade histórica necessária em doenças de longa latência. A documentação de exposições é frequentemente fragmentária ou inexistente, sobretudo em pequenas empresas e em contextos de baixa regulação, o que compromete a reconstrução das condições de trabalho e aprofunda a invisibilidade da carga real do câncer ocupacional, dificultando tanto a responsabilização quanto a proteção efetiva dos trabalhadores.

Com isso, as falhas de vigilância e a persistente subnotificação configuram obstáculos centrais para o reconhecimento do câncer ocupacional no Brasil, especialmente em agravos de longa latência, cuja notificação é historicamente frágil. A atuação paralela e pouco integrada entre saúde do trabalhador e saúde ambiental compromete a identificação de riscos e a construção de nexos causais, agravada pela escassez de informações sobre tempo, intensidade e natureza das exposições, bem como sobre o uso real de equipamentos de proteção. Esses limites reduzem a precisão dos inquéritos nacionais e reforçam a invisibilidade epidemiológica desses agravos (Nogueira *et al.*, 2023; Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

6

A exposição a carcinógenos ocorre de forma profundamente desigual no Brasil, configurando um cenário típico de injustiça ambiental, no qual populações pobres, racializadas e historicamente marginalizadas suportam a maior carga de danos tóxicos. Essa distribuição desigual reflete um modelo de desenvolvimento que concentra riscos sobre grupos discriminados, como evidenciado pelo “Mapa de Conflitos Envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde”, que aponta maior impacto entre povos indígenas (33,67%), agricultores familiares (31,99%) e comunidades quilombolas (21,55%). Esses dados demonstram que a exposição a carcinógenos é resultado direto de desigualdades estruturais, e não de fatores aleatórios (Porto, 2005).

Assim, a relação entre desigualdade social e degradação ambiental constitui um dos maiores desafios da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador, pois o modelo de desenvolvimento hegemônico concentra renda, poder e riscos tóxicos sobre populações pobres, racializadas e historicamente discriminadas. Esse padrão evidencia que as desigualdades

ambientais são estruturais, não acidentais, e que seu enfrentamento requer uma abordagem intersetorial que articule justiça social, justiça ambiental e políticas de proteção laboral de forma crítica e integrada (Porto; Pacheco; Leroy, 2013).

3.2 Determinantes sociais da saúde, justiça ambiental e falhas institucionais no SUS

A sobreposição de determinantes sociais da saúde explica por que adultos autistas expostos a carcinógenos enfrentam trajetórias assistenciais fragmentadas e desiguais. Sob a perspectiva da justiça ambiental, observa-se que grupos marginalizados suportam maior carga de riscos tóxicos, enquanto o não reconhecimento, pelo SUS, das necessidades específicas dessa população produz uma tripla invisibilidade: clínica, ocupacional e previdenciária. A frágil articulação entre APS, CEREST e oncologia agrava essa descontinuidade, reduzindo a eficácia das políticas públicas e comprometendo o cuidado integral (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Sob a perspectiva da Determinação Social da Saúde, conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead, a saúde é moldada por múltiplas camadas de determinantes, que vão dos fatores individuais aos macrodeterminantes relacionados à pobreza, desigualdade e ambiente. Quando essas camadas se acumulam sobre a vulnerabilidade intrínseca de adultos autistas, o resultado é uma experiência assistencial ainda mais fragmentada, em clara oposição aos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o SUS (Dahlgren; Whitehead, 2007).

A tripla invisibilidade evidencia como a falta de reconhecimento das necessidades específicas da pessoa com TEA no sistema de saúde e no mundo do trabalho aprofunda sua vulnerabilidade estrutural. A invisibilidade clínica resulta do foco histórico nas crianças, deixando adultos autistas sem avaliação adequada e sem acesso a cuidados oncológicos adaptados. A invisibilidade ocupacional decorre da precarização, informalidade e ausência de registros de exposição, que inviabilizam a comprovação do nexo causal em cânceres de longa latência. Já a invisibilidade previdenciária emerge quando a seguridade social, diante dessas lacunas e da complexidade burocrática, nega benefícios legalmente previstos, revelando contradições institucionais que, embora afirmem proteção, acabam por reproduzir exclusão e desamparo (Porto; Pacheco; Leroy, 2013; Nogueira *et al.*, 2023).

A frágil articulação entre os componentes do sistema de saúde compromete a integralidade do cuidado a adultos autistas com suspeita ou diagnóstico de câncer, pois Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Atenção Básica (AB) atuam muitas vezes de forma isolada, sem

integração efetiva com Centros Especializados em Reabilitação, educação e assistência social. Essa desarticulação intersetorial, historicamente reconhecida nas políticas voltadas ao TEA, impede a continuidade, a coordenação e a adaptação do cuidado às singularidades da vida adulta autista (Brasil, 2015).

A vigilância em saúde do trabalhador permanece historicamente fragmentada em relação à Atenção Básica e aos serviços de oncologia, o que impede a incorporação precoce da dimensão ocupacional nos itinerários assistenciais. Essa desconexão compromete a identificação de exposições carcinogênicas, dificulta o reconhecimento do nexo causal e reduz a equidade no acesso a direitos previdenciários. Para adultos autistas, que já são marcados por barreiras clínicas, comunicacionais e sociais, essa ausência de articulação entre APS, vigilância e oncologia intensifica a negligência de suas necessidades específicas e obscurece determinantes ocupacionais e ambientais fundamentais ao cuidado (Porto, 2005).

Dessa forma, a sobreposição dessas vulnerabilidades produz uma falha sistêmica evidente, na qual os mecanismos que deveriam assegurar tanto o cuidado adaptado às necessidades da pessoa autista quanto a proteção contra riscos tóxicos no âmbito do trabalho deixam de funcionar de maneira articulada. Esse desajuste estrutural revela que, em vez de operar como redes complementares de proteção, os dispositivos clínicos, ocupacionais e previdenciários se fragmentam, gerando lacunas que ampliam desigualdades e enfraquecem a efetividade das políticas públicas destinadas a garantir segurança, equidade e cuidado integral.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Invisibilidade ocupacional de adultos autistas e nexo causal em câncer

A literatura internacional sobre emprego e autismo demonstra que adultos com TEA enfrentam taxas persistentemente elevadas de desemprego, subemprego e inserção em postos de trabalho precarizados, muitas vezes informais e sem proteção social. No contexto brasileiro, essa vulnerabilidade interage com ambientes laborais de alto risco, como atividades agrícolas dependentes de agrotóxicos, setores industriais expostos a agentes químicos e serviços com risco físico ou biológico. Essa combinação amplia a probabilidade de exposição a carcinógenos ocupacionais sem registro, sem monitoramento e sem rastreabilidade, que são elementos

fundamentais para o reconhecimento do nexos causal em doenças de longa latência, como o câncer (Vasconcellos; Maio; Lima, 2025).

Com isso, a trajetória laboral dessa população é frequentemente marcada por vínculos instáveis, subutilização de habilidades e ausência de formalização. Estudos indicam que adultos com TEA estão entre os grupos com menor taxa de emprego entre as pessoas com deficiência, com estimativas internacionais chegando a 80% de desemprego. Quando empregados, costumam enfrentar insegurança contratual, remuneração inferior à de trabalhadores com qualificações equivalentes e uma elevada taxa de rotatividade. A subqualificação também é recorrente, com indivíduos altamente capacitados exercendo funções abaixo de seu nível educacional e técnico, enquanto muitos permanecem em posições parcialmente remuneradas, de meio período ou até em atividades voluntárias (Alvarez; Peralta, 2025).

A marginalização laboral de adultos autistas compromete diretamente sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, pois o desemprego e a instabilidade os deslocam para formas de trabalho cada vez mais precárias e desprotegidas. No Brasil, esse cenário é agravado pela plataformização e pela ausência de registros formais, documentações ocupacionais e emissão de CAT para agravos de longa latência, o que reforça sua invisibilidade e dificulta a comprovação de exposições carcinogênicas. A inexistência de dados sistemáticos sobre a trajetória laboral dessa população, somada à falta de políticas específicas de vigilância em saúde do trabalhador, produz um apagamento institucional que limita o acesso a diagnóstico, tratamento e direitos previdenciários, aprofundando desigualdades já existentes (Alvarez; Peralta, 2025; Brasil, 2025b; Nogueira et al., 2023).

A precarização laboral no Brasil se entrelaça com uma elevada e desigual exposição a agentes carcinogênicos, especialmente em setores historicamente vulneráveis. Dados da PNS/2019 mostram que 49% dos homens e 16,9% das mulheres relataram contato com ao menos um carcinógeno do Grupo 1, evidenciando um risco ocupacional significativo e assimétrico. Essas exposições se concentram em atividades como agricultura, construção civil e manufatura, setores marcados por vínculos frágeis, baixa proteção social e fiscalização limitada. Nesse contexto, trabalhadores já vulnerabilizados, como adultos com TEA em empregos informais ou precarizados, tornam-se ainda mais expostos a riscos tóxicos sem registro adequado, reforçando sua invisibilidade nos sistemas de vigilância (Ribeiro; Silva; Bomfim, 2025; Valentini; Gertner, 2025).

Embora a incidência de câncer em indivíduos com TEA seja, em termos gerais, semelhante à da população não autista, evidências apontam que o risco de mortalidade por neoplasias é quase duas vezes maior, com razões de mortalidade de 1,83 para mulheres e 1,79 para homens. Esse aumento expressivo reflete desigualdades estruturais no cuidado em saúde, especialmente relacionadas às barreiras de acesso ao rastreamento, ao atraso no diagnóstico e às dificuldades na continuidade e na efetividade das terapias oncológicas. Tais fatores indicam que a vulnerabilidade não está na incidência biológica do câncer, mas no modo como o sistema de saúde responde às necessidades específicas dessa população (Vuattoux *et al.*, 2021).

No entanto, estudos epidemiológicos têm explorado a relação entre autismo e exposições ambientais a toxinas, incluindo metais pesados, pesticidas e poluentes orgânicos, sugerindo que fatores ambientais podem desempenhar papel relevante na saúde de pessoas autistas. Mesmo que essas exposições não expliquem diretamente as disparidades de mortalidade, elas reforçam a necessidade de integrar determinantes ambientais e ocupacionais na compreensão dos riscos e na formulação de políticas de cuidado, sobretudo em populações que já enfrentam barreiras estruturais significativas (Kalkbrenner; Schmidt; Penlesky, 2014).

Há iniciativas que propõem aperfeiçoar os instrumentos de vigilância em saúde por meio da inclusão explícita da condição de pessoa com deficiência nos formulários dos Sistemas de Informação em Saúde, Trabalho e Previdência. A identificação sistemática do trabalhador, de sua ocupação e de seu vínculo laboral é apontada como medida essencial para qualificar a vigilância epidemiológica, permitindo análises mais precisas sobre exposições, riscos e padrões de adoecimento. Essa integração de dados fortaleceria a capacidade do SUS de reconhecer grupos historicamente invisibilizados, como trabalhadores autistas em vínculos informais, e ampliaria a compreensão das relações entre condições de trabalho e agravos à saúde (Brasil, 2025b).

No entanto, a dificuldade em estabelecer onexo causal em doenças de longa latência, aliada à persistente subnotificação, configura um desafio estrutural para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Esses obstáculos são ainda mais expressivos em setores marcados pela precarização, pela informalidade e pela rotatividade elevada, onde o registro de exposição raramente é sistemático ou confiável. Nesse contexto, a VISAT é instada a intensificar ações de fiscalização, vigilância ativa e articulação intersetorial, de modo a reduzir iniquidades e assegurar que trabalhadores mais vulneráveis, incluindo pessoas autistas, não permaneçam à

margem dos mecanismos institucionais de proteção e reconhecimento de direitos (Lopes *et al.*, 2025; Machado *et al.*, 2025).

4.2 Caminhos terapêuticos sob barreiras sensoriais e comunicacionais

A literatura evidencia uma série de obstáculos que adultos com TEA enfrentam nos serviços de saúde, incluindo ambientes com estímulos sensoriais intensos, linguagem excessivamente abstrata por parte dos profissionais, consultas rápidas e pouco adaptadas, além da ausência de recursos visuais e de ajustes nas rotinas clínicas. No contexto oncológico, esses desafios se tornam ainda mais críticos devido à complexidade dos exames e tratamentos, à frequência de procedimentos invasivos e à carga emocional associada ao diagnóstico e ao acompanhamento do câncer. Tais características aumentam a probabilidade de atrasos na busca por cuidado, dificultam o relato preciso de sintomas e podem levar à interrupção de terapias, frequentemente exigindo que familiares atuem como mediadores da comunicação com a equipe de saúde (Overland *et al.*, 2025).

Entretanto, a ausência de protocolos que incluam ajustes sensoriais e comunicacionais mantém a neurodiversidade à margem das linhas de cuidado oncológico, aprofundando desigualdades no acesso e na continuidade do tratamento. Evidências indicam que barreiras de acesso são o principal preditor da piora na qualidade de vida física e mental de adultos autistas, demonstrando que a inadequação dos serviços é um determinante central de desfechos adversos. Ambientes clínicos não adaptados impõem riscos adicionais e tornam o atendimento oncológico especialmente hostil, dificultando o acesso e a permanência dessa população nos serviços de saúde (Vuattoux *et al.*, 2021).

Para diminuir esses riscos e promover um cuidado realmente inclusivo, é fundamental que as equipes identifiquem e reduzam potenciais fontes de desconforto sensorial. Estratégias como controlar níveis de ruído, ajustar iluminação, disponibilizar ambientes menos movimentados e garantir áreas de descanso são medidas que favorecem a regulação sensorial e ampliam a segurança emocional do paciente autista. A ausência desses ajustes reforça barreiras estruturais que não apenas comprometem a qualidade do cuidado oncológico, mas também contribuem para atrasos diagnósticos, evasão de consultas e descontinuidade do tratamento (Alvarez; Peralta, 2025).

Overland e colaboradores (2025) apontam que a marginalização laboral de adultos autistas compromete diretamente sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, pois desemprego e instabilidade os empurram para formas de trabalho cada vez mais precárias e desprotegidas. No Brasil, a plataformização e a ausência de registros formais, documentação ocupacional e emissão de CAT para agravos de longa latência reforçam sua invisibilidade e dificultam a comprovação de exposições carcinogênicas. A falta de dados sistemáticos sobre suas trajetórias laborais, aliada à ausência de vigilância específica em saúde do trabalhador, gera um apagamento institucional que limita o acesso a diagnóstico, tratamento e direitos previdenciários, aprofundando desigualdades já existentes.

No que se refere as barreiras comunicacionais e estruturais, adultos com TEA tornam-se fortemente dependentes de familiares para mediar interações com o sistema de saúde, interpretar informações clínicas e garantir continuidade ao tratamento. Esse apoio informal acaba funcionando como um mecanismo compensatório diante das falhas do cuidado oncológico, suprimindo a falta de adaptações e a complexidade dos itinerários assistenciais. Ainda que essencial para diminuir desigualdades, essa dependência evidencia a fragilidade de um sistema que deveria ser capaz de responder, de forma autônoma e inclusiva, às necessidades da neurodiversidade (Dückert *et al.*, 2023; Brasil, 2025a).

Com isso, a melhoria dos desfechos oncológicos para adultos com TEA depende da implementação de ajustes razoáveis que reduzam barreiras comunicacionais e cognitivas e incorporem práticas alinhadas à neurodiversidade. Medidas como o uso de apoios visuais, a adoção de linguagem explícita e instrucional e a preparação antecipada para procedimentos facilitam a compreensão, reduzem a ansiedade e favorecem a adesão ao tratamento. Essas adaptações, apesar de simples, são essenciais para promover um cuidado mais equitativo, responsivo e inclusivo (Vuattoux *et al.*, 2021).

Entretanto, diretrizes recentes da saúde do trabalhador no Brasil reforçam a necessidade de ajustes razoáveis e medidas anticapacitistas para Pessoas com Deficiência, incluindo adultos com TEA, por meio de capacitação contínua, comunicação acessível e acessibilidade universal. Ao reconhecer o TEA como condição que requer suporte específico, a PNSTT evidencia a urgência de protocolos adaptados, cuja ausência mantém a neurodiversidade à margem do cuidado e aprofunda desigualdades estruturais. Nesse contexto, fortalecer a APS e os CEREST com equipes treinadas em saúde mental, manejo sensorial e comunicação acessível torna-se

estratégico, demandando articulação intersetorial e compromisso institucional para converter diretrizes normativas em práticas efetivas e equitativas (Brasil, 2025b).

4.3 Fragmentação entre Atenção Primária a Saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e oncologia

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, concebida para articular vigilância e cuidado por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), enfrenta dificuldades persistentes de consolidação, incluindo frágil integração com a Atenção Primária e baixa incorporação da dimensão laboral na prática clínica. Essas falhas estruturais limitam a identificação de agravos relacionados ao trabalho, especialmente de doenças de longa latência como o câncer, e enfraquecem o papel da Renast como eixo de coordenação no SUS (Brasil, 2025c).

Para pessoas autistas com câncer potencialmente vinculado a exposições ocupacionais, essa fragmentação se torna ainda mais crítica: a história laboral raramente é registrada na Atenção Primária, o acionamento dos CEREST é restrito e a articulação entre oncologia, vigilância e assistência social é insuficiente. Como resultado, o itinerário terapêutico se fragmenta e o nexo trabalho-câncer quase nunca é reconhecido, aprofundando vulnerabilidades já existentes. Esse cenário revela que a promessa de integração da Renast esbarra em barreiras sistêmicas que continuam a romper o fluxo de cuidado, sobretudo para populações que exigem abordagens intersetoriais e ajustadas às suas especificidades (Brasil, 2025c).

Assim, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reconhece o trabalho como determinante do processo saúde-doença, mas a fragmentação da rede impede sua plena incorporação às práticas de cuidado e vigilância. A falta de integração entre serviços e sistemas de informação produz sub-registro crônico de exposições e agravos ocupacionais, refletido em prontuários que registram apenas a “ocupação”, insuficiente para reconstruir históricos de exposição em doenças de longa latência como o câncer. Esse cenário evidencia fragilidades estruturais que dificultam a identificação sistemática da relação entre trabalho e adoecimento (Aliaga; Padilha, 2025).

A informalidade laboral intensifica a invisibilidade ocupacional ao restringir o acesso à saúde do trabalhador e dificultar a notificação de agravos, limitando o reconhecimento do nexo causal. Essa vulnerabilidade se agrava diante da frágil articulação entre saúde, Previdência e

Trabalho que compromete a vigilância. Para adultos autistas com câncer, tais entraves se somam a barreiras clínicas e comunicacionais, resultando em trajetórias assistenciais fragmentadas. Embora os CEREST tenham função estratégica, sua atuação permanece limitada e pouco integrada à APS e à oncologia, revelando que, apesar da previsão de integralidade na PNSTT, sua efetivação na rede ainda é incompleta (Brasil, 2025c).

Desse modo, o cuidado ainda centrado na doença, aliado à fragmentação entre APS, CEREST e serviços especializados, inviabiliza a inclusão de adultos com TEA ao tornar invisíveis sua história laboral, o nexos causal e a relação entre trabalho precário, exposições carcinogênicas e câncer. Essa desarticulação gera um vazio institucional que compromete direitos, aprofunda desigualdades estruturais e contraria a PNSTT, produzindo trajetórias assistenciais quebradas que impedem o reconhecimento de riscos ocupacionais de longa latência e negam às pessoas autistas o devido enquadramento de suas condições laborais como determinantes centrais no processo saúde-doença (Brasil, 2025c; Brasil, 2025b).

A necessidade de fortalecer a articulação da RENASTt torna-se ainda mais evidente diante da expressiva carga de câncer no país: para 2023–2025, estimam-se 704 mil novos casos no Brasil, sendo 483 mil quando excluídos os tumores de pele não melanoma. Essa distribuição é profundamente desigual (Sudeste com 48,4%) e revela a convivência de padrões epidemiológicos típicos de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse cenário reforça a centralidade da vigilância do câncer, sustentada por sistemas como o SIM e os Registros de Câncer de Base Populacional, para orientar políticas efetivas de prevenção, controle e cuidado (Santos *et al.*, 2023).

Com isso, a promessa de que a RENASTt funcionaria como eixo de integração entre a vigilância epidemiológica e a saúde do trabalhador permanece, em grande medida, não realizada. Barreiras estruturais que vão desde limitações de infraestrutura e recursos humanos até a persistente fragmentação entre níveis de atenção, dificultam a incorporação sistemática das exposições ocupacionais na vigilância do câncer. Como resultado, a identificação de agravos relacionados ao trabalho continua frágil, e a possibilidade de reconhecer riscos evitáveis, orientar intervenções e reduzir desigualdades permanece limitada, evidenciando a urgência de uma articulação mais efetiva entre as instâncias do SUS (Ferreira *et al.*, 2025).

Portanto, diante dessas falhas sistêmicas, a 5ª CNSTT enfatizou a necessidade de fortalecer a RENASTt e ampliar o acesso à saúde do trabalhador, com foco na valorização da

APS e na capacitação das equipes para identificar riscos e agravos ocupacionais. As propostas também destacam a urgência de integrar sistemas de informação entre SUS, Ministério do Trabalho e Previdência, de modo a construir um panorama articulado das exposições e necessidades desse público. Trata-se de uma agenda estratégica para corrigir lacunas históricas e garantir um cuidado mais justo, completo e alinhado aos princípios da saúde coletiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências reunidas indicam a necessidade urgente de incorporar a neurodiversidade às interfaces entre saúde do trabalhador, justiça ambiental e cuidado oncológico no SUS. Isso requer adaptar protocolos clínicos, incluir perguntas sistemáticas sobre história ocupacional e exposição ambiental, e adotar linguagens e recursos acessíveis a pessoas autistas, reconhecendo que ajustes comunicacionais são componentes estruturais da equidade no cuidado.

Outro eixo fundamental é o fortalecimento da articulação entre APS, CEREST, oncologia e assistência social, condição indispensável para o reconhecimento do nexo trabalho-câncer e para o acesso a direitos previdenciários. Tal integração depende de formação permanente das equipes em comunicação acessível, manejo sensorial e práticas anticapacitistas, alinhadas à legislação de inclusão e às diretrizes da PNAISPD, superando fragilidades que ainda

15

No campo da vigilância territorial, recomenda-se incorporar a categoria “neurodiversidade” às análises de risco ambiental, reconhecendo adultos com TEA como grupo potencialmente vulnerabilizado. Paralelamente, a escassez de estudos sobre autismo adulto, câncer ocupacional e SUS evidencia uma lacuna crítica na produção científica, limitando políticas sensíveis às múltiplas camadas de vulnerabilidade que atravessam essa população e reforçando desigualdades no acesso ao cuidado.

Por fim, as análises demonstram que adultos autistas com câncer potencialmente ocupacional enfrentam trajetórias assistenciais marcadas por atraso diagnóstico, barreiras sensoriais e comunicacionais e frágil vigilância de exposições, configurando uma falha sistêmica persistente. Superar essas desigualdades exige integrar a neurodiversidade às políticas de saúde do trabalhador e justiça ambiental, qualificar a comunicação clínica, fortalecer a intersetorialidade e reconhecer pessoas com TEA como sujeitos de direitos como um compromisso ético e político central para uma Saúde Coletiva verdadeiramente inclusiva.

REFERÊNCIAS

ALIAGA, M. C. K. L.; PADILHA, N. S. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10589, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210589P> .

ALVAREZ, M. T.; PERALTA, E. Occupational risk prevention in people with ASD: a review. *Safety*, v. 11, n. 4, p. 97, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/safety11040097> .

ALVES, H. C. O. O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista na fase adulta: uma scoping review. Id on Line *Revista de Psicologia*, v. 18, n. 71, p. 1-18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v18i71.3964> .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo na RAPS do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf . Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência: texto integral. Brasília, DF: MDHC, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh> . Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório nacional consolidado da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnstt/5-cnstt-relatorio-consolidado.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – RENASTt. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast> . Acesso em: 10 jan. 2026.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies, 2007. (Arbetsrapport, n. 14, 2007). Acesso em: 10 jan. 2026.

DAVID, N. et al. Barriers to healthcare predict reduced health-related quality of life in autistic adults without intellectual disability. *Autism*, v. 29, n. 2, p. 476-489, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/13623613241275406> .

DUKER, L. I. S. et al. Barriers and facilitators to primary healthcare encounters as reported by autistic adults: a qualitative study. *Frontiers in Medicine*, v. 12, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1481953> .

DÜCKERT, S. et al. Barriers and needs in mental healthcare of adults with autism spectrum disorder in Germany: a qualitative study in autistic adults, relatives, and healthcare providers. *BMC Psychiatry*, v. 23, n. 528, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05026-x>.

FEATHERSTONE, C. et al. Barriers to healthcare and relationship to well-being and social support for autistic adults during COVID-19. *Primary Health Care Research & Development*, v. 23, e79, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000755>.

FERREIRA, M. J. M. et al. Potencialidades e desafios para a efetivação da PNSTT na APS. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10483, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210483P>.

KALKBRENNER, A. E.; SCHMIDT, R. J.; PENLESKY, A. C. Environmental chemical exposures and ASD: a review of epidemiological evidence. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, v. 44, n. 10, p. 277-318, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2014.06.001>.

LOPES, S. T. P. et al. Evaluation of the implementation of ‘Qualifica Cerest’. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10440, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210440I>.

MACHADO, B. F. L. et al. Impact of new work relationships on mental health in Paraíba. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10515, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210515P>.

NOGUEIRA, F. A. M. et al. Prevalence of possible occupational exposures to carcinogens among Brazilian workers: findings from the National Health Survey. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 48, p. 1-13, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/34322pt2023v48edepi8>.

OVERLAND, E. et al. “One must think autism in everything one does”: clinicians’ experiences supporting autistic patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07070-w>.

PORTO, M. F. Worker’s health and environmental challenges: contributions of the ecosocial approach, political ecology and environmental justice. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 829-839, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400008>.

PORTO, M. F.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. (org.). *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415764>. Acesso em: 10 jan. 2026.

RIBEIRO, F. S. N.; SILVA, L. P.; BOMFIM, N. S. Contradictions for the representation and performance of Workers’ Health in Health Councils. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10547, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210547P>.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 69, n. 1, e213700, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700> .

VALENTINI, J.; GERTNER, S. R. C. B. The struggle of workers with disabilities in the face of capitalist crisis. *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10449, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210449P> .

VASCONCELLOS, L. C. F.; MAIO, I. S.; LIMA, D. O. C. Workers' Health as a human right: time for change! *Saúde em Debate*, v. 49, n. esp. 2, e10597, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210597> .

VUATTOUX, D. et al. Cancer care of children, adolescents and adults with autism spectrum disorders: key information and strategies for oncology teams. *Frontiers in Oncology*, v. 10, 595734, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.595734> .

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <https://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 10 jan. 2026.