

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GIOVANA DALCOLMO COURA COELHO

**CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA PARA AS
POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISMO**

VITÓRIA

2023

GIOVANA DALCOLMO COURA COELHO

**CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA PARA AS
POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA
2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

G672c Coelho, Giovana Dalcomo Coura
Contribuição da análise do comportamento aplicada para as políticas de saúde da pessoa com transtorno de espectro autismo / Giovana Dalcomo Coura Coelho. - 2023.
88 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Autismo. 2. Transtorno de espectro autismo. 3. Análise do comportamento aplicada. I. Barbosa, Roberta Ribeiro Batista. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 618.928982

GIOVANA DALCOLMO COURA COELHO

**CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA PARA AS
POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito obtenção do título de mestre.

Aprovada em ____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM
(Orientadora)

Prof. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM
(Membro Interno)

Prof. Dra. Talita Dias da Silva

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, através de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Primeiramente agradeço a Deus e a Nossa Senhora por me abençoarem com tantos presentes divinos, sem isso nada seria possível.

Agradeço ao meu amor, meu marido, meu orgulho, minha inspiração e pela paciência durante todo o período percorrido do mestrado e sempre estar me incentivando ao mestrado e futuramente o doutorado. Aos meus amores, minhas filhas Alice e Júlia que por alguns momentos tive que me isolar ou deixar de brincar com elas, para conseguir alcançar meu objetivo. Aos meus pais Fernando e Judith; às minhas irmãs Juliana e Fernanda, pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia e atenção, e pelo profundo apoio, me estimulando nos momentos mais difíceis. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar aqui e, principalmente, pelo amor imenso que vocês têm por mim. À vocês, minha família, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho.

Minha gratidão especial ao Professora, Dra. Roberta Ribeiro, minha orientadora por ser paciente, me incentivando em todos os momentos, inclusive em momentos que pensei em desistir. Obrigada por sua dedicação, que a fez, por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar. E, principalmente, obrigada por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim por esses anos de trabalho. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade, não somente neste trabalho, mas em todo o caminho percorrido até aqui, nada disso seria possível.

Um obrigada especial a minha querida e maravilhosa amiga, Ana Paula Brasil, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim, independente da correria do dia a dia. Quero também agradecer a Dra. Pâmela Reis pelo apoio e incentivo no desenvolvimento da dissertação, que muitas vezes me ajudou e me orientou neste árduo percurso acadêmico, que compartilhou importantes conhecimentos comigo e me ensinou muitas coisas, estando ao meu lado, pronta para me ajudar sempre que foi necessário.

Contudo, gostaria de fazer alguns agradecimentos especiais. A Dra. Maria da Penha Rodrigues Davila, minha inspiração e orgulho de gestora na área de saúde no estado do Espírito Santo, sempre preocupada a dar o melhor a população mais vulnerável e ajudando no desenvolvimento local e nas políticas públicas de saúde. Ao Dr. Claudio Medina da Fonseca, um amigo querido, diretor da EMESCAM cujo apoio, incentivo e auxílio tornaram possível a concretização deste projeto. Obrigada pela amizade, pela atenção e por serem tão solícitos.

Agradeço também aos professores Dra. Italla Maria Pinheiro e Dra. Talita Dias, membros da banca de Qualificação e Defesa de Mestrado, pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento deste projeto.

Por fim, o agradecimento mais importante: agradeço a Deus e a Nossa Senhora, por estarem sempre comigo, me guiando, iluminando cada passo meu e me abençoando. Obrigada por me darem fé e a força necessária para lutar e enfrentar todos os obstáculos, sem nunca desistir. Sem essa força divina, nenhuma conquista seria possível.

“O conhecimento é poder. Utilize parte do seu tempo para educar alguém sobre o autismo. Não necessitamos de defensores. Necessitamos de educadores.”

Asperger Women Association

RESUMO

Introdução: No Brasil, estima-se que existam cerca de 2 milhões de pessoas com Transtorno do Espectro Autismo (TEA), das quais dependem da implementação de políticas públicas que permitam alcançar o pleno e efetivo tratamento. O tratamento consiste em intervenção precoce, iniciada logo após o diagnóstico por uma equipe interdisciplinar. A análise do comportamento aplicada (ABA), é uma modalidade terapêutica que tem sido utilizada mundialmente e alcançado resultados exitosos, como, melhora na comunicação, relações sociais e independência nesta população. Entretanto, o acesso a este tipo de intervenção ainda não é universal, apesar de estar recomendada nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, do Ministério da Saúde em 2014. **Objetivo:** Descrever as potencialidades, barreiras e proposições da ABA ambulatorial para as Políticas de Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autismo. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo, conduzida de acordo com os critérios *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) extension for scoping reviews*. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: *Pubmed, Lilacs, Psycinfo, Web of Science* e *Scopus* por meio da combinação dos (“*Applied Behavior Analysis*”) AND (*Autistic OR Autism*). Foram elegíveis os estudos originais com pessoas com TEA e que utilizaram ABA como intervenção em ambulatório, e as seguintes informações foram extraídas: local, período, amostra, protocolo de intervenção, resultados obtidos e as potencialidades e barreiras do uso do ABA. **Resultados:** As principais potencialidades da ABA foram a melhora das habilidades sociais, motora e comunicação, mesmo nos estudos realizados com dosagens inferiores ao preconizado para terapia intensiva. Entre as principais barreiras descritas, destacam-se o envolvimento e a alta disponibilidade necessária da família, quantidade de profissionais habilitados, acesso a uma equipe multidisciplinar e custos. **Conclusão:** A literatura indica que a ABA pode ser um recurso potencial para otimização das políticas de saúde da pessoa com TEA, uma vez que promove a independência nas atividades de vida diária e redução dos principais sintomas, melhorando a qualidade de vida dos usuários. Para promoção do acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da pessoa autista, propõe-se uma integralidade das ações e a intersetorialidade das políticas, com investimentos na

ampliação de serviços de saúde, incentivo a qualificação profissional e familiar, assim como uma rede de amparo a família, possibilitando o acesso aos serviços.

Palavras-Chave: Autismo. Transtorno do Espectro Autismo. Análise do Comportamento Aplicada.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, it is estimated that there are about 2 million people with spectrum disorder (ASD), which depend on the implementation of public policies that allow to achieve full and effective treatment. The treatment consists of early intervention, which began shortly after the diagnosis by an interdisciplinary team. Applied behavior analysis (ABA) is a therapeutic modality that has been used worldwide and achieved successful results, such as improved communication, social relations and independence in this population. However, access to this type of intervention is not yet universal, although it is recommended in the attention guidelines for the rehabilitation of the person with autism spectrum disorders, the Ministry of Health in 2014. **Objective:** Describe the potentialities, barriers and propositions of Analysis of applied outpatient behavior for the health policies of the person with autism spectrum disorder. **Methods:** This is a scope review, conducted according to the criteria Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) Extension for Scoping Reviews. The search for the articles was performed in the databases: PubMed, Lilacs, Psycinfo, Web of Science and Scopus through the combination of descriptors ("*Applied Behavior Analysis*") AND (*Autistic OR Autism*). Original studies with people with ASD were eligible who used ABA as an outpatient intervention, and the following information was extracted: place, period, sample, intervention protocol, results obtained and the potentialities and barriers of the use of the tab. **Results:** The main potential of the tab were the improvement of social skills, motor and communication, even in studies conducted lower than that recommended for intensive care. Among the main barriers described, we highlight the involvement and high availability of the family, number of qualified professionals, access to a multidisciplinary team and costs. **Conclusion:** Literature indicates that the tab can be a potential resource for optimizing the health policies of the person with ASD, as it promotes independence in daily life activities and reduced the main symptoms, improving the quality of life of users. To promote universal and egalitarian access to services for the promotion, protection and recovery of the autistic person, an integrality of actions and the intersectoriality of policies, with investments in the expansion of health services, encourage professional and family qualification, so As a family support network, enabling access to services.

Keywords: Applied Behavior Analysis. Autistic. Autism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão.....	42
Quadro 2- Características gerais dos artigos que preencheram os critérios de inclusão sobre a ABA em pacientes com autismo.....	47
Quadro 3- Características da ABA dos artigos que preencheram os critérios de inclusão.....	51
Quadro 4- Potencialidades, barreiras e proposições do uso da terapia ABA para as políticas públicas de saúde	53
Quadro 5- Potencialidades do ABA para para atenção à saúde da pessoa com TEA.	55
Quadro 6- Barreiras do ABA para as Políticas de atenção à saúde da pessoa com TEA	59
Quadro 7- Proposições para o uso do ABA para reorientação das políticas da saúde da pessoa com TEA	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do Tempo Políticas Públicas e o Transtorno do Espectro Autismo no Brasil	39
Figura 2- Fluxograma de seleção dos estudos.....	45

LISTA DE SIGLAS

ABA	Análise do comportamento aplicada
ADDM	Rede de Monitoramento do Autismo e do Desenvolvimento de Deficiências
ADI-R	<i>Autism Diagnostic Interview-Revised</i>
ASSQ	Escala de Avaliação de Sintomas do Autismo
BCBA	Analista Comportamental Certificado pelo Conselho
CAPS	Centro de assistência Psicossocial
CAPSi	Centro de Atendimento Psicossocial Infanto Juvenil
CDC	Centro de controle e prevenção de doenças
CID-11	Classificação Internacional de Doenças 11ª edição
DI	Deficiência Intelectual
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição
EA	Espectro Autismo
ICA	Inventário de Comportamentos Autísticos
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
PTS	Plano Terapêutico Singular
QI	Quociente de Inteligência
TEA	Transtorno do Espectro autismo
TCI	Terapia Complementar Integrativa
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
SUS	Sistema Único de Saúde
VABS	Escala de Habilidades Sociais de Vineland
VB-MAPP	Programa de Avaliação e Colocação de Marcos de Comportamento Verbal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO (TEA).....	23
2.1.1 Etiologia e Prevalência	24
2.1.2 Diagnóstico	25
2.1.3 Tratamento Farmacológico	27
2.1.4 Tratamento Não-Farmacológico	28
2.1.4.1 Terapia Complementar Integrativa (TCI)	28
2.1.4.2 Terapia musical	29
2.1.4.3 Terapia cognitiva comportamental.....	29
2.1.4.4 Terapia baseada da análise do comportamento aplicada.....	30
2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	34
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 MÉTODOS	41
4.1 A PERGUNTA DE PESQUISA.....	41
4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	42
4.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCAS.....	43
4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	43
4.5 EXTRAÇÃO E SUMARIZAÇÃO DOS DADOS.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 POTENCIALIDADES DO ABA PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA	55
5.1.1 Habilidades Sociais	55
5.1.2 Comunicação	57

SUMÁRIO

5.2 BARREIRAS DO ABA PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA	58
5.2.1 Dificuldades de Intervenção precoce devido à diagnóstico tardio	59
5.2.2 Necessidade de Carga Horária de ABA Elevada	60
5.2.3 Dificuldades de implementação do ABA em diferentes ambientes	61
5.2.4 Dedicção/envolvimento da família no tratamento	62
5.2.5 Transporte/ deslocamento para terapia	63
5.2.6 Ausência / deficiência de Profissionais habilitados e capacitados para aplicação do ABA	64
5.2.7 Fragilidade nas Políticas Públicas de Saúde para pessoa com TEA .	65
5.3 PROPOSIÇÕES PARA O USO ABA COMO FERRAMENTA PARA APRIMORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA	67
5.3.1 Oferta de capacitação aos familiares e/ou cuidadores	68
5.3.2 Ações governamentais para aprimorar o acesso das pessoas com TEA ao tratamento com ABA	69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS	84
ANEXO A – PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST.....	84
ANEXO B – FLUXOGRAMA PRISMA PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS	86

1 INTRODUÇÃO

O autismo, também conhecido como Transtorno do Espectro Autismo (TEA), é definido como transtorno global de desenvolvimento, uma síndrome comportamental que compromete o desenvolvimento motor e neurológico, dificultando a cognição, comunicação verbal e não verbal e a interação social da criança. Antigamente era reconhecido apenas como distúrbio, no qual as pessoas apresentavam dificuldades de comunicação e interação social. As primeiras produções sobre o assunto foram produzidas por Hans Asperger e Leo Kanner. Sua etiologia ainda é desconhecida, entretanto, a tendência atual é considerá-la como uma síndrome de origem multicausal envolvendo fatores genéticos e ambientais (KANNER, 1968; CAVALCANTE, 2003; KIRK *et al.*, 2017).

Os sintomas iniciam tipicamente antes dos três anos de idade e o reconhecimento dos sintomas manifestados pela criança com autismo é fundamental para o diagnóstico precoce, sendo que este é feito, em média, por volta dos 18 meses. As manifestações clínicas são identificadas pelos familiares e cuidadores por meio de observações que visualizam padrões de comportamentos diferentes de uma criança típica. A criança com TEA apresenta uma tríade singular, a qual se caracteriza pela dificuldade e prejuízos qualitativos da comunicação verbal e não verbal, na interatividade social e na restrição do seu ciclo de atividades e interesses. Podem também fazer parte da sintomatologia, padrões repetitivos e movimentos estereotipados, assim como padrão de inteligência variável. Geralmente o primeiro sintoma que chama atenção dos pais é a medida em que a criança vai crescendo e a linguagem não se desenvolve (ZWAIGENBAUM *et al.*, 2015; KODAK; BERGMANN, 2020).

Uma vez diagnosticado, especialmente em se tratando de crianças, constitui uma situação de impacto, podendo repercutir na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasionando efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares. Todas essas alterações são uma situação que desencadeia alterações na vida familiar devido às necessidades de acompanhamento da criança para seu desenvolvimento. Frente ao diagnóstico do TEA, a família, comumente, passa por uma sequência de estágios: impacto, negação, luto, enfoque externo e

encerramento, as quais estão associadas a sentimentos difíceis e conflituosos (CAVALCANTE, 2003; FERNANDES; NEVES; SCARAFICCI, 2011).

Deste modo, compreende-se que a revelação diagnóstica do autismo se torna um momento complexo, delicado e desafiador para a família, assim como para os profissionais de saúde responsáveis por essa missão. O ambiente físico associado às demais circunstâncias relacionadas à notícia poderão interferir positivamente ou não para a minimização do sofrimento familiar. A falta de tempo, a inabilidade em comunicação e apoio emocional do profissional de saúde ainda constituem importantes barreiras para esta atividade, que legalmente compete ao médico. Entretanto, deve-se considerar a importância da presença da equipe multiprofissional nesse processo a fim de compartilhar os questionamentos, as angústias e as necessidades dos familiares que se estabelecem no momento do diagnóstico. Nesse contexto, é fundamental planejar o modo como será revelado à família esse diagnóstico, mantendo-se a relação dialógica compreensiva para facilitar o fluxo de informações fornecidas, bem como viabilizar uma melhor aceitação por parte da família, a fim de que esta estabeleça as estratégias de enfrentamento do problema da criança (BRASIL, 2014).

O TEA vem aumentando sua incidência nos últimos anos. Em 2004, o número divulgado pelo Centro de controle e prevenção da doença (CDC) era de que 1 pessoa em 166 tinham TEA. Em 2012, esse número estava em 1 em 88 e em 2020, 1 em 54 e em dezembro de 2021, foi atualizado para 1 a cada 44 crianças de até 8 anos. O autismo está atingindo 1% da população e é mais frequente em indivíduos do sexo masculino em uma proporção de 4:1. No mundo todo, o autismo manifesta-se de forma independente da raça, cultura, educação ou classe social dos indivíduos. No Brasil, estima-se que existem mais de 2 milhões de pessoas com autismo (MAENNER *et al.*, 2020).

A elevação da identificação do TEA está atrelada, provavelmente, a melhores evidências para a definição diagnóstica. É necessário lembrar a grande variabilidade na apresentação do TEA no que tange aos prejuízos em interação social, comportamento e comunicação, bem como ao grau de eventual comprometimento intelectual. Cerca de 50% das pessoas com TEA apresentem algum grau de Deficiência Intelectual (DI) (HARRIS, 2017).

O autismo tem sido tema de importantes debates, tanto em âmbito nacional quanto global. Diversos atores, pais e familiares, profissionais, acadêmicos, gestores, os próprios autistas e outros ativistas, têm promovido ampla discussão a partir de diferentes posições, sobre os possíveis fatores etiológicos, a descrição nosográfica do transtorno e as metodologias supostamente eficazes de tratamento, assim como a organização de políticas de saúde no cuidado e o arcabouço legal de garantia de direitos. No Brasil, por diferentes motivos, as iniciativas governamentais desenvolveram-se de maneira tardia (BUSSINGUER; PENNA, 2013; BRASIL, 2015).

O enfrentamento tardio do problema fez com que a construção atual da política pública brasileira para o autismo fosse marcada por dois grupos distintos que, historicamente, desenvolveram suas ações de maneira simultânea, mas em paralelo: de um lado, o grupo composto, em sua maior parte, por trabalhadores e gestores do campo da Atenção Psicossocial, além de partidários da Reforma Psiquiátrica, integrantes das ações diretamente ligadas à política pública de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). De outro, as associações de pais e familiares de autistas, que começaram a construir suas próprias estratégias assistenciais para os filhos, em um período do século XX, os anos 80, marcado pela lacuna de recursos públicos destinados ao atendimento dessa população. A coexistência desses grupos e o paralelismo de suas propostas necessitam ser contextualizados para que possam auxiliar o debate sobre as querelas atuais nos caminhos das políticas para o autismo. Desde então, o Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, entre outros, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência (BRASIL, 2014; OLIVEIRA, 2017).

A constituição federal de 1988 determina, em seu artigo 196, que a “saúde é um direito de todos e um dever do estado”, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS, instituído pela Lei nº 8.080/90, é uma política pública pautada na concepção da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir acesso e qualidade ao conjunto de ações e serviços que buscam atender às diversas necessidades de saúde das pessoas sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à justiça social (BRASIL, 1990). Para tanto, o SUS se organiza a partir das diretrizes de descentralização, regionalização e controle social.

O controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e na identificação de prioridades (BRASIL, 2005).

No Brasil, a Lei Berenice Piana – Lei nº 12.764 /2012 - criou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, regulamentada pelo Decreto 8.368 /2014, que garante os direitos dos autistas e os equipara às pessoas com deficiência.

O reconhecimento do autismo como uma deficiência engendrou um novo debate em torno das formas como esta população deve ser contemplada no rol de ações e serviços disponíveis no SUS para além da assistência que vinha sendo provida, de um lado pelos Centros de Assistência Psicossocial (CAPSI), no campo da saúde mental, e de outro, pelas entidades filantrópicas conveniadas ou pelas associações de familiares. É necessário salientar que, o SUS e o Movimento de reforma psiquiátrica foram determinantes para a melhoria do atendimento as pessoas autistas. O SUS consolidou os princípios importantes do Espectro Autismo (EA): universalização da saúde, a integralidade das ações e a intersectorialidade das políticas e com a implementação do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil, proposto em 2002 (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; OLIVEIRA, 2017). Os principais pilares para uma intervenção adequada a pessoa autista são a família, a equipe de educação e a de saúde para a condução adequada das crianças com TEA com o objetivo de aprendizado e modificações comportamentais. O pediatra tem um papel importante desde o diagnóstico ao encaminhamento para os devidos

profissionais capacitados, que deverão recorrer a modelos terapêuticos interdisciplinares, sempre com a participação da família e da escola. O intuito é a promoção do desenvolvimento da criança na tríade das dificuldades (interação, comunicação e comportamentos repetitivos e interesses restritos) (KODAK; BERGMANN, 2020).

O tratamento padrão-ouro para o TEA é a intervenção precoce, que deve ser iniciada logo após o diagnóstico por uma equipe interdisciplinar. Cada criança TEA apresenta necessidades individualizadas de acordo com sua funcionalidade, sua dinâmica familiar e a quantidade de recursos que a comunidade oferece. Dentre as modalidades terapêuticas estão: Modelo Denver de intervenção precoce para autistas, Análise do comportamento aplicada (ABA), coaching parental, comunicação suplementar e alternativa, Método TEACCH, terapia de integração sensorial, dentre outras estratégias como aplicativos, jogos entre outros (BRASIL, 2015; GOMES, 2015).

A ABA é uma sigla que vem da língua inglesa que significa *Applied Behavior Analysis*, em português, análise do comportamento aplicada. O método é uma forma de intervenção aplicada para crianças com algum desenvolvimento atípico, por isso é indicado àquelas com transtorno do espectro autismo. A ABA, também conhecida como Behaviorismo Radical ou Comportamentalismo, tem como seu mentor Burrhus Frederic Skinner, conhecido como B. F. Skinner (1904-1990 e encontra-se dentro do documento da “Linha de cuidado para a atenção as pessoas com transtorno do espectro autismo” publicado pelo Ministério da Saúde em 2014 (SKINNER, 1957; SAMPAIO, 2005; BRASIL 2014).

A ABA utiliza-se de métodos baseados em princípios científicos do comportamento para construir repertórios socialmente relevantes e reduzir repertórios problemáticos da pessoa autista. É uma abordagem que envolve a avaliação, o planejamento e a orientação por um Analista de Comportamento Aplicada. A intervenção depende de cada indivíduo, e é sustentada por um tripé, tríplice contingência: pesquisa básica, aplicada e teórica (FERNANDES; AMATO, 2013; LEAF *et al.*, 2020).

A ABA não é um método ou técnica, ela é uma área de investigação e aplicação dinâmica que evolui na medida em que novos princípios comportamentais são

descobertos por meio de pesquisas científicas da Análise do Comportamento. O objetivo é desenvolver, em prol do autista, este desde criança a fase adulta (BRAGA-KENYON; MIGUEL, 2002).

O comportamento é definido como a relação existente entre as ações de um indivíduo e os eventos anteriores e consequentes a essas mesmas ações. Somente após a avaliação dessa dinâmica, que fornecerá dados para as intervenções terapêuticas, que serão pensadas ações a esse indivíduo. A abordagem prioriza a criação de programas que possibilitem ampliar a capacidade cognitiva, motora, social e sensorial. Cada habilidade é dividida em pequenos passos e ensinada com ajuda e reforçadores que podem ser gradualmente eliminados, e os dados são coletados e analisados (BETTELHEIM, 2006).

A ciência ABA atua também na redução de comportamentos não adaptativos (estereotípias, agressividade e outros), particularmente ao substituí-los por novos comportamentos socialmente mais aceitáveis e que sirvam aos mesmos propósitos, mas de modo mais eficiente. Intervenções analítico-comportamentais podem ajudar o autista a se comunicar melhor, a melhorar as relações sociais e tornar-se mais independente, de modo que se sentirá mais autônomo para fazer escolhas em sua vida, seja no trabalho, no lazer, estudo, buscar novas oportunidades de trabalho ou fazer qualquer outra coisa que venha a escolher. O terapeuta deve desenvolver a independência, ampliar o seu repertório comunicativo, buscando torná-la mais apta a produzir, em sua história, contextos que contribuirão para a sua autonomia (SAMPAIO, 2005).

Apesar de numerosos, os brasileiros autistas ainda sofrem para encontrar tratamento adequado por falta de políticas públicas de saúde. Trabalho em uma empresa que atende mais de 1.000 crianças autistas na ciência ABA via saúde suplementar por meio de operadora de saúde e cada vez mais observa-se o aumento do número de crianças pelo fato do SUS não ofertar esse atendimento. A maioria do acesso ao tratamento é via prestadores, mas também uma maioria via liminares judiciais. O documento publicado em 2014 pelo Ministério da Saúde, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), cita o ABA

como um dos tratamentos terapêuticos, entretanto, o SUS não oferta esse atendimento.

Precisamos expor as autoridades competentes esse grave problema que estamos enfrentando na saúde infanto juvenil, verificar os benefícios e dificuldades do uso do ABA para as pessoas com TEA e levantar possíveis contribuições desta ciência para as políticas públicas de saúde.

Diante do exposto, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as potencialidades, barreiras e proposições do uso da Análise do Comportamento Aplicada em ambiente ambulatorial para as Políticas de Saúde da pessoa com Transtorno do Espectro Autista?

Acredita-se que, por meio desse estudo, será possível fornecer subsídios que possam contribuir com a melhoria da assistência às pessoas com Espectro Autismo, especialmente, no que diz respeito as formas de acesso ao serviço e tratamento. Vale ressaltar que, conhecer o contexto sócio-histórico e considerar o autista em sua singularidade, complexidade e integralidade possibilitará identificar outros aspectos envolvidos no cuidado, sobretudo, símbolos sociais e culturais, que, frequentemente, não são considerados na linha de cuidado.

É imprescindível salientar ainda que, através da identificação sobre as formas de acesso dos usuários ao serviço, bem como a disponibilidade e funcionalidade do trabalho em rede, será possível identificar um plano de cuidado com melhor eficiência para as pessoas autistas. Através desse trabalho, será possível ainda identificar políticas públicas que visem olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, compreender o processo saúde-doença-cuidado, ou seja, ações que ajudarão a permitir o acesso dos autistas à ciência ABA.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa traz a oportunidade de um aprofundamento acerca das contribuições que a Análise do Comportamento Aplicada pode oferecer a rede SUS e para as políticas de saúde existentes no Brasil e, juntamente com o levantamento das políticas públicas existentes para a garantia dos direitos

constitucionais, em especial as pessoas com transtorno do espectro autismo, no que se refere a universalidade, equidade e integralidade.

A presente dissertação poderá contribuir na interface ciência e políticas públicas de saúde no Brasil, que de forma indireta beneficiará as famílias de pessoas com autismo, bem como os profissionais que almejem utilizar o ABA como suporte científico e para os autores envolvidos no planejamento das políticas públicas de saúde voltadas às pessoas autistas.

Após as considerações introdutórias apresentadas neste primeiro capítulo, para um aprofundamento do objeto de pesquisa e responder à pergunta proposta, a dissertação foi estruturada da seguinte forma: na próxima seção (capítulo 2) será apresentada uma revisão narrativa de literatura sobre o Transtorno do Espectro Autismo e as políticas públicas relacionadas; o capítulo 3 traz os objetivos para responder a questão norteadora da pesquisa; no capítulo 4, por sua vez, aborda os aspectos metodológicos para alcançar os objetivos da pesquisa; o capítulo 5, trata-se da seção original desta dissertação, a qual os resultados e a discussão provenientes da revisão de escopo serão apresentados; e por fim, na última seção desta dissertação, o capítulo 6 estão dispostas as considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO (TEA)

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento de aparecimento precoce, caracterizado por desenvolvimento atípico, déficits na comunicação e interação social e a presença de padrões repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, cuja etiologia ainda permanece desconhecida (KODAK; BERGMANN, 2020).

Leo Kanner, médico austríaco, introduziu em 1943 pela primeira vez o termo autismo ou distúrbio autístico de contato afetivo, para definir uma síndrome específica observada em crianças pequenas, com sintomatologia característica e relacionamentos sociais e emocionais atípicos e interrompidos. Desde então, o autismo é reconhecido como TEA, que é classificado como um transtorno do desenvolvimento conforme definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição pela Associação Americana de Psiquiatria e pela Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão pela Organização Mundial da Saúde (KHAN *et al.*, 2012; APA, 2013).

Outro pioneiro no estudo do autismo, foi o pediatra austríaco Hans Asperger que em 1944 escreveu o artigo “A psicopatia autística na infância”, no qual realizou um estudo com quatro crianças que apresentavam dificuldades significativas na integração social em grupos. Entretanto, as crianças acompanhadas por Asperger se diferenciavam por apresentarem habilidades intelectuais bastante desenvolvidas em algumas áreas específicas e por serem verbais (BARON-COHEN, 2015).

A partir da descrição inicial do autismo, pesquisas e políticas de atenção a essa população puderam ser desenvolvidas, contribuindo para uma melhor assistência aos indivíduos afetados e a família. Nos últimos anos, o TEA passou de um transtorno raro para uma condição bem divulgada, defendida e pesquisada, reconhecida como bastante comum e muito heterogênea (BRASIL, 2014; ALPERI, 2020).

2.1.1 Etiologia e Prevalência

A etiologia do TEA ainda permanece desconhecida, mas evidências científicas apontam que não há uma única causa associada, mas sim uma interação entre fatores genéticos e ambientais. Evidências de envolvimento genético, como alta concordância em gêmeos monozigóticos, recorrência familiar maior do que a esperada pelas taxas de prevalência e comorbidade com diversas síndromes genéticas, somado a descrição de causas ambientais perinatais, propiciou a definição etiológica em cerca de 20% dos diagnósticos de TEA. As causas genéticas conhecidas incluem microdeleções/microduplicações, identificada em cerca de 10% dos casos; alterações cromossômicas detectáveis por métodos usuais (cariótipo) e doenças monogênicas nas quais achados neurológicos estão associados aos TEA. Essas causas genéticas, estão associadas a quadro sindrômicos. Fatores ambientais, como o ambiente familiar, complicações durante a gravidez ou parto, tem sido associado como fator de risco para desenvolvimento de TEA (GESCHWIND; SIAI'E, 2015).

Descobertas neurobiológicas recentes sobre a função comportamental do TEA sugerem que a conectividade cerebral prejudicada é uma característica fundamental de sua fisiopatologia. O TEA é frequentemente conceituado como um distúrbio de conectividade hipocortical e subcortical de longo alcance, com hiperconectividade compensatória de circuitos curtos malformada, levando à discriminação ou aumento da atenção a estímulos simples em pacientes com o transtorno, acompanhado por comprometimento coincidente do sucesso sensorial (JUSI, 2004).

Uma vez que a informação sensorial forma a base das relações e funções sociais e cognitivas no sistema nervoso central, os déficits de integração multissensorial são um pilar importante para compreensão do TEA, sugerindo que as mudanças dessa integração não devem ser conceituadas apenas como uma característica, mas como base para o desenvolvimento de outros sintomas importantes. Essa incapacidade de sintetizar várias entradas sensoriais, prejudica a capacidade de formar metáforas e representações cognitivas complexas necessárias para abstração efetiva, compreensão da linguagem e resposta a pistas sociais, que juntas representam sintomas centrais do transtorno (AMARAL; SCHUMANN; NORDAHL, 2008).

A prevalência de TEA tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, atrelada não somente a um aumento de casos, como também a melhores ferramentas e divulgação para identificação e diagnóstico. Em 2000, a Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo do Centro de Controle de Doenças e Prevenção estimou a incidência de TEA em 1 a cada 150 crianças, já em dezembro de 2021 foi divulgado o relatório atualizado, e a última taxa de prevalência mundial foi de 1 a cada 44 crianças de até 8 anos. Essa proporção é considerada a mesma em todas as origens raciais, étnicas ou socioeconômicas, mas difere entre os gêneros. A prevalência de TEA parece ser quatro a cinco vezes maior em meninos do que em meninas. No Brasil, estima-se que existam pelo menos 2 milhões de autistas diagnosticados e cerca de 1 a 2 casos a cada 1.000 crianças em idade escolar (MAENNER et al., 2021; GOMES et al., 2015).

2.1.2 Diagnóstico

Os sintomas normalmente iniciam nos primeiros anos de vida e o reconhecimento destes é fundamental para dar início ao processo de busca por um diagnóstico precoce, sendo que este é confirmado, em média, por volta dos três anos. O diagnóstico é clínico, baseado em uma avaliação minuciosa e deve ser realizada por um profissional médico com experiência. Devido à complexidade, gravidade e sobreposição dos sintomas do TEA com outros transtornos psiquiátricos, é importante um diagnóstico diferencial para uma correta identificação do TEA, usando instrumentos e escalas apropriados para melhorar o manejo clínico desses pacientes (BRASIL, 2014).

As ferramentas de avaliação incluem entrevistas com pais e cuidadores, entrevistas com pacientes, observações diretas e avaliações clínicas detalhadas que abrangem uma revisão do histórico familiar específico ou de outros transtornos do neurodesenvolvimento. É importante destacar que o diagnóstico é baseado em critérios clínicos, descritos no DSM-5 e na CID-11. Esses critérios incluem dificuldades persistentes na comunicação social e no comportamento, bem como interesses restritos e repetitivos. É importante lembrar que o diagnóstico do autismo pode ser um processo complexo e desafiador, que requer um conhecimento abrangente dos profissionais envolvidos (WELLMIZ et al., 2021).

Existem diversas escalas, com padrões de avaliações próprios para cada faixa etária e auxiliam na triagem, diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento. Entre as mais utilizadas, temos a escala M-CHAT-R ou a versão revisada e para consulta de seguimento M-CHAT-R/F (ROBINS et al., 2013), que é um instrumento utilizado para auxiliar na identificação e triagem de crianças com idade entre 16 e 30 meses com sugestão de TEA. O instrumento pode ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde e pode ser respondido pelos cuidadores e pais da criança durante a consulta. Segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017, a avaliação utilizando o instrumento é obrigatória para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo SUS (MAENNER et al., 2021).

A Escala de Avaliação do Autismo Infantil (CARS) é uma escala amplamente difundida, utilizada para auxiliar no diagnóstico em crianças. O instrumento pode distinguir entre crianças com autismo e crianças com outros transtornos de atraso no desenvolvimento, como retardo mental. É composta por 15 itens que abrangem diferentes sintomas de TEA e fornece uma comparação confiável dos comportamentos e habilidades de uma criança afetada com o crescimento típico de uma criança saudável. Cada item é pontuado entre um (comportamento normal) a quatro (comportamento gravemente anormal), gerando uma classificação dos escores de TEA leve, moderado ou grave (SHARMA; GONDA; PARAZI, 2018).

O *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) é uma entrevista baseada em investigador para pais e cuidadores de crianças e adultos com suspeita de TEA, baseada em 93 itens que avaliam especificamente diferentes comportamentos, incluindo interação social recíproca, linguagem e comunicação, comportamentos ou interesses repetitivos estereotipados e critérios de idade de início. Sua pontuação varia entre 0 a 3 (sem evidência a extrema gravidade do comportamento prejudicado), e sua aplicação é consideravelmente longa, durando entre 2 e 3 horas para ser concluída e só pode ser aplicada em crianças com idade mental igual ou superior a 2 anos (LEFORI-BESNARD et al., 2020). A Escala de Habilidades Sociais de Vineland (VABS), é utilizada para avaliar habilidades sociais, adaptação e comportamento em crianças e adultos com TEA, enquanto a Escala de Avaliação de Sintomas do Autismo

(ASSQ), é utilizada para avaliar sintomas de TEA em crianças e adolescentes com idades entre 6 e 17 anos (RYLAND et al., 2012, RANDELL et al., 2022).

É fundamental que o processo de diagnóstico seja realizado por profissionais com experiência clínica, devido a pluralidade da condição, ou até mesmo comorbidades que podem estar associados a pessoa com TEA e que exigem muitas vezes outros exames neurológicos, metabólicos e genéticos. No Brasil, as diretrizes de Atenção e Reabilitação a Pessoa com Autismo, preconizam que o paciente seja avaliado por uma equipe composta de, no mínimo, psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo, de acordo com as necessidades individuais. Na avaliação psiquiátrica de indivíduos em idade escolar ou em fase de desenvolvimento, além da observação direta do comportamento, é necessário o relato de professores e outros profissionais que atuam diretamente com o paciente, pois é comum haver diferenças significativas no comportamento de acordo com o ambiente (BRASIL, 2013).

A avaliação neurológica, é fundamental para detectar os aspectos funcionais do sistema nervoso central suscetíveis de análise pelo exame clínico, como o sistema motor, sensorial e integrativos. As avaliações psicológicas e fonoaudiológicas, tem um papel importante na formulação dos objetivos principais do Plano Terapêutico Singular (PTS) e para acompanhar a evolução do tratamento. Durante o processo de diagnóstico, a família e cuidadores precisam ser ouvidos e muitas vezes amparados, por uma equipe multiprofissional, diante de um momento delicado como o recebimento de tal diagnóstico. Uma equipe interdisciplinar, também é capaz de identificar potencialidades da pessoa e de sua família (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

2.1.3 Tratamento Farmacológico

As opções atuais de tratamento para TEA incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As farmacológicas incluem diferentes classes de medicamentos, incluindo psicoestimulantes, antipsicóticos atípicos, antidepressivos, agonistas do receptor alfa-2 adrenérgico, inibidores da colinesterase, antagonistas do receptor NMDA e estabilizador de humor antiepiléptico, dependendo de uma avaliação individual e detalhada das necessidades do paciente (AMAN; LAM; VAN BOURGONDIEN, 2005).

Devido ao alto nível de comorbidade entre TEA e TDAH, o tratamento com psicoestimulantes tradicionais de TDAH, como metilfenidato e anfetaminas, parece ajudar a controlar os sintomas de TDAH em pacientes com TEA. Os psicoestimulantes são principalmente eficazes na melhora da hiperatividade e impulsividade em pacientes com TEA, mas não apresentam benefícios em outros sintomas, como irritabilidade, retraimento social, comportamento repetitivo ou comprometimento da fala (HANDEN; JOHNSON; LUBETSKY, 2000).

Os antipsicóticos atípicos têm como alvo a dopamina, a serotonina e outros subtipos de receptores de neurotransmissores com diferentes afinidades e têm sido amplamente utilizados no tratamento da esquizofrenia e outras psicoses. Os antipsicóticos atípicos risperidona, aripiprazol, quetiapina, ziprasidona e, em menor grau, olanzapina são comumente usados em pacientes com TEA (POLIPIE; MCDUGLE, 2013).

2.1.4 Tratamento Não-Farmacológico

2.1.4.1 Terapia Complementar Integrativa (TCI)

Embora a prevalência de TEA tenha aumentado ao longo das últimas décadas, as terapias medicamentosas atualmente disponíveis mostraram vários graus de eficácia e só podem melhorar os efeitos de comportamentos repetitivos disruptivos associados ao transtorno. Dadas as preocupações sobre o perfil de efeitos colaterais dos antipsicóticos atípicos comumente usados como terapia medicamentosa de primeira linha para TEA e o desejo de encontrar tratamentos que possam modificar com sucesso as anormalidades subjacentes do desenvolvimento neurológico em crianças com TEA, para aprimorar as práticas tradicionais de cura, outras intervenções são utilizadas, como por exemplo, a Terapia Complementar Integrativa (TCI) (MAISON; MAISON; RIVER, 2007; REICHOW et al., 2012).

As intervenções da TCI podem ser divididas em duas grandes categorias: práticas mente-corpo e produtos naturais, enfatizando que as práticas complementares são

frequentemente realizadas simultaneamente, e não como substitutos, das práticas médicas tradicionais. A terapia integrativa em saúde reflete a combinação de terapias tradicionais e complementares. Um estudo realizado para verificar a eficácia dessa terapia, concluiu que há evidências conservadoras para o uso de terapia de integração sensorial, acupuntura e massagem, observando que há pouca evidência geral de que a terapia seja útil para TEA, sugerindo variáveis como heterogeneidade na apresentação clínica (SHARMA; GONDA; TARAZI, 2018).

2.1.4.2 Terapia musical

A musicoterapia também é um recurso que pode ser particularmente eficaz no TEA devido à sua capacidade única de potencialmente alterar a estrutura cortical e a conectividade funcional, permitindo maior integração multissensorial em áreas corticais e subcorticais. A falta de estágios de desenvolvimento é amplamente considerada central para as anormalidades neurofisiológicas subjacentes no TEA. Os pacientes diagnosticados com TEA geralmente retêm ou até aprimoram um senso de música que se estende até a idade adulta, com a capacidade de interpretar e responder, mesmo que sejam incapazes de expressar verbalmente e responder à música ou às emoções transmitidas na música. A capacidade da música de regular o humor e as emoções em pessoas autistas e não autistas está bem estabelecida: tanto experimentalmente quanto anedotamente. Foi demonstrado que a escuta passiva e, em maior medida, o jogo ativo ativam áreas do cérebro envolvidas na regulação cognitiva, sensorio-motora e percepção-ação, aumentando a sincronia de oscilação entre essas várias áreas corticais e, assim, promovendo uma integração sensorial aumentada (SHARMA; GONDA; TARAZI, 2018; GERESSEGGER et al., 2022).

2.1.4.3 Terapia cognitiva comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção psicoterapêutica que tem se mostrado eficaz para uma série de transtornos psiquiátricos, incluindo ansiedade, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo. No geral, a natureza altamente estruturada e previsível da TCC a torna particularmente útil para pessoas com TEA, tanto para sintomas centrais quanto para ansiedade e depressão coexistentes. Normalmente, esses programas incluem consistentemente elementos

centrais de psicoeducação, bem como treinamento social para promover o desenvolvimento de habilidades sociais, instrução em habilidades de autocuidado e planilhas e recursos visuais altamente estruturados (UNG et al., 2014).

Técnicas e protocolos aprimorados de TCC foram desenvolvidos para pessoas com TEA para gerenciar sintomas e dificuldades causadas por seu transtorno que também interferem nas aplicações padrão da TCC, como sua identificação e compreensão de seus próprios pensamentos e sentimentos e dos outros. A TCC em pacientes jovens com TEA de alto funcionamento pode ser feita individualmente, pode envolver familiares presentes e/ou pode ser feita em grupos maiores. Embora a terapia individualizada possa ser mais eficaz devido à sua maior flexibilidade e personalização às habilidades e necessidades específicas de cada paciente, existem alguns benefícios ao grupo TEA usando TCC (WOOD et al., 2009; WANG et al., 2021)

A TCC em grupo permite uma maior interação social, compartilhando experiências, promovendo a auto-aceitação e aumentando a consciência dos pontos fortes e fracos associados ao TEA. Em crianças com TEA de alto funcionamento, a TCC é uma intervenção comumente usada para tratar ansiedade e sintomas depressivos comórbidos, comportamentos disruptivos e sintomas centrais do TEA. Embora existam protocolos de TCC para crianças e adolescentes com TEA, estudos sobre TCC em adultos geralmente são escassos. Um dos principais objetivos do uso da terapia em crianças com TEA é desenvolver habilidades cognitivas para compreender os estados cognitivos e mentais dos outros, bem como desenvolver habilidades sociais necessárias para interações recíprocas. Poucos estudos investigaram a eficácia da TCC para os principais sintomas do TEA e, até agora, a maioria usou abordagens diferentes, visando apenas uma ou algumas habilidades (KERNS et al., 2016).

2.1.4.4 Análise do Comportamento Aplicada (ABA)

O termo ABA, comumente associado ao tratamento de indivíduos com Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, ou enfim, qualquer forma de desenvolvimento atípico, vem da abreviação das iniciais do inglês “*Applied Behavior Analysis*”, conhecido em português por Análise Aplicada do Comportamento

Aplicado. A Análise do Comportamento, também conhecida como Behaviorismo Radical ou Comportamentalismo, é uma abordagem dentro da Psicologia, que teve como principal mentor Skinner (1904-1990).

A Análise do Comportamento é sustentada por um tripé: pesquisa básica, aplicada e teórica. A pesquisa básica busca, com experimentação baseada em controle de variáveis, responder a questões científicas importantes para embasar o escopo teórico; a pesquisa aplicada utiliza os conceitos básicos para intervir em questões sociais relevantes e, a pesquisa e reflexão teórica constroem os conceitos explicativos do comportamento. Assim sendo, ABA, é do que uma linha de atuação dentro da abordagem comportamental, na qual aplicamos seus conceitos teóricos e filosóficos às necessidades e os problemas da sociedade. ABA é aplicada ao autismo, assim como é aplicada à educação, ao ambiente empresarial, à clínica, ou ao esporte, por exemplo (LEAF et al., 2021).

Apesar da Análise do Comportamento ter sua gênese na década de 30, quando Skinner começou a estudar a Psicologia, ainda não existia nesse início o termo ABA. Nessa fase inicial, os estudos de Skinner, baseados em um novo método experimental, compunham a Análise Experimental do Comportamento (pesquisa básica com sujeitos infra-humanos); as duas décadas seguintes (40 e 50) foram marcadas pela extensão dessa metodologia experimental com infra-humanos para sujeitos humanos, com o foco mais experimental e conceitual que aplicado. Em meados de 50 e na década de 60 que a Análise do Comportamento começou também a ser aplicada e bem-sucedida nessa aplicação. Como a Análise do Comportamento era uma abordagem nova na Psicologia, portanto, sem tanta confiabilidade e divulgação o espaço social que se abriu para pesquisa foi com pessoas institucionalizadas (LEAF et al., 2020).

A partir da década de 70 abre-se espaço para o aprofundamento de pesquisas aplicadas com autismo; e desde sua origem, a ABA foi se especializando nesse tema. Tão grande foi a propagação de pesquisas em Análise Aplicada do Comportamento com Autismo e a eficiência dessa intervenção que temos um grande impacto, principalmente nos EUA, da ABA com Autismo (desenvolvimento de grandes centros especializados; manuais para pais, profissionais e para-profissionais; periódicos

científicos dedicados exclusivamente a esse tema; fomento governamental em alguns estados para esse tipo de intervenção, por exemplo). Assim, ABA tornou-se fortemente associada ao tratamento para Autismo (FALCOMAIA, 2015).

A terapia comportamental no TEA, se concentra na independência funcional e na qualidade de vida e visa desenvolver a regulação emocional, habilidades sociais e comunicação. Diferentes tipos de intervenções incluem abordagens específicas para cada sintoma, bem como abordagens mais complexas e abrangentes (LAI; LOMBARDO; BARON-COHEN, 2014).

A ABA, é um termo advindo do campo científico do Behaviorismo, que observa, analisa e estuda a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem. Para garantir a eficácia da intervenção baseada em ABA, importantes aspectos são considerados, desde a avaliação até as intervenções diárias, como por exemplo considerar a individualidade de cada um, programação da intensidade da terapia ou quantas horas semanais, sendo mais indicado 30 horas de intervenção, divididas entre momentos com o aplicador e/ou pais e cuidadores, que por sua vez, também recebem orientações para uma abrangência maior da terapia. Essas orientações frequentes e contínuas para todas as pessoas que convivem com ela nos diversos contextos, como pais, cuidadores, familiares, professores, terapeutas, e entre outros, são fundamentais para garantir a estimulação das crianças nos demais ambientes e maximizar as horas de intervenção (VISMARA; ROGERS, 2010).

As intervenções comportamentais intensivas iniciais abrangentes são baseadas na ABA, um método experimental que avalia o impacto de eventos ambientais no comportamento e utiliza métodos específicos de ensino estruturado, a partir de estudos do comportamento. Essa metodologia é eficaz no ensino básico de comunicação, jogos, interação social, atividades de vida diária e habilidades de autoajuda e autopercepção. Como sugere o número crescente de prestadores de serviços e profissionais certificados na área, o campo ABA mostrou um crescimento ainda mais significativo nas intervenções comportamentais para crianças com autismo, e desde meados da década 80, há evidências de que a ABA contribuiu para o acúmulo constante de inteligência, linguagem e funções sociais em crianças com TEA (VISMARA; ROGERS, 2010).

Durante as sessões de aplicação das atividades da ABA, o profissional deve realizar manejos comportamentais que são necessários para o desenvolvimento da criança, como por exemplo criar diferentes maneiras de brincar com os brinquedos, elogiar, imitar e reproduzir o comportamento da criança. Deve definir e medir continuamente os comportamentos-alvos, aumentar a motivação por meio de fornecimento variado de reforços (seja algum brinquedo, objeto que a criança goste ou elogios) e fornecer instruções claras e diretas, identificar e usar instruções efetivas, reforçar toda vez que a criança se aproximar do comportamento-alvo, buscar respostas simples em comportamentos mais complexos e por fim, usar métodos explícitos para promover a generalização e a manutenção dos comportamentos, em que os comportamentos alvos sejam reproduzidos em vários contextos da vida da criança (LANDA; FRAMPION; SHILLINGSBURG, 2020).

Além disso, a ABA é caracterizada por uma coleta de dados antes, durante e depois da intervenção. O acompanhamento dessas informações serve para analisar o progresso individual da criança e auxiliar na tomada de decisões em relação aos programas de intervenção e as possíveis estratégias que melhor promovem a aquisição de habilidades necessárias para cada criança (YU et al., 2020).

Esses programas abrangentes de ABA incluem Intervenções Comportamentais Intensivas Precoces para crianças menores de 5 anos de idade, podendo influenciar na melhora do funcionamento intelectual em 50% das crianças com TEA, decompondo habilidades complexas em habilidades mais básicas e ensinando-as individualmente (COHEN; AMERINE-DICKENS; SMITH, 2006). Outros programas da ABA incluem o Learning Experience: Programa Alternativo para Pré-escolares e Pais, que se concentra no ensino integrado com colegas não autistas e enfatiza as aulas individuais (VISMARA; ROGERS, 2010). A terapia comportamental, também inclui um modelo de intervenção de desenvolvimento que é amplamente avaliado com base no histórico de desenvolvimento, avaliações funcionais e observações clínicas interativas para gerar um perfil de desenvolvimento de cada paciente, estabelecer áreas afetadas e projetar intervenções direcionadas. Esses modelos incluem o Modelo Denver e o Modelo Early Denver (Child) (DAWSON et al., 2010); Ensino Reativo; e um modelo

baseado em diferenças individuais nas relações de desenvolvimento (DIR/Floortime) (MAHONEY, PERALES, 2005).

Além de programas abrangentes, existem intervenções direcionadas para habilidades específicas e domínios cognitivos que são adaptados individualmente aos níveis existentes de funcionamento, habilidades e necessidades. Essas intervenções incluem melhorar a comunicação funcional, reconhecer emoções, habilidades sociais e promover a independência (LAI; LOMBARDO; BARON-COHEN, 2014). Esses programas direcionados incluem *Picture Exchange Communication System* (LIDDLE, 2001), uso de dispositivos geradores de fala, autogerenciamento (KOEGL; PARK; KOEGL, 2014) ou Treinamento de Imitação Recíproca (INGERSOLL; SCHREIMAN, 2006).

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Durante a maior parte do século XX, as crianças com autismo não tiveram suporte adequado do ponto de vista assistencial, sendo cuidadas até então pela rede filantrópica, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Sociedade Pestalozzi. A partir dos anos 1950, é notável o aumento no número de leis e conferências relacionadas aos serviços de saúde para o atendimento às crianças com deficiência e transtornos mentais (MAZZOTTA, 1999), tais como a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança do Adolescente de 1990, que garantem direitos e obrigações quanto aos cuidados de saúde. A partir de 1983, surgiram as primeiras organizações de pais e familiares de autistas, na tentativa de criar um grupo de apoio e luta pelos autistas, na falta de outras iniciativas que tivessem esse papel específico para a população com TEA. O primeiro grupo organizado no Brasil foi o da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo, a AMA-SP, com o objetivo de ampliar a busca de conhecimento e troca de experiências sobre o autismo, inclusive com instituições internacionais, em um período anterior à criação do SUS, no qual o Brasil ainda não provia de nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com necessidades especiais (MELLO et al., 2013).

Em 2001, foi proposta uma rede de atenção para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, integrada à saúde mental no SUS, iniciada a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 e tendo como ação estratégica, a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto juvenil (CAPSi), que são dispositivos de cuidado territorial, de base comunitária, que têm como função primordial prover atenção em saúde mental para psicóticos, autistas, usuários de álcool e outras drogas, e para qualquer condição que implique prejuízos psicossociais severos e persistentes (BRASIL, 2002a).

Em 2012, com a criação e aprovação da Lei 12.764 (Lei Berenice Piana), de 27 de dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A referida legislação passou a tomar o autista, para fins de lei, como pessoa com deficiência (BRASIL, 2012). Além de reconhecer a pessoa com TEA como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (Lei nº 12.764, § 2º), produz incidências em diversos campos, como na esfera assistencial, político/gestora, científico/acadêmica, educacional/pedagógica, bem como no campo dos direitos básicos (OLIVEIRA, 2015).

Para os ativistas, a Lei representou um marco histórico na luta pelos direitos dos autistas, de maneira que tal inclusão no campo das deficiências viabiliza politicamente o acesso a direitos previstos na legislação já existente para pessoas com deficiência no país, como benefícios financeiros, garantia à educação em escolas regulares e de ingresso no mercado de trabalho, entre outros. Além disso, consideram que esse veículo jurídico representa a condição de acesso a atendimentos em serviços de saúde especializados, em oposição aos ofertados pela rede de saúde mental (NUNES, 2014).

Embora o texto da Lei não se refira a modalidades específicas de tratamento - apenas sugere diretrizes, como a da atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, o diagnóstico precoce, o atendimento de caráter multiprofissional, bem como o acesso a medicamentos e nutrientes (BRASIL, 2012) - uma série de debates e dissensos, envolvendo diversos atores sociais, desenvolveu-se nos últimos quatro anos em torno dos possíveis caminhos de inserção do autismo no SUS. O reconhecimento do autismo como uma deficiência engendrou um novo debate em

torno das formas como esta população deve ser contemplada no rol de ações e serviços disponíveis no SUS para além da assistência que vinha sendo provida, de um lado pelos CAPSi, no campo da saúde mental, e de outro, pelas entidades filantrópicas conveniadas ou pelas associações de familiares.

Em 2013, foram lançados pelo Ministério da Saúde dois documentos que tinham por objetivo fornecer orientações para o tratamento das pessoas com TEA no SUS. Um deles foi o documento intitulado "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista" (BRASIL, 2014), cuja abordagem remete o autismo ao campo das deficiências, direcionando a terapêutica pela via da reabilitação. O outro, a "Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde", concebe o TEA como um transtorno mental, atrelando as ações de cuidado à rede de atenção psicossocial, com destaque para os CAPSi. Importa, por ora, destacar o lançamento pela instância federal do SUS de dois documentos oficiais, com orientações distintas, que, a rigor, deixam intacto o cenário de diferenças e dissensos sobre os modos de cuidar de pessoas com autismo no SUS. Os documentos oficiais, destacam a necessidade de que as tecnologias de cuidado a serem utilizadas tenham como referência os princípios de estímulo da autonomia, de melhor performance e integração nas atividades sociais e diárias, inserção no mercado de trabalho, inclusão dos familiares no processo assistencial e respeito à singularidade na definição do Projeto Terapêutico Singular. Entretanto, em ambos os documentos não são explicitadas formas de aplicação e os critérios de elegibilidade das metodologias terapêuticas relacionadas à assistência às pessoas com autismo. A Diretriz se concentra em ações de cuidado com base em terapêuticas de habilitação/reabilitação, executados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual é atribuída um papel estratégico: após o diagnóstico e a comunicação à família, inicia-se imediatamente a fase do tratamento e da habilitação/reabilitação (BRASIL, 2015).

A oferta de tratamento nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo, uma vez que tal condição pode acarretar alterações de linguagem e de sociabilidade que afetam diretamente - com maior ou

menor intensidade - grande parte dos casos, podendo ocasionar limitações em capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais. Tal situação pode demandar cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação diante de necessidades diferentes ao longo de suas diferentes situações clínicas (BRASIL, 2014, p.63). Alguns dos métodos reconhecidos citados nos documentos oficiais, indicados para tratamento do TEA, são: tratamento clínico de base psicanalítica; Análise do Comportamento Aplicada - ABA; Comunicação Suplementar e Alternativa - CSA; Integração Sensorial; método *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*; acompanhamento terapêutico e o uso de aparelhos de alta tecnologia).

Recentemente, em junho de 2022, o Superior Tribunal de Justiça, decidiu pela taxatividade em regra dos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que antes eram exemplificativos, e havendo necessidade e prescrição, poderiam ser cobertos pelos planos de saúde. Com a mudança, os planos privados ficaram desobrigados a fornecerem procedimentos que não estivessem descritos no rol definido pela ANS, impactando diretamente terapias direcionadas aos usuários com diagnóstico de TEA, que passaram a não ter segurados terapias como ABA, gerando além de prejuízos ao desenvolvimento do paciente, um transtorno para a família, que para dar continuidade ao tratamento, teriam que realizar sessões particulares, o que muitas vezes não é possível, devido ao elevado custo do tratamento. O impacto do rol taxativo, vai além do sistema privado de saúde, sobrecarregando o SUS, com demandas que antes eram cobertas pelas seguradoras, e colocando em risco diversos usuários que não conseguem ser atendidos, já que a demanda é desproporcional aos recursos financeiros que são destinados ao sistema público. Em setembro de 2022, foi sancionado o projeto de lei que invalida o caráter taxativo do rol de procedimentos da ANS (BRASIL, 2022).

Nos últimos anos o debate sobre o autismo, vem dando visibilidade e ampliando o acesso à informação da população, quanto a busca pelos serviços que lhe são de direito. Uma forma importante de garantir esse acesso, é também dentro das políticas de saúde já existentes, através de ações em todos os níveis de atenção, como a Política Nacional de Atenção Básica, principal porta de entrada dos usuários, com foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na redução da morbimortalidade

e que deve garantir ao usuário, um atendimento integral e resolutivo (MELO et al., 2018). A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, também é peça fundamental do amparo necessário ao autista, já que busca levar o atendimento do SUS de forma acolhedora, ampla, acessível, digna e garantir a autonomia dos usuários. Essa política é de extrema relevância na abordagem e apoio ao autista e sua família, já que garante um ambiente acolhedor durante a triagem, diagnóstico e tratamento (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON; 2011).

Além disso, no Brasil, a Política Nacional de Mobilidade Urbana, instituída pela Lei 12.587/2012 e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, prevê a garantia do transporte gratuito para pessoas com deficiência. Segundo as leis, os sistemas de transporte coletivo urbano devem reservar, nos veículos, assentos preferenciais devidamente identificados e adaptados para pessoas com deficiência, além de oferecer, gratuitamente, transporte para pessoas com deficiência comprovadamente carentes. Além da regulamentação, cada município e estado pode ter suas próprias leis e políticas para garantir o transporte gratuito às pessoas com deficiência. Essa garantia do transporte gratuito é um direito fundamental das pessoas com deficiência e contribui para a sua inclusão social e participação na vida em comunidade (BRASIL, 2020).

Figura 1- Linha do Tempo Políticas Públicas e o Transtorno do Espectro Autismo no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as potencialidades, barreiras e proposições da Análise do Comportamento Aplicada ambulatorial para as Políticas de Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autismo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as potencialidades e barreiras descritas na literatura científica do uso da Análise do Comportamento Aplicada no ambulatório para as políticas de saúde da pessoa com Transtorno do Espectro Autismo;
- b) Levantar proposições da análise do comportamento aplicada para as políticas de saúde da pessoa com Transtorno do Espectro Autismo.

4 MÉTODOS

Elegeu-se, como método de pesquisa para esta dissertação, a *Revisão de escopo*, compreendida como uma série de critérios usados para selecionar pesquisas sobre uma determinada questão, obtidas de fontes abrangentes com estratégias explícitas de forma organizada, com a função de responder, apanhar e avaliar dados de pesquisas incluídas na revisão (PETERS *et al.*, 2017). Desta forma, constituiu-se em uma busca exaustiva que se finaliza com o estado da arte da questão norteadora.

A revisão foi conduzida com base nas diretrizes propostas pelo Manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (PETERS *et al.*, 2017). Ao final do estudo foi aplicado o *PRISMA Check List Scoping Review* para aprimorar a qualidade e a transparência da pesquisa. O protocolo da pesquisa foi registrado no *Open Science Framework* e pode ser acessado através do link: <https://osf.io/mq365>.

4.1 A PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta de pesquisa é o elemento que orienta a realização de um levantamento de estudos disponíveis na literatura indexada, direcionando o estabelecimento de critérios de inclusão específicos para a revisão, além de proporcionar maior facilidade e eficácia na busca bibliográfica, fornecendo uma estrutura objetiva e clara para o desenvolvimento e a construção do estudo (SHAMSEER *et al.*, 2015).

Um questionamento através da pergunta de revisão bem delimitada facilita a eficácia na operacionalização do processo de pesquisa bibliográfica, na medida em que evita a busca de construções / produções desnecessárias, mantendo o foco no problema, facilitando a avaliação crítica da informação, tendo como produto o propósito de deixar claro para o leitor qual o intuito e intenção da revisão (ROCCO, 2017).

Uma meta clara e consistente, aliada a uma pergunta de inquirição bem definida, proporciona potencialidades para o alcance de resultados mais precisos, facilitando a seleção dos estudos e a extração dos dados e, a melhor forma de se atingir uma

pergunta eficaz em uma revisão de escopo é utilizar-se da estratégia PCC, anacrônico de População, Conceito e Contexto. O Quadro 1 ilustra a estratégia PCC utilizada no presente estudo.

Quadro 1- Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão

Anacrônicos	Descrição
População	Transtorno do Espectro Autismo assistidas em ambulatório
Conceito	Potencialidades, barreiras e proposições da análise do comportamento aplicada
Contexto	Políticas de saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Dessa maneira, a pergunta desenvolvida para a construção da presente revisão foi: Quais as potencialidades, barreiras e proposições da Análise do Comportamento Aplicada em ambiente ambulatorial para as Políticas de Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista?

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram elegíveis para inclusão os estudos originais realizados com pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro autismo independentemente da idade e que receberam a intervenção terapêutica baseada na ciência ABA em ambulatório. Os critérios para exclusão de estudos foram: estudos que englobassem outras doenças; que não apresentassem de forma clara o protocolo da ABA e resumos de eventos, estudos em que o ABA foi realizado em ambiente escolar ou de forma virtual; e que o ABA não tenha sido supervisionado por profissional habilitado. Não houve restrição quanto ao idioma de publicação para os estudos identificados e nem para o período de publicação.

A metodologia de revisão de escopo não exprime a necessidade de exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica (ROCCO, 2017), portanto, foram considerados estudos com diversas abordagens e qualidades metodológicas.

4.3 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCAS

A busca dos artigos foi realizada as seguintes bases de dados: *Pubmed*, *BVS*, *Psycoinfo*, *Web of Science* e *Scopus* por meio da combinação dos descritores (“*Applied Behavior Analysis*”) AND (*Autistic OR Autism*) e nenhum filtro foi utilizado. O termo “Políticas de Saúde” ou “*health policies*” foi testado junto à estratégia acima, entretanto, devido ao número reduzidos de artigos optou-se por retirar o termo da estratégia e buscar os conteúdos relacionados às políticas de saúde no texto completo do artigo.

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos artigos foi realizada por dois autores (GDDC e RRBB) em quatro etapas de forma independente. Na primeira etapa, os artigos foram identificados por meio da busca em cada base de dados, a seguir exportados para uma planilha no Microsoft Excel, organizados e revisados para verificação de duplicados. Na segunda etapa, os dois autores analisaram os títulos dos artigos, excluindo os que preencherem algum critério de exclusão. A terceira etapa consistiu na leitura dos resumos dos artigos selecionados pelos títulos, excluindo aqueles estudos que não apresentarem os critérios de elegibilidade. Finalmente, a última etapa, os textos completos dos artigos foram selecionados, salvos e revisados, identificando através da leitura na íntegra os artigos que preencherem os critérios desta pesquisa (ANEXO B).

A concordância para seleção entre os autores foi realizada após cada etapa, sendo que algumas discordâncias foram resolvidas de forma consensual entre eles, e quando necessário, foi solicitado avaliação e análise de um terceiro autor (PRV).

4.5 EXTRAÇÃO E SUMARIZAÇÃO DOS DADOS

Foi definido um protocolo para a extração de dados dos textos completos. Essa extração foi realizada por dois autores (GDCC E RRBB). As discordâncias foram decididas por consenso entre os dois. Os seguintes dados foram extraídos dos artigos: autor, ano, local, período estudado, avaliação utilizada, terapeutas, ambiente aplicado

tipo de estudo, objetivos e título, primeiro nome dos autores, ano de publicação, país do estudo, período de coleta de dados do estudo, tamanho amostral, idade dos participantes, carga horária utilizada do ABA, desfechos avaliados, resultados obtidos, potencialidades e barreiras do uso do ABA.

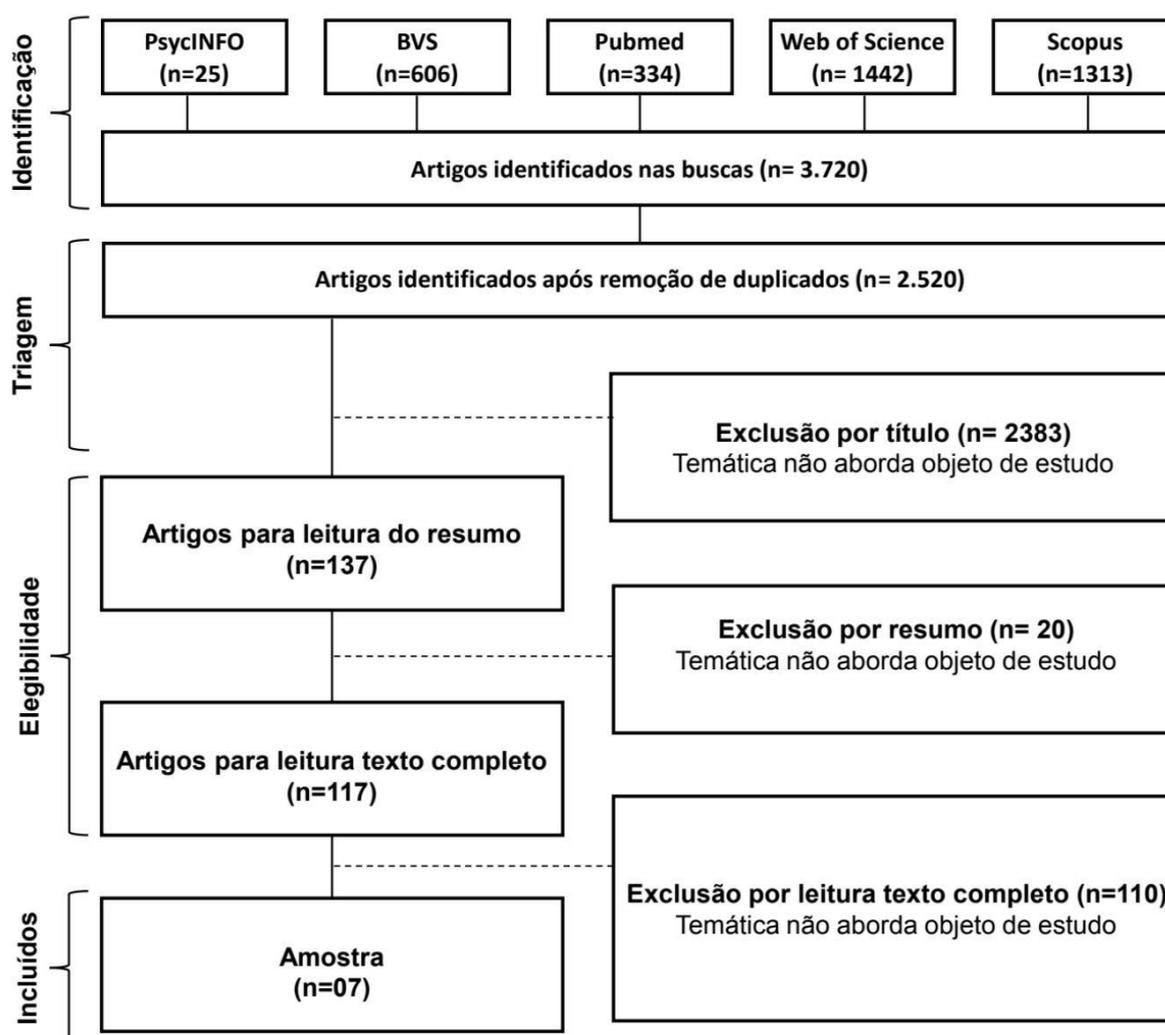
Os artigos que não apresentaram algum dado que fosse relevante para o objetivo do presente estudo tiveram o autor contatado por e-mail. Os dados extraídos foram transferidos por um dos autores para uma planilha eletrônica Excel (Microsoft Corp., Estados Unidos). Os dados de interesse foram tratados por meio de estatística descritiva e apresentados em uma tabela sumarizada com os artigos utilizados.

Para compilar e apresentar os resultados acerca das potencialidades e barreiras foi utilizada a técnica de Análise Textual Discursiva proposta por Moraes e Galiazzi (2006). Deste modo, tendo como ponto de partida os objetivos da presente pesquisa, inicialmente os dados coletados foram analisados e separados por unidades de sentidos, posteriormente, agrupados por similaridade, de modo que possibilitou o estabelecimento das categorias de análises que serão discutidas na seção 5 desta dissertação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados nas bases de dados um total de 3.720 publicações, sendo 25 na *PsycINFO*, 606 na *BVS*, 334 na *Pubmed*, 1442 na *Web of Science* e 1313 na *SCOPUS*. Após exclusão dos estudos duplicados, foram avaliados 2.520 artigos, de acordo com os critérios definidos. Dessa amostra, 2383 foram excluídos pelo título, 20 após a leitura do resumo e 117 artigos foram lidos na íntegra. Após a leitura completa, foram incluídos nesta revisão um total de 7 estudos. Todo o processo de seleção está apresentado no fluxograma a seguir (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O quadro 2 apresenta o levantamento dos artigos originais que foram incluídos nesta revisão, com detalhamento do ano, período e local estudado, assim como o tipo de estudo, amostra envolvida e os respectivos objetivos. Observou-se que o ano de publicação variou entre 2018 e 2022, sendo a maioria (n=3) realizado nos Estados Unidos da América (EUA) e apenas um no Brasil. O período estudado variou entre 1998 e 2018, sendo a maior parte realizado entre 2014 e 2016. Os estudos foram em sua maioria semi-experimentais (n=3) e retrospectivos (n=3). O tamanho da amostra foi de 15 a 334 participantes, e a idade entre 10 meses a 17 anos.

Quadro 2- Características gerais dos artigos que preencheram os critérios de inclusão sobre a ABA em pacientes com autismo

AUTOR, ANO	LOCAL	PERÍODO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	GRUPOS	IDADE	OBJETIVO
RAFIEE, 2020	Tabriz (Irã)	2015 e 2016	estudo semi-experimental (pré e pós-teste de grupos controles e experimentais)	40	20 (ABA) 20 (controle)	todas	Determinar a efetividade da análise comportamental aplicada ao aprimoramento do contato com olhos, comportamentos estereotipados e redução de problemas comportamentais em crianças com TEA.
VIETZE; LAX, 2018	New York (EUA)	2002	estudo semi-experimental (pré e pós-teste com grupo único)	106	90 meninos 16 meninas (ABA)	20 a 40 meses	Examinar a idade ideal, número de horas de tratamento e domínios, para os quais ABA foi eficaz em um programa de intervenção precoce baseado na comunidade.
LOTFIZADEH <i>et al.</i> , 2018	Valência (EUA) e Oslo (Noruega)	2012 a 2014	(coorte retrospectivo)	171	98 (ABA) 73 (controle)	10 meses a 5 anos	Avaliar os efeitos de um programa ABA de baixa intensidade, realizado entre 8 e 15 horas semanais, comparativamente a um grupo que realizou outras intervenções.
GOMES <i>et al.</i> , 2019	Minas Gerais (Brasil)	2011 a 2015	estudo de coorte retrospectivo	33	22 (ABA) 11 (controle)	1,3 a 11,4 anos	Avaliar os efeitos da intervenção comportamental intensiva, realizada por meio da capacitação de cuidadores, no desenvolvimento de crianças com TEA.
SAMBANDAM <i>et al.</i> , 2014	Puducherry (Índia)	2014	ensaio clínico	30	15 (ABA) 15 (controle)	3 a 8 anos	Realizar o programa ABA em 15 crianças com autismo para avaliar a utilidade do tratamento abrangente baseado em ABA e comparar com um grupo de 15 crianças com autismo recebendo tratamento convencional.
HAYWARD <i>et al.</i> , 2009	Los Angeles (EUA)	1998 a 2005	estudo semi-experimental (pré e pós-teste de grupos controles e experimentais)	44	23 (ABA intensivo) 21 (ABA intensivo gerenciado pelos pais)	24 a 42 meses	Avaliar o progresso após 1 ano de tratamento para crianças com autismo que receberam tratamento individual intensivo de acordo com o protocolo <i>University of California at Los Angeles Applied Behavior Analysis</i> .
CHOI <i>et al.</i> , 2022	California (EUA)	2016 a 2018	Estudo retrospectivo, de consulta ao	334	334 (220: ABA ≥12 meses) (154: ABA ≥	3 a 17 anos	Examinar os padrões de recebimento de serviços e os resultados dos pacientes para crianças que recebem ABA para TEA em um sistema de saúde integrado no

banco de dados públicos	24 meses) (44: sem ABA)	qual crianças com seguro comercial eram cobertas por um mandato estadual de autismo.
-------------------------	----------------------------	--

ABA: Análise do Comportamento Aplicada; EUA: Estados Unidos da América; TEA: Transtorno do Espectro Autismo.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No quadro 3, estão descritos os dados relacionados à ABA e sua aplicação. O tempo de terapia semanal, ambiente utilizado e os desfechos clínicos avaliados. Observou-se que todos os artigos, foram relatadas melhoras nos desfechos da criança autista, independentemente da quantidade de sessões, horas semanais e ambiente utilizado. Todos obtiveram melhora nos aspectos avaliados, como comunicação, cognitivo, linguagem e independência nas atividades de vida diária.

Não há uma padronização da quantidade de tempo em terapia e alguns autores se propuseram a investigar essa variável (GOMES et al., 2019; VIETZE; LAX, 2020) importante para uma maior compreensão e estudo de viabilidade da ABA. Autores defendem a importância da terapia ser iniciada de forma precoce e realizaram o estudo com crianças mais novas (HAYWARD et al., 2009; LOTFIZADEH et al., 2018; VIETZE; LAX, 2020), corroborando com a literatura disponível, que demonstra um maior custo benefício ao iniciar o tratamento em populações logo que se percebam indícios de sintomas de TEA (REICHOW et al., 2018). Em relação ao tempo em exposição, a literatura disponível, demonstra a relevância de uma maior exposição temporal ao longo de meses, do que sessões mais longas ou horas semanais, que podem se tornar cansativas para a criança (VIRUÉS-ORTEGA, 2010).

A abordagem multiprofissional, varia de acordo com o contexto de cada país. Nos EUA, por exemplo, a equipe geral pode ser composta por *Board Certified Behavior Analysts* (BCBAs) que projetam e supervisionam os programas de terapia ABA e supervisionam os terapeutas; técnicos de comportamento registrados, que implementam programas de terapia sob a supervisão de um BCBA; psicólogos licenciados que são treinados em ABA e fornecem avaliações psicológicas, planos de tratamento e apoio às famílias, além de outros profissionais, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos. No Brasil, não existe uma norma e uma formação específica. É comum que após o diagnóstico, os profissionais de maior contato para implementação da ABA, sejam profissionais com nível variados de treinamento, como psicólogos analistas de comportamento, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, além de estagiários, principalmente de psicologia, orientados pelos profissionais (VIETZE; LAX, 2018; GOMES et al., 2019).

A abordagem multiprofissional, é importante para fornecer o melhor atendimento e suporte possível para indivíduos com autismo e suas famílias. A maioria dos estudos teve a terapia aplicada por equipe multiprofissional, permitindo uma maior variação de estímulos em diferentes áreas do desenvolvimento, como é recomendado por outros autores (GREEN et al., 1996; WARREN et al., 2011). Autores como Gomes et al. (2019) e Rafiee (2020) enfatizaram a participação dos pais em todo o contexto da terapia, desde a tomada de decisões das prioridades e objetivos a serem trabalhados, como também foram incluídos em ambiente domiciliar para continuidade do tratamento.

Os ambientes onde a terapia ABA pode ser aplicada, inclui os centros especializados e consultórios, ambiente domiciliar, escola e através de telessaúde. Uma das vantagens dos centros especializados, é a oportunidade de equipe multidisciplinar no local, mas o acesso pode ser um dificultador a famílias mais carentes; já o ambiente escolar, onde no Brasil é preconizado que sejam escolas convencionais, oferta a criança um ambiente de troca e interação com outras crianças da classe; enquanto o ambiente domiciliar, acaba tendo importante destaque, pois é o ambiente que deve oferecer maior acolhimento da família e local de segurança para os indivíduos com TEA. Nesse contexto, o atendimento domiciliar pode ser realizado por profissional capacitado, mas também oportuniza orientação da família como ponte de transferência das atividades necessárias para estimular o autista e ampliar o tempo em exposição à terapia (GOMES *et al.*, 2019).

Os estudos analisados, observaram principalmente a aplicação da ABA nos desfechos de interações sociais, habilidades de linguagem e comportamento adaptativo, questões relacionadas diretamente aos principais sintomas de TEA, enfatizando o ensino de novas habilidades e comportamentos por meio de procedimentos de reforço positivo, modelagem e desvanecimento. Todos os autores observaram significados positivos através do uso do ABA, quando comparativamente a nenhuma terapia (LOTFIZADEH *et al.*, 2018) e mesmo quando a terapia não foi realizada de forma intensiva, com poucas horas ou com parte da terapia sendo aplicada pelos cuidadores supervisionados (CHOI *et al.*, 2022; GOMES et al., 2019).

Quadro 3- Características da ABA dos artigos que preencheram os critérios de inclusão

AUTOR, ANO	AVALIAÇÃO UTILIZADA	DURAÇÃO DA TERAPIA	AMBIENTE	TERAPEUTAS	DESFECHOS AVALIADOS
RAFIEE, 2020	GARS E ASSQ	20 sessões - 50 min	Sem dados	Sem dados	Contato visual, estereotípias e interações sociais.
VIETZE; LAX, 2018	Escala Bayley; CARS-2; VBMAPP	292,74 h - 2 h/dia - 5 dias da semana	Ambiente em grupo em instituição especializada	Equipe multiprofissional	Cognitivo, função motora, habilidade socioemocional.
LOTFIZADEH <i>et al.</i> , 2018	VBMAPP; VABS (I e II)	Grupo 1: 8 a 15 h/semana; Grupo 2: 4 a 8 h/semana	Domiciliar ou no local onde passavam maior tempo livre (creche, comunidade)	Profissional habilitado BCBA	Habilidades de linguagem e sociais e outras áreas.
GOMES <i>et al.</i> , 2019	PORTAGE, PEP-R, CARS, IPO	10 a 40 h/semana e mais 7 h/semana de outras terapias (Terapia Ocupacional/ fonoterapia ou musicoterapia)	Consultório, domiciliar	Equipe multiprofissional e cuidador	Avaliação do desenvolvimento.
SAMBANDAM <i>et al.</i> , 2014	CARS, DDST-II, REELS E VSMS	5 dias por semana durante 5 horas/dia durante 1 ano	Consultório, domiciliar	Equipe multiprofissional	Avaliação do desenvolvimento, linguagem receptiva e expressiva.
HAYWARD <i>et al.</i> , 2009	ADI-R	36 hrs/ semana	Domiciliar	Equipe Multiprofissional e pais	Quociente de inteligência, avaliação visual-espacial, compreensão da linguagem, linguagem expressiva, habilidades sociais, habilidades motoras e comportamento adaptativo.
CHOI <i>et al.</i> , 2022	Não utilizou	12 a 24 meses de ABA	Consultório, domiciliar	Equipe multiprofissional	Comunicação, habilidades de vida diária e socialização e comportamento adaptativo.

ABA: Análise do Comportamento Aplicada; ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised; ASSQ: Autism Spectrum Screening Questionnaire; BCBA: Behavior Analyst Certification Board; CARS: Escala de Avaliação do Autismo na Infância; GARS: Escala de Avaliação de Autismo de Gilliam; VB-MAPP: Programa de Avaliação e Colocação de Marcos de Comportamento Verbal; VABS: Vineland Adaptive behavior scales; VSMS: Vineland Social Maturity Scale PER-R: Perfil psicoeducacional revisado; IPO: Inventário Operacionalizado Portage; DDST-II: Denver Developmental Screening Test; REELS: Receptive-Expressive Emergent Language Tests; TEA: Transtorno do Espectro Autismo. Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O quadro 4 apresenta as potencialidades, barreiras e proposições da terapia ABA descritas nos estudos para aprimoramento/efetividade das políticas públicas de saúde da pessoa com TEA.

Quadro 4- Potencialidades, barreiras e proposições do uso da terapia ABA para as políticas públicas de saúde

AUTOR/ANO	POTENCIALIDADES	BARREIRAS	PROPOSIÇÕES
RAFIEE, 2020	Desenvolvimento de habilidades sociais nas crianças com TEA e incorporação da terapia em ambientes domiciliar e escolar.	Envolvimento real dos pais na redução dos comportamentos auto-lesivos das crianças autistas.	Necessidade do programa/método ser fornecido para os pais dessas crianças para uso em ambiente doméstico e otimização dos resultados.
VIETZE; LAX, 2018	Melhora cognitiva, comunicação, motora, socioeconômica, adaptativa e melhora nas atividades de vida diária.	Disponibilidade da família para manter o tratamento por até 5 vezes por semana. Transporte/deslocamento; Falta de pessoas habilitadas;	Importância da intervenção precoce e maior número de horas de terapia; Transporte para deslocamento da criança e pais; apoio menos restritivo de acordo com a necessidade individual da criança; Oportunidades de aprendizado em uma variedade de ambientes (sala de aula, comunidade local, instrução individual e atividades em grupo). Programa Intensivo de Treinamento de Habilidades Comportamentais desenvolvido para treinar novos professores assistentes. Professor da sala de aula com pós-graduação em educação especial, bem como treinamento avançado em ABA.
LOTFIZADEH <i>et al.</i> , 2018	Todos obtiveram melhora motora, social, cognitiva e comunicação.	Limitar os terapeutas durante as intervenções, algumas crianças tinham intervenção com todos os terapeutas, enquanto alguns tinham apenas com Psicólogo. Dificuldade em relacionar os profissionais que atendiam as crianças.	Conscientização da necessidade de maior tempo de intervenção.
GOMES <i>et al.</i> , 2019	Ganhos significativos em todas as áreas do desenvolvimento das crianças com TEA que utilizaram o ABA em relação ao grupo de TEA que não utilizou o ABA.	Cuidadores registrando diariamente, porém sem capacitação técnica e mais de um programa de atividades inseridos de forma simultâneas e muitos variáveis. Uso de protocolos semelhantes em crianças TEA e outros espectros.	Treinamento dos cuidadores, parametrizar as horas de intervenção. Capacitar os cuidadores para realizar a terapia de forma intensiva, por mais horas em ambiente domiciliar. Oferecer treinamento e supervisão dos cuidadores para realizar registro dos resultados. Plano de objetivos individualizado para cada criança. Para cada área, a instituição deve desenvolver programas de ensino, para que a replicação seja possível.

SAMBANDAM <i>et al.</i> , 2014	Melhora dos sintomas de TEA, avaliado pelo CARS. Melhora na locomoção, social, ocupação e comunicação.	Falta de descrição metodológica. Realizado em um centro especializado sem descrição da equipe de atendimento, da rotina de tratamento.	Registro de melhora dos parâmetros avaliados através da aplicação de um protocolo intensivo.
HAYWARD <i>et al.</i> , 2009	Melhora no QI, compreensão da linguagem, linguagem expressiva, habilidades sociais, habilidades motoras e comportamento adaptativo através da intervenção ABA em todos os participantes, sem diferenças entre o grupo que recebeu tratamento com profissionais habilitados e o grupo gerenciado pelos pais.	O stress e as dificuldades com pais e responsáveis, e necessidade de estudos com mais participantes.	Modelo de tratamento intensivo gerenciado pelos pais com supervisão profissional.
CHOI <i>et al.</i> , 2022	A implantação na comunidade do ABA para crianças com TEA tiveram resultados na independência dessas crianças.	Altas taxas de descontinuação e baixa dosagem de ABA.	Registros padronizados dos serviços de saúde que atendem pacientes com TEA.

ABA: Análise do Comportamento Aplicada; CARS: Escala de Avaliação do Autismo na Infância; QI: quociente de inteligência; TEA: Transtorno do Espectro Autismo. Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Após a leitura individual de cada pesquisa selecionada e extração dos conteúdos com obtenção das unidades de sentido, foi possível estabelecer categorias de análise para as potencialidades, barreira e proposições descritas nos artigos científicos consultados, que serão apresentadas a seguir.

5.1 POTENCIALIDADES DO ABA PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA

Na análise dos conteúdos das potencialidades do ABA para atenção à saúde da pessoa com TEA, emergiram as seguintes categorias: 1- Habilidades sociais; 2- Comunicação; 3 - Habilidade Motora e Independência (Quadro 5).

Quadro 5- Potencialidades do ABA para para atenção à saúde da pessoa com TEA.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	POTENCIALIDADES – UNIDADES DE SENTIDO
Habilidades Sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="767 1043 1431 1128">• Inserção do TEA e do ABA em contextos de real socialização, ampliação do tratamento dentro dos ambientes de convívio com seus pares
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="767 1149 1401 1211">• Necessidade de um profissional fonoaudiólogo habilitado dentro da equipe multiprofissional
Habilidade Motora e Independência	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="767 1245 1390 1308">• Tempo de tratamento elevado, necessidade de ampliação das horas de ABA

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.1.1 Habilidades Sociais

Todos os estudos desta revisão apontaram que o ABA melhora as habilidades sociais. Lotfizadeh et al. (2018), realizaram um estudo apenas com profissionais BCBA (Analista Comportamental Certificado pelo Conselho) para a intervenção ABA e observaram que após 2 anos, o grupo de tratamento obteve ganhos maiores do que o grupo de comparação em habilidades de linguagem e sociais e outras áreas avaliadas pelo Programa de Avaliação e Colocação de Marcos de Comportamento Verbal (VB-MAPP). Embora o grupo de tratamento tenha obtido ganhos importantes e clinicamente significativos, os ganhos foram moderados. Esses achados sublinham a importância da intensidade da intervenção e fornecem suporte adicional para uma relação dose-resposta entre as horas de intervenção ABA e os resultados.

O grau do autismo vai desde formas leves a mais severas, associadas a dificuldades importantes, com manifestações em diferentes níveis de complexidade, que levam o autismo a ser entendido a partir de um espectro, com prejuízos, sobretudo, na linguagem, no comportamento e na interação social. As habilidades sociais estão conectadas a um bom ajustamento social, em diversos contextos e fases da vida, em especial durante a infância, período mais importante para iniciar a intervenção juntamente com apoio familiar e escolar, período esse que são ensinados comportamentos socialmente aceitáveis, tornando a família um dos pilares do desenvolvimento social infantil (DARWICH; COSTA, 2022).

A maioria das revisões sobre Treinamento de Habilidades Sociais com crianças autistas vêm sendo executados com grande multiplicidade em populações usuárias dos recursos de educação especial, tais como indivíduos com deficiências intelectuais (FREITAS; DEL PRETTE, 2014). As brincadeiras durante a infância têm um papel importante no desenvolvimento de comportamentos e estratégias adaptativas, o que possivelmente nos permite associar as características diagnósticas do TEA com o desenvolvimento empobrecido da brincadeira e conseqüentemente atrasos no desenvolvimento das habilidades e comportamentos adaptativos de crianças diagnosticadas (FIAES; BICHARA, 2009). No estudo de Vietze e Lax (2018) foi constatado a melhora nas funções adaptativas dessas crianças e como consequência melhora nas atividades de vida diária.

A Teoria da Mente em crianças com TEA aparece no artigo Fiaes e Bichara (2009), explicando os prejuízos sociais e as dificuldades das brincadeiras nas crianças autistas, em especial as brincadeiras de faz-de-conta que são simbólicas e permitem que a criança raciocine sobre situações que não são presentes, destacando, assim, a importância de intervenções que estimulem essas brincadeiras. Mascotti e colaboradores (2019) apontam que intervenções que estimulam o lado lúdico e as brincadeiras, são de grande valia para o tratamento de crianças com alguma deficiência mental.

Schmidt e colaboradores (2016) citam os professores como ponte para as crianças típicas e atípicas, ajudando na interação social e mediando essas relações com pares e conseqüentemente uma política de inclusão das crianças com autismo. Segundo

Lemos, Nunes e Salomão (2020), a interação social é de extrema importância para se obter habilidades relacionadas ao desenvolvimento da criança. Evidenciam também que a inclusão escolar atua de forma benéfica, tanto para as crianças atípicas, quanto para as típicas, pois são desenvolvidos a empatia, a tolerância e o respeito de acordo com a rotina escolar. Dessa maneira, déficits nas habilidades sociais causam prejuízos importantes nas pessoas diagnosticadas com TEA, sendo um ponto essencial de intervenção por parte da equipe clínica que acompanha e estimula o seu desenvolvimento. Contudo, não se pode generalizar as intervenções e estratégias para o desenvolvimento das habilidades sociais em pessoas com TEA, justamente pela característica heterogênea do espectro. A ABA é a intervenção que vem sendo preconizada no tratamento de indivíduos com TEA, possibilitando a melhora no convívio social e buscando maior independência deles. Frente a isso, se reconhece a necessidade de uma ação conjunta entre os pais, psicólogos e diversos profissionais em busca de um desenvolvimento socioemocional.

5.1.2 Comunicação

Entre as dificuldades de comunicação nos indivíduos com TEA, observa-se atraso na aquisição das primeiras palavras e frases, uso do corpo de outra pessoa como forma de se comunicar, uso de ecolalias e neologismos, inversão de pronomes e dificuldade em iniciar e/ou manter uma conversa com outra pessoa e a ecolalia (APA, 2003).

Não foi possível identificar a presença ou interação do fonoaudiólogo em todos os estudos analisados, como parte da equipe multiprofissional, para observar desfechos específicos nas pontuações de comunicação e fala. Green (1996), ressaltou que crianças com maiores habilidades de linguagem, apresentaram maiores ganhos da terapia. A interação social e os problemas de comunicação podem limitar as oportunidades de interação com seus pares e aprendizado de novas habilidades, sendo um fator que influencia diretamente no aprendizado do autista (TODD; REID 2006).

A maioria dos estudos evidenciaram a melhora da comunicação. Choi et al. (2022) observaram que as crianças que tinham um histórico de acompanhamento fonoaudiológico e de educação especial durante o tratamento, foram mais propensos

a continuar a ABA, o que segundo os autores, pode envolver diversos fatores, incluindo boas experiências com o serviço e gravidades mais altas de TEA.

5.1.3 Habilidade Motora e Independência

Embora os desempenhos motores não sejam critérios diagnósticos para TEA, há um crescente corpo de evidências na literatura mostrando que indivíduos com TEA têm níveis mais baixos de competência motora do que aqueles sem TEA (HUDRY et al. 2020).

Nesse sentido, como o diagnóstico do TEA envolve o comprometimento no neurodesenvolvimento do indivíduo, é necessário pontuar que o transtorno causará déficits no funcionamento do cérebro da criança, que, por sua vez, ao se encontrar em processo de desenvolvimento, possivelmente, irá ter como consequência atrasos na fala, na aprendizagem e na aquisição de seus gestos motores (MASCOTTI, 2019).

Dessa forma, devido à fundamental importância do movimento corporal para a vida humana, a aprendizagem de habilidades motoras, que se refere ao padrão de movimento especializado e treinado, é iniciada na infância, com os mais simples gestos corporais, até o aperfeiçoamento para as formas mais complexas (GALLAHUE; OZMUN, 2005).

No que se refere aos principais resultados encontrados sobre avaliação motora, no estudo Hayward et al., (2009) ocorreu um progresso significativo na coordenação e habilidades motoras, evidenciando-se um aumento no perfil de desenvolvimento das crianças.

5.2 BARREIRAS DO ABA PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA

Considerando as barreiras para uso do ABA para as políticas de saúde, os conteúdos consultados, possibilitaram estabelecer as seguintes categorias:

Quadro 6- Barreiras do ABA para as Políticas de atenção à saúde da pessoa com TEA.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DIFICULDADES – UNIDADES DE SENTIDO
Dificuldades de Intervenção precoce devido à diagnóstico tardio	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos serviços de saúde • Número de profissionais disponíveis
Necessidade de Carga Horária de ABA Elevada	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da demanda da família, impactos na organização familiar
Dificuldades de implementação do ABA em diferentes ambientes	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de treinamento adequado dos cuidadores • Número de profissionais envolvidos
Dedicação/envolvimento da família no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono precoce do tratamento, falta de aderência da família
Transporte/ deslocamento para terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Custo do transporte, distância dos locais de atendimento
Ausência/deficiência de Profissionais habilitados e capacitados para aplicação do ABA	<ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais não supre a demanda existente
Fragilidade nas Políticas Públicas de Saúde para pessoa com TEA	<ul style="list-style-type: none"> • Faltam políticas amplas que contemplem as necessidades dos indivíduos com autismo

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.2.1 Dificuldades de Intervenção precoce devido à diagnóstico tardio

O diagnóstico de TEA, não é um processo simples. O profissional precisa estar capacitado para emitir um diagnóstico dentro do espectro autista, exigindo muito conhecimento e experiência, uma vez que o diagnóstico se assemelha com o de crianças com atraso no desenvolvimento ou não verbais. É preciso uma análise minuciosa de cada detalhe do comportamento da criança, na fala dos pais ou de seus acompanhantes. Geralmente, no terceiro ano de vida, que a criança definitivamente preenche todos os critérios diagnósticos presentes no espectro (GOMES et al., 2019).

De acordo com Rafiee et al, (2020), o diagnóstico de TEA na prática clínica, tem sido carente do encontro entre o fenômeno e a linguagem, de modo que o profissional deve levar em conta que na elaboração do diagnóstico, deve ter informações essenciais, tais como: sintomas, presença de doenças orgânicas, manifestação do isolamento, incapacidade de simbolizar realizada e de se constituir como sujeito falante, desenvolvimento emocional, anormalidade física entre outras. No Brasil, esse diagnóstico é realizado em unidades de Atenção Especializada, que ao todo no país, são apenas 1080 unidades, gerando uma limitação ao acesso rápido e precoce, além de gerar transtornos as famílias do autista, devido a busca pelos serviços (GOMES et al., 2015; BRASIL, 2022).

O diagnóstico clínico é dado normalmente pelo neurologista pediátrico ou um psiquiatra infantil, e não há uma formação ou especialização específica fornecida a esses profissionais, como acontece em outros países. Esses profissionais, acabam tendo a experiência clínica com o passar dos anos, e muitos realizando formações por conta própria, além dos cursos de pequena duração fornecidos pelo governo. No que tange as políticas públicas, fornecer aos profissionais certificações adequadas, é fundamental para garantir uma assistência completa a esses pacientes e familiares (BRASIL, 2022).

Vietze e Lax (2018), estudaram 106 crianças, com média de 28,68 meses, que realizaram uma triagem em um instituto especializado em diagnóstico de TEA. No centro especializado onde o estudo foi realizado, a maioria das crianças recebem a intervenção até os três anos de idade, e assim que o diagnóstico é confirmado, são encaminhadas para realizar ABA precocemente, como indicado pelo Regulamento do Programa de Intervenção Precoce do Estado de Nova York. Cada criança recebe um plano de atendimento familiar individualizado, que inclui a frequência e o valor autorizado pelo governo para tratamento, sem nenhum custo para a família.

5.2.2 Necessidade de Carga Horária de ABA Elevada

Alguns autores defendem que quanto mais tempo de ABA, melhores os desfechos, assim como o início precoce, abaixo de 28 semanas, devido a neuroplasticidade. O tratamento em ABA auxilia tanto na inserção quanto na exclusão de comportamentos da criança, além da melhora em sua sociabilidade promove um aumento em sua afetividade, aprendizado de diversas formas de interação, estimula o desenvolvimento de sua fala, como também na remoção dos comportamentos inadequados, seja com relação as ecolalias na fala ou de fascínio por objetos aleatórios, auxilia na redução de comportamentos repetitivos como as estereotipias motoras. Vale ressaltar, a utilização de procedimentos específicos para cada criança com programas de atividades abrangentes, ou seja, que estimulem todas as áreas do desenvolvimento. Essas áreas devem ser progressivas de acordo com as necessidades, aplicadas de forma intensiva (20 a 40 horas semanais) e individuais, mas que, em paralelo, também

sejam estimuladas em vários outros ambientes e em diversas situações (LEAF et al., 2022).

Apesar de ainda não ter uma definição na literatura de qual o tempo ideal para se obter redução dos sintomas, alguns programas foram comparados, como no estudo de Lovaas (1987), que investigou os efeitos em programas de 40 e 10 horas semanais, observando melhores resultados na intervenção prolongada, o que também dificulta o estabelecimento de um programa com parâmetros de tempo mais bem estabelecidos, essencial para promoção de políticas públicas.

Gomes et al. (2019) descrevem que são necessárias entre 10 e 40 horas semanais e mais 7 horas/semanais de outras terapias (Terapia ocupacional, fonoaudiologia ou musicoterapia) tanto em consultório ou domiciliar, e concluiu que a terapia ABA foi uma ciência utilizada que indicou ganhos significativos em todas as áreas do desenvolvimento das crianças autistas que participaram da intervenção. O tempo prolongado necessário indicado na literatura para aplicação da ABA, cria uma série de limitações para implementação da mesma de forma eficaz no SUS. Atualmente, o serviço é oferecido em apenas algumas unidades pelo país, levando a uma sobrecarga do sistema privado de saúde, que acaba absorvendo essa demanda, impossibilitando algumas famílias que não tem acesso a planos de saúde privada e acabam tendo que aguardar na justiça a garantia da terapia.

5.2.3 Dificuldades de implementação do ABA em diferentes ambientes

Cerca de 26 a 40% das crianças com TEA tem deficiência intelectual. Alguns autores, sugerem a medida de quociente de inteligência como parâmetro para acompanhar a efetividade da ABA, associada ao tipo de suporte educacional que as crianças recebem em escolas especializadas, escolas regulares com ou sem apoio, levando em consideração o nível de desenvolvimento da criança. No Brasil, o sistema educacional prioriza a escolarização em escolas regulares, com o apoio de um estagiário ou professor auxiliar, independente do grau de desenvolvimento, sem que haja uma diminuição gradativa do suporte ofertado, dificultando esse tipo de análise (VIETZE; LAX, 2018; GOMES et al., 2019).

A criança diagnosticada TEA tem direito a um tutor escolar, para auxiliar nos aspectos pedagógicos, ludicidade e na interação social. A Lei 12.764 deixa explícito que a pessoa comprovadamente com TEA, incluída nas classes comuns de ensino regular, terá direito a acompanhante especializado. Porém, na prática, esse tutor até 2015, era custeado na maioria das vezes, pela família da criança. Apenas a partir de 2016, por meio da Lei Brasileira de Inclusão, as escolas passaram a contratar estagiários das áreas de pedagogia e psicologia, entre outras, para atuarem nessa função. Além desse processo não ser tão simplificado, é necessária uma maior demanda da família para buscar a garantia desse direito (RODRIGUES et al., 2012).

5.2.4 Dedicção/envolvimento da família no tratamento

Alguns autores observaram a importância da família como preditor de continuidade e sucesso no tratamento. Choi et al. 2022, identificou que as crianças que tinham um pai casado ou estavam em um relacionamento, tinham mais chances de permanecer na terapia por mais tempo (entre 12 e 24 meses), sugerindo que o suporte do cuidador desempenha um papel importante no recebimento e continuação do tratamento.

Gomes et al. 2019, observaram que todas as crianças que participaram do estudo no grupo intervenção, tiveram resultados superiores ao grupo controle, apesar das crianças que realizaram a terapia com estagiários terem obtido maiores ganhos do que as que realizaram com os pais/cuidadores. Entretanto, este não é um resultado conclusivo, como destacam os próprios autores, devido a variabilidade de fatores envolvidos nesse processo, inclusive uma maior capacitação dos estagiários.

O treinamento dos pais é reconhecido como uma intervenção eficaz para melhorar o desenvolvimento socioemocional e comportamental dessas crianças. Uma revisão sistemática, identificou que o treinamento dos pais de crianças com TEA pode levar a melhorias significativas no comportamento adaptativo, habilidades sociais e comunicação das crianças (BARNARD-BRAK *et al.*, 2019). A capacitação dos pais de crianças com TEA pode levar a uma redução significativa nos níveis de estresse parental e ao aumento da qualidade de vida das famílias (SCHILLING *et al.*, 2020). Recomenda-se que os pais sejam capacitados para que a pessoa com TEA tenha muitas oportunidades de praticar as habilidades e para favorecer o processo de

generalização, possibilitando, desse modo, uma maior carga horária efetiva de terapia. Assim, o treinamento dos pais pode ser considerado um dos pilares mais importantes da intervenção comportamental com TEA. Além disso, a participação dos pais em programas de capacitação tem sido associada a uma maior adesão ao tratamento e à melhoria dos resultados a longo prazo para as crianças com TEA (BROOKMAN-FRAZEE *et al.*, 2018).

5.2.5 Transporte/ deslocamento para terapia

Um estudo realizado em Nova Iorque (EUA), para minimizar a dificuldade com o transporte, o programa oferecia um ônibus para deslocamento do acompanhante e da criança, caso morassem longe, minimizando um dos problemas mais comuns encontrados para realizar terapias fora do ambiente domiciliar, principalmente por famílias carentes (VIETZE; LAX, 2018).

Foi proposto em Projeto de Lei 2090/22, que garante aos portadores TEA gratuidade dos transportes coletivos públicos, assegurando assento especial e adaptado com reguladores de luz e lâmpadas de sinalização. A proposta altera a Lei 12.764/12, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e inclui o transporte público integral e gratuito como um direito dessas pessoas. Pela legislação, o autista é considerado pessoa com deficiência e, portanto, tem direito ao passe livre no sistema de transporte coletivo interestadual, desde que comprove baixa renda (BRASIL, 2012).

Uma forma de amenizar as dificuldades de acesso ao transporte e custos, seria o fornecimento pelo SUS de capacitação aos familiares das crianças autistas, possibilitando realizar a terapia em casa, como também o atendimento domiciliar para uma supervisão dos pais, o que diminuiria os custos de uma forma geral para os pais como para o SUS. A *telehealth* também é uma forma que diminui o impacto sobre o transporte dessa família e beneficia o indivíduo com TEA. O teleatendimento é a utilização de tecnologia por um profissional e tem como objetivo realizar o atendimento de forma remota. O uso de tecnologia reduz custos diretos e indiretos do atendimento, facilitando o acesso entre profissional da saúde e população em geral, inclusive as que não tem acesso a serviços especializados de saúde e moram em zonas mais

afastadas dos centros de atendimento. O atendimento na modalidade remota pode ser desafiador, porém, a partir dessa ferramenta foi possível continuar a reabilitação no contexto pandêmico (ELLISON et al., 2021).

Existem barreiras tecnológicas que devem ser levadas em consideração, como dificuldade na utilização das tecnologias necessárias ao atendimento e conexão com a internet. O atendimento *online* trouxe possibilidades de reabilitação terapêutica e proporcionou benefícios e prosseguimento no atendimento que estava sendo realizado antes da pandemia. O atendimento realizado nas áreas da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia são primordiais para o desenvolvimento das pessoas com deficiência. É importante frisar que existem estudos que foram publicados e demonstraram o progresso do teleatendimento como uma forma de manter os atendimentos terapêuticos (ELLISON et al., 2021).

5.2.6 Ausência / deficiência de Profissionais habilitados e capacitados para aplicação do ABA

Idealmente, as crianças com TEA devem receber diagnóstico e tratamento precoce, aumentando as chances de melhora através da ABA. No entanto, o processo de diagnóstico não é facilmente concluído antes dos 18 meses, sendo preconizado o diagnóstico de TEA por volta dos 3 anos. Além de existir um tempo entre a percepção dos sintomas pelos pais ou cuidadores, ainda existem dificuldades no que tange a facilidade de acesso aos locais de avaliação e acompanhamento. No sistema público de saúde, além da alta demanda, existe uma deficiência de profissionais em quantidade e capacitação específica, especialmente em regiões mais distantes das grandes cidades. Atualmente no Brasil, não existe uma capacitação específica para atuação na área, esses profissionais realizam programas de capacitação na grande maioria das vezes, por conta própria. Algumas iniciativas podem e devem ser implementadas para aumentar o número de profissionais capacitados em autismo, como cursos de pós-graduação e programas de treinamento, além de um credenciamento desses profissionais habilitados, já que ainda existe uma grande defasagem de profissionais para atender à demanda da população (SILVA; FURTADO 2019).

Sambandam et al. (2014), demonstraram que para um tratamento eficaz, é necessária uma intervenção multidisciplinar entre os profissionais envolvidos no processo. O tratamento por sua vez, envolve técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais ou de estímulos para desenvolvimento de habilidades motoras e vocais. É importante que na equipe tenha psicólogos ou educadores com experiência tanto em análises comportamentais funcionais quanto em técnicas para a mudança de comportamentos. É fundamental trabalhar com profissionais capacitados e que dominem a área para se ter um bom retorno com o paciente e instruir a família e acompanhantes de todo o processo.

Em uma revisão sistemática sobre a quantidade de profissionais especializados para crianças com TEA nos EUA, os investigadores concluíram que há uma disponibilidade geográfica limitada e que há necessidade de pesquisas que explorem ainda mais a acessibilidade dessa força de trabalho (McBAIN et al., 2019). A certificação necessária para esses profissionais serem regulamentados para atenderem TEA, vem a partir da formação ofertada em programas de especialização em instituições de ensino superior, que pode ser feita presencialmente ou a distância, e a aprovação em um exame específico que fornece a certificação oficial no país (YINGLING et al., 2021). No Brasil, mesmo o tutor responsável no ensino regular, não recebe uma formação específica.

5.2.7 Fragilidade nas Políticas Públicas de Saúde para pessoa com TEA

Sabemos das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TEA para terem acesso a um tratamento adequado. As políticas públicas de saúde implantadas pelo SUS, que garantem em teoria, os direitos a um adequado acompanhamento e até mesmo para a realização do diagnóstico, das poucas políticas que existem, ainda não funcionam, devido a diversos fatores, como a alta demanda, associada a falta de profissionais no sistema e locais de atendimento, que aumentam o impacto negativo do diagnóstico para a família do autista, visto que uma boa parte, precisa enfrentar o sistema judicial para ter a seguridade do tratamento pela ciência ABA.

Um estudo realizado por Choi et al. (2022) na Califórnia, examinou os padrões de recebimento de serviços e os resultados dos pacientes para crianças que recebem ABA em um sistema de saúde integrado no qual crianças com seguro privado ou público eram cobertas, e concluiu que mesmo com o seguro, muitos problemas foram identificados para a execução da terapia, levando a uma baixa aplicação de horas semanais, além de uma significativa taxa de desistência. Neste estudo, 13% da amostra sequer conseguiu iniciar a ABA, enquanto apenas 14% descontinuaram a terapia em 12 meses por alcançarem os objetivos. Todo o restante, abandonou o tratamento por outros motivos, incluindo falta de suporte da família, dificuldades financeiras e mudança de seguro.

No estudo de Vietze e Lax (2018), a maioria das crianças que participaram do estudo, eram de baixa renda e recebiam apoio financeiro, custeado pelo programa de saúde social dos EUA, já que o país não possui um acesso a saúde gratuita de forma universal, como no caso do Brasil. A cobertura para o diagnóstico e tratamento de TEA, incluindo serviços ABA fornecidos por Analistas de Comportamento Certificados pelo Conselho (BCBAs), se tornou obrigatório no país por meio de seguro de saúde público e privado regulamentado pelo estado em todos os estados.

Uma revisão estudou os custos econômicos do TEA nos EUA, Reino Unido, Holanda, Suécia, Austrália, Canadá, Egito e China, buscando entender os impactos financeiros além dos custos diretos com a saúde, mas também relacionados a cuidados informais, perda de produtividade dos pais e gastos com educação. Nos EUA, o custo vitalício foi de 2,4 milhões de dólares para um indivíduo com TEA com deficiência intelectual e 1,4 milhões e para um indivíduo com TEA sem deficiência intelectual. Em geral, o custo foi maior para casos de TEA mais graves, associado a uma maior perda de produtividade dos pais, perda de renda do trabalho e perda de tempo de lazer, além de um maior custo com acomodação e cuidados residenciais ao longo da vida para um indivíduo com TEA. Na União Europeia, custos mais altos foram identificados em serviços de educação especial, seguidos pelos custos de apoio tutorial, especialmente entre os jovens com TEA. Uma observação importante desse estudo, é crianças que realizam precocemente terapias intensivas, tem um melhor custo-benefício dessas intervenções, resultando em economia de custos ao longo da vida de indivíduos com TEA (ROGGE; JANSSEN, 2019).

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, elaborada pelo Ministério da Saúde, as equipes de saúde, educadores e familiares ao suspeitarem de TEA, devem fazer o acompanhamento da criança através da Atenção Básica à Saúde, que fará a articulação com outros equipamentos sociais e de apoio, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para realização do diagnóstico, que quando confirmado, será realizado um Plano Terapêutico Singular, para ações de matriciamento e articulação do cuidado nas escolas, assim como ações de orientação e apoio às famílias e aos cuidadores. Em teoria, o fluxograma para suporte do autista é bem delimitado, mas na prática, esses locais especializados são escassos, a demanda é alta e o acesso é demorado, quando não inviabilizado (BRASIL, 2014).

Embora a ABA seja citada nas diretrizes da pessoa com TEA, não é uma realidade que vemos no dia a dia, a maioria das famílias hoje precisam recorrer à justiça através de liminar para conseguir na saúde suplementar as terapias que seus filhos estão necessitando. Aumentando esse peso a saúde suplementar visto o SUS não oferecer o tratamento a população. Por se tratar de uma intervenção intensiva, de longo prazo e individual a maior parte do tempo, os custos da intervenção baseada na ABA são elevados, o que vem sobrecarregando as operadoras de saúde. Segundo Beaudoin, Sébire e Couture (2014), o investimento abrangente em capacitação de pais, em diversos aspectos e áreas do desenvolvimento, pode ser uma alternativa, uma vez que diminuiria essa necessidade das crianças autistas de realizarem o ABA ambulatorial com carga horária elevada.

5.3 PROPOSIÇÕES PARA O USO ABA COMO FERRAMENTA PARA APRIMORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA COM TEA

No que diz respeito as proposições para reorientação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, os conteúdos descritos pelos autores dos estudos explorados, permitiram separar 2 categorias, sendo estas relacionadas no quadro abaixo (Quadro 7).

Quadro 7- Proposições para o uso do ABA para reorientação das políticas da saúde da pessoa com TEA.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PROPOSIÇÕES – UNIDADES DE SENTIDO
Oferta de capacitação aos familiares e/ou cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem programas específicos de capacitação (remotos ou presenciais) • Necessidade de padronização dos registros de acompanhamento
Ações governamentais para aprimorar o acesso das pessoas com TEA ao tratamento com ABA	<ul style="list-style-type: none"> • Número de locais de atendimento são reduzidos • Nas áreas rurais e mais afastadas dos centros, aumenta a limitação de deslocamento • Custos com o transporte para tratamento limitam famílias mais carentes

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.3.1 Oferta de capacitação aos familiares e/ou cuidadores

Gomes et al. (2019), investigaram os efeitos da Intervenção Comportamental Intensiva (ICI), realizada por cuidadores (pais, estagiários ou babás) supervisionados e capacitados por profissionais, visto que uma das dificuldades da implementação da ABA é o tempo de aplicação semanal necessário, além da logística familiar e de profissionais envolvidos. Dois profissionais aplicavam a terapia em ambiente domiciliar, cada um durante uma hora por semana, com objetivo de ensinar aos cuidadores a realizar as atividades, além capacitá-los para realizar os registros de acompanhamento da intervenção e sua efetividade. Os dados encontrados pelos autores, sugerem que a ICI realizada por cuidadores, sob a orientação de profissionais especializados, promoveu ganhos significativos em todas as áreas do desenvolvimento das crianças acompanhadas, que passaram pelo primeiro ano de intervenção.

Uma revisão sistemática incluindo estudos de 1990 a 2011 de intervenção para TEA indicou que a intervenção aplicada pelos pais é considerada uma prática baseada em evidências (WONG et al., 2014). Os autores citam o treinamento de pais como uma entre as 27 práticas comprovadas com eficácia científica para o tratamento de TEA. Nesta revisão, verificou-se que as principais habilidades treinadas pelos pais foram as de comunicação (inclui comunicação funcional), de autocuidado, de brincar e de diminuição de comportamentos disruptivos. Ainda, os pais foram capacitados a realizar análise funcional e estratégias para a prevenção e manejo de

comportamentos disruptivos. É preconizado que a capacitação de pais seja realizada, por exemplo, com a utilização de técnicas de ensino, tais como: videomodelação (mostrar vídeos dos procedimentos sendo aplicados durante o treino dos pais); role play (encenar situações reais para os pais treinarem a aplicação dos procedimentos); instruções diretas por meio de aulas expositivas e materiais de estudo.

A eficácia da intervenção com pais, objetivando o ensino de manejo de comportamentos disruptivos, também foi tema de um ensaio clínico randomizado que ocorreu durante quatro anos de coleta (2010-2014), em seis centros nos Estados Unidos (SCAHILL et al., 2012). A pesquisa dividiu os participantes em dois grupos: treinamento para pais e educação para pais. O primeiro recebeu instruções e exemplos (por modelação) de como diminuir o comportamento disruptivo. O segundo recebeu apenas informações, sem a modelação. Os resultados indicaram que o programa de Treinamento para Pais foi superior ao de Educação para Pais para reduzir comportamentos disruptivos. A pesquisa sugeriu que a capacitação (treinamento) é mais eficaz quando os pais recebem um modelo ao vivo e informações diretas sobre como lidar com comportamentos-alvo (SCAHILL et al., 2012).

A capacitação proposta por Strauss et al. (2013) recomenda o desenvolvimento de protocolos que forneçam parâmetros para capacitação de pais em relação ao conteúdo e às habilidades a serem ensinados a seus filhos. Esses procedimentos devem ser realizados, aplicados e, principalmente, ter como objetivo programado alcançar a generalização desses conteúdos e habilidades (MAURICE; GREEN; FOXX, 2001; STRAUSS et al., 2013). Baer, Wolf e Risley (1968) afirmam que a intervenção comportamental precisa incluir o processo de generalização de habilidades, ou seja, estas devem ser mantidas em vários ambientes e com várias pessoas. Desse modo, capacitar pais significa planejar a generalização e contribuir de forma eficaz para a modificação de comportamentos.

5.3.2 Ações governamentais para aprimorar o acesso das pessoas com TEA ao tratamento com ABA

Sabemos das necessidades e carências para um acesso universal a saúde das pessoas com autismo, por isso a importância de políticas públicas serem

desenvolvidas a partir de uma análise real das necessidades dessa população, condições de viabilidade e implementação, buscando atender esses indivíduos como um todo, de uma maneira eficaz, em todo território nacional, enfatizando que é importante que tratamentos sejam oferecidos e pautados pelas evidências disponíveis na literatura atual, evitando custos com tratamentos desnecessários.

Fornecer acesso a diagnósticos e intervenções precoces, dentro das políticas de saúde já existentes e adequar as políticas do autismo, pautadas em levantamentos estratégicos para atender a cada realidade e baseados em evidências, podem melhorar os desfechos para indivíduos com autismo. Atualmente, a terapia ABA, apresenta um suporte científico frente a outras terapias oferecidas a pessoas com TEA, sendo necessário difundir e buscar formas de ofertar através do nosso sistema de saúde (BRASIL, 2014; WONG et al., 2014).

Apoiar as famílias afetadas pelo autismo, pode ser uma das maneiras iniciais de ter um impacto significativo no bem-estar dos indivíduos com autismo e de seus cuidadores, além de viabilizar o acesso à informação e um tratamento adequado. As famílias podem se beneficiar de recursos educacionais, incluindo informações sobre tratamentos disponíveis, serviços de apoio e recursos locais. Importantes ferramentas de saúde do SUS, principalmente os serviços de atenção primária, devem estar preparados para receberem essas famílias e realizar a nível de promoção, ações que visem orientar a população sobre o tema. Conectar famílias com outras famílias afetadas pelo autismo, também pode proporcionar a elas um senso de comunidade e uma fonte de apoio e encorajamento, além de preparar os profissionais, para receber esses pacientes e sua família, de forma humanizada, como preconiza a própria Política Nacional de Humanização (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON; 2011).

Um das principais causas de não realização ou descontinuidade do tratamento, é o acesso e o transporte para a terapia, que podem ser desafiadores para muitas famílias, principalmente para aquelas que vivem em comunidades rurais ou carentes. Para famílias sem acesso a um veículo, o transporte pode ser uma grande barreira, assim como a distância, para aqueles que moram em regiões mais afastadas. O custo do transporte também pode ser um fardo significativo para as famílias, especialmente porque as terapias precisam ser realizadas com uma frequência mais elevada. Essas

barreiras podem limitar o acesso à terapia para indivíduos com autismo e suas famílias, impactando negativamente em sua saúde e qualidade de vida. Iniciativas de saúde pública, devem trabalhar para enfrentar esses desafios e melhorar o acesso ao tratamento. Isso pode incluir o fornecimento de assistência de transporte, assim como a oferta de mais locais para realização do tratamento. Esse acesso ao tratamento e transporte, deve ser garantido nos transportes públicos, como já estabelecido por lei, porém, para que na prática isso aconteça, é preciso estabelecer uma maior facilidade de acesso (VIETZE; LAX, 2018).

Em alguns países desenvolvidos, existem planos de atendimento aos autistas, que incluem apoio pessoal, social e emocional, apoio ao seu cuidador, o que inclui planos de descanso e ajuda emergencial, fornecimento de aconselhamento e grupos de apoio. No Brasil, o Ministério da Saúde oferece nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, atendimentos individualizados de reabilitação com acompanhamento médico e odontológico, além de ofertar espaços de orientação aos pais, visto que esses têm uma demanda alta de fatores estressantes, porém, na prática, esses locais são extremamente escassos e por vezes, são alvos de reclamações dos pais que utilizam os serviços devido a precariedade de acesso (GOMES et al., 2015).

Outro fator condicionante para a realização do tratamento de forma adequada, é o número elevado de tempo necessário para realização da ABA. Uma família, precisa de alta disponibilidade para levar o indivíduo com TEA ao local de tratamento, precisando em muitos casos, renunciar ao trabalho remunerado para conseguir associar os cuidados necessários ao familiar com TEA. Uma forma de suporte governamental que deve ser incentivado e orientado as famílias, é o pagamento do Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (GOMES et al., 2015).

Outra forma de garantir a continuidade da ABA por um tempo mínimo adequado, é ofertar treinamento e capacitação dos familiares e cuidadores. Esse treinamento é um aspecto importante, pois ajuda as famílias a entender e implementar efetivamente as técnicas ABA em ambiente domiciliar. Através de programas de capacitação especializada, profissionais podem fornecer treinamento direto aos pais sobre como

realizar as técnicas ABA em casa e realizar registros para acompanhamento (GOMES et al., 2015).

Com o maior acesso nos últimos anos a ferramentas de tecnologia e acesso à internet, programas de orientação e atendimento, podem ser fornecidos de maneira ampla e com menor custo a essa população. Além de plataformas digitais para abordar esses familiares através de cursos e capacitações, a telessaúde ou telereabilitação, é uma ferramenta incentivada pela Organização Mundial da Saúde como oferta de serviços de saúde nos casos em que a distância é um fator crítico e em várias condições, apresenta resultados pareados e até superiores com a reabilitação e assistência convencional. A terapia ABA de telessaúde pode ser uma opção viável para famílias afetadas pelo autismo que buscam acesso a serviços de terapia (MEIMEI; ZENGHUI, 2022).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura demonstra que o uso da Análise do Comportamento Aplicada em ambiente ambulatorial, apresenta impactos significativos nas relações sociais, independência nas atividades de vida diária e diminuição nos comportamentos obsessivo compulsivo e estereotípias em crianças com Transtorno do Espectro Autista, podendo ser uma ferramenta para o aprimoramento das Políticas de Saúde para esta população. Foram identificadas diversas potencialidades, como, benefícios positivos nas áreas acadêmicas, aspectos adaptativos, cognitivo, função executiva, linguagem, motor e social. Ressalta-se que, os profissionais e pais de crianças com TEA percebem os impactos que esta ciência representa para a intervenção no tratamento de crianças com autismo, entretanto, ainda há necessidade de maior sensibilização sobre o tema aos gestores de saúde.

Ainda há diversas barreiras para que o uso da ciência ABA seja uma realidade para as Políticas de Saúde, entre estas, destacam-se o diagnóstico tardio, que impossibilita uma intervenção precoce, a elevada carga horária semanal, dificuldade para transporte público, disponibilidade e dedicação da família e escassez de serviços e profissionais habilitados para aplicação. Somado a isso, o levantamento do histórico das políticas voltadas ao TEA, permitiu detectar a ausência e/ou fragilidade de políticas públicas de saúde, no que se refere ao acesso e ações para tratamento específico para esta população.

Não há na literatura artigos científicos específicos que discutam políticas de saúde e o acesso à assistência à saúde da pessoa com TEA no Brasil. Isto ficou evidente, primeiramente, ao não identificar artigos quando se empregou o termo “políticas públicas de saúde” na estratégia de busca combinado com a Análise do Comportamento Aplicada e Transtorno do Espectro Autista nas diferentes bases de dados. Por isso, decidiu-se por não inserir a palavra “políticas de Saúde” na estratégia de busca, e realizar o levantamento deste conteúdo de forma manual dentro dos textos de cada artigo. Esta análise permitiu identificar de forma clara as potencialidades do ABA para assistência à saúde da pessoa com TEA, entretanto, os conteúdos acerca das dificuldades/ barreiras e as proposições da aplicação do ABA foram rasos, demonstrando maior necessidade de estudos para compreensão dos

desafios do uso do ABA para implementação de políticas públicas de saúde para esta população.

Portanto, é de grande importância novas pesquisas a respeito do tema, para que o indivíduo e grupos a sua volta saibam como lidar com essa situação, já que é um diagnóstico de alto nível de complexidade e o direcionamento para o tratamento adequado é difícil. Pode-se afirmar que o assunto é pouco abordado, não só na literatura científica, mas também na comunidade de forma geral, não existem divulgações amplas e apresentações explícitas sobre a importância do tratamento multidisciplinar e contribuição da ciência ABA para a pessoa com TEA, tanto por parte dos profissionais, quanto gestores, o que pode levar ao fracasso de uma resposta terapêutica e piora da qualidade de vida destes indivíduos. Esta falta de divulgação pode ser por diversos fatores, como, falta de conhecimento científico sobre o tema, ausência de formação de recursos humanos para aplicação da técnica, e principalmente por falta de recursos financeiros, uma vez que é uma ciência que envolve equipe multiprofissional capacitada, grande carga horária, necessidade de infraestrutura física, o que representa um custo alto para os gastos públicos.

O Sistema Único de Saúde no Brasil oferece tratamentos para crianças com autismo, incluindo terapias comportamentais baseadas em evidências como a ABA. No entanto, a disponibilidade desses tratamentos pode variar de acordo com a região do país, e ainda está muito aquém da demanda.

Sendo assim, podemos ressaltar algumas proposições para reorientação das políticas de saúde para a pessoa com TEA, como, investimento público em saúde, incluindo a alocação de recursos para tratamentos baseados em evidências para crianças com autismo, para garantir que essas crianças tenham acesso à tratamentos de qualidade. Além disso, o investimento em pesquisa científica sobre custo e eficácia da ABA e outras abordagens terapêuticas para o autismo também é essencial para melhorar a assistência à saúde desta população e direcionar políticas públicas.

Além disso, outras ações governamentais podem ser destacadas, como a oferta de cursos de formação e capacitação de profissionais de saúde e educação para que possam aplicar a ABA de forma adequada e eficaz, bem como, investimentos privados

podem ser direcionados para parceria e/ou criação de clínicas e instituições especializadas em terapia ABA para crianças autistas. Essas instituições podem ser financiadas por empresas privadas ou doações de caridade. O investimento privado pode ajudar a garantir que as crianças autistas tenham acesso a terapia ABA de qualidade em um ambiente seguro e acolhedor, por meio de parcerias e convênios com o governo. Empresas privadas podem ainda, financiar pesquisas na área de ABA e autismo, incluindo estudos clínicos ou desenvolvimento de novas tecnologias para melhorar o tratamento do autismo.

Muitas clínicas privadas oferecem serviços de ABA para crianças autistas, algumas oferecem serviços de tutoria individualizados para crianças autistas baseados em ABA, prestados em casa ou em uma clínica, além de plataformas de telessaúde. Com o aumento da demanda por serviços de teleterapia devido à pandemia, surgiram várias plataformas que oferecem terapia comportamental baseada em ABA para crianças autistas, que podem ser acessados remotamente, geralmente por meio de videoconferência. Esta modalidade pode ser uma alternativa para acesso ao tratamento, pois permite maior alcance geográfico, reduz barreiras como dificuldade de transporte e custos com infraestrutura física, entretanto, demanda maior investimento em tecnologias de informação e comunicação para os serviços de saúde e usuários. Estudos que avaliem o custo-benefício desta modalidade no Brasil, precisam ser desenvolvidos para que a teleterapia possa se tornar uma realidade no país.

Em resumo, tanto investimentos públicos quanto privados podem ser direcionados para a pesquisa, desenvolvimento e aplicação da ABA no tratamento do autismo em crianças. Esses investimentos podem ajudar a melhorar os resultados terapêuticos e o bem-estar das crianças autistas, fornecendo acesso a terapia ABA de qualidade, otimizando ao máximo assim os resultados do tratamento. É importante lembrar que o investimento em ABA para crianças autistas deve ser feito com cautela e com base em evidências científicas sólidas. O tratamento do autismo é complexo e multifacetado, e nem todas as crianças se beneficiarão da mesma abordagem terapêutica. Por isso, é fundamental buscar orientação de profissionais qualificados e experientes antes de tomar qualquer decisão de investimento.

Espera-se que essa revisão contribua para difusão do conhecimento sobre a ciência ABA, para que, pais, cuidadores, profissionais e gestores obtenham mais informações quanto as possibilidades terapêuticas, especificamente a Análise do Comportamento Aplicada, considerada atualmente como padrão-ouro em crianças no Transtorno do Espectro Autista, e assim amplie a discussão sobre seu uso e potencialidades na inserção das políticas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

AMAN, M. G.; LAM, K. S. L.; VAN BOURGONDIEN, M. E. Medication Patterns in Patients with Autism: Temporal, Regional, and Demographic Influences. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 15, n. 1, p. 116–126, fev. 2005.

AMARAL, D. G.; SCHUMANN, C. M.; NORDAHL, C. W. Neuroanatomy of autism. **Trends in Neurosciences**, v. 31, n. 3, p. 137–145, 1 mar. 2008.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). **American Psychiatric Publishing**. 2013.

AMSTALDEN, A.L.; HOFFMANN, M.C.; MONTEIRO, T. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. (Org.) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec. p. 33-45. 2010.

BARNARD-BRAK, L., et al., T. Parent training interventions for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 49(8), 3261-3277. 2019.

BARON-COHEN, S. Leo Kanner, Hans Asperger, and the discovery of autism. **The Lancet**, v. 386, n. 10001, p. 1329–1330, out. 2015.

BETTELHEIM, B. **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes. 1987.

BOSA, C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, Maio.2006.

BRAGA-KENYON, P.; MIGUEL, C. Análise do comportamento aplicada - um modelo para educação especial. In: CAMARGOS, W. (Org.). **Transtornos invasivos do desenvolvimento: terceiro milênio**. Brasília: Corde. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República.1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dape. Coordenação-Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, 2005. **Anais** Brasília: Opas. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde. 86 p.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 156 p. 2015.

BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência. – 4. ed. – Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020.

BROOKMAN-FRAZEE, L., et al. Characterizing shared and unique implementation influences in two community services systems for autism: applying the EPIS framework to two large-scale autism intervention community effectiveness trials. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, 45(2), 302-318. 2018.

BUSSINGUER, E. C. A.; PENNA, I. S. O. **Cidadania Autista**: A inadequação das atuais políticas públicas na construção da autonomia. *Política pública e inclusão social*. São Paulo, p.33. 2013.

CAVALCANTE, F.G. **Pessoas muito especiais**: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.432 p.
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data & statistics on autism spectrum disorder**. 2021.

CHOI, K. R. et al. Patient Outcomes After Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 43, n. 1, p. 9–16, 1 jan. 2022.

COHEN, H.; AMERINE-DICKENS, M.; SMITH, T. Early Intensive Behavioral Treatment. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 27, n. Supplement 2, p. S145–S155, abr. 2006.

DAWSON, G. et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. **Pediatrics**, v. 125, n. 1, p. e17-23. 2010.

ELLISON, K. S. et al. **Telehealth and Autism Prior to and in the Age of COVID-19: A Systematic and Critical Review of the Last Decade**. **Clinical Child and Family Psychology Review** Springer, 1 set. 2021.

FALCOMATA, T. S. Defining Features of Applied Behavior Analysis. **Clinical and Organizational Applications of Applied Behavior Analysis**, p. 1–18. 2015.

FERNANDES, A.; NEVES, J.; SCARAFICCI, R. **Autismo**. São Paulo: UNICAMP, 2011.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise do comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura. **Codas**, v. 25, n. 3, pp. 289-296, 2013.

GADIA, Carlos; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. In: *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, abril, 2004.

GALLAGHER, T. M., et al., Telehealth for children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(9), 3119-3137, 2020.

GERETSEGGER, M. et al. Music therapy for autistic people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2022, n. 5, 9 maio 2022.

GESCHWIND, D. H.; STATE, M. W. Gene hunting in autism spectrum disorder: on the path to precision medicine. **The Lancet Neurology**, v. 14, n. 11, p. 1109–1120, nov. 2015.

GOMES, C. G. S. et al. Effects of intensive behavioral intervention through training of caregivers of children with autism. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

GOMES, P. T. M. et al. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 2, p. 111–121, mar. 2015.

GOMES, P. T. M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 111-21, 2015.

HANDEN, B. L.; JOHNSON, C. R.; LUBETSKY, M. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 30, n. 3, p. 245–255, 2000.

HARRIS, S. R. Early motor delays as diagnostic clues in autism spectrum disorder. **Eur J Pediatr**, v. 176, 9, p. 1259-1262, 2017.

HAYWARD, D. et al. Assessing progress during treatment for young children with autism receiving intensive behavioural interventions. **Autism**, v. 13, n. 6, p. 613–633, 2009.

INGERSOLL, B.; SCHREIBMAN, L. Teaching Reciprocal Imitation Skills to Young Children with Autism Using a Naturalistic Behavioral Approach: Effects on Language, Pretend Play, and Joint Attention. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 36, n. 4, p. 487–505, 28 mar. 2006.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna briggs institute reviewers' manual**: 2014 edition. Adelaide, Australia: University of Adelaide, 2014.

JUST, M. A. Cortical activation and synchronization during sentence comprehension in high-functioning autism: evidence of underconnectivity. **Brain**, v. 127, n. 8, p. 1811–1821, 16 jun. 2004.

KANNER, L. Early infantile autism revisited. **Psychiatry Digest**, v. 29, pp. 17-28, 1968.

KERNS, C. M. et al. Adapting Cognitive Behavioral Techniques to Address Anxiety and Depression in Cognitively Able Emerging Adults on the Autism Spectrum. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 23, n. 3, p. 329–340, 1 ago. 2016.

KHAN, N. Z. et al. Autism and the Grand Challenges in Global Mental Health. **Autism Research**, v. 5, n. 3, p. 156–159, 17 maio 2012.

KIRK, H.E. et al. Visual attention and academic performance in children with developmental disabilities and behavioural attention deficits. **Developmental Science**, v. 20, 2017.

KODAK, T.; BERGMANN, S. Autism Spectrum Disorder: Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. **Pediatr Clin North Am**, v. 67, n. 3, p. 525-535, 2020.

KOEGEL, L. K.; PARK, M. N.; KOEGEL, R. L. Using Self-Management to Improve the Reciprocal Social Conversation of Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 5, p. 1055–1063, 15 out. 2013.

LAI, M.-C.; LOMBARDO, M. V.; BARON-COHEN, S. Autism. **The Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 896–910, mar. 2014.

LANDA, R. K.; FRAMPTON, S. E.; SHILLINGSBURG, M. A. Teaching children with autism to mand for social information. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 31 maio 2020.

LEAF, J. B. et al. Advances in Our Understanding of Behavioral Intervention: 1980 to 2020 for Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 51, n. 12, 2 abr. 2020.

LEAF, J. B. et al. Concerns About ABA-Based Intervention: An Evaluation and Recommendations. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 52, 16 jun. 2021.

LEFORT-BESNARD, J. et al. Patterns of autism symptoms: hidden structure in the ADOS and ADI-R instruments. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 1, 30 jul. 2020.

LIDDLE, K. Implementing the Picture Exchange Communication System (PECS). **International Journal of Language & Communication Disorders**, v. 36, n. s1, p. 391–395, jan. 2001.

LONEY, P. L. et al. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. **Chronic Dis Can**, v. 19, n. 4, p. 170-6, 1998.

LOTFIZADEH, A. D. et al. Moderate Effects of Low-Intensity Behavioral Intervention. **Behavior Modification**, v. 44, n. 1, p. 92–113, 1 jan. 2018.

MAENNER, M. J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2016.

MAHONEY, G.; PERALES, F. Relationship-Focused Early Intervention With Children With Pervasive Developmental Disorders and Other Disabilities. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 26, n. 2, p. 77–85, abr. 2005.

MANOLI, D. S.; STATE, M. W. **Autism spectrum disorder genetics and the search for pathological mechanisms**. **American Journal of Psychiatry** American Psychiatric Association, 1 jan. 2021.

MATSON, J. L.; MATSON, M. L.; RIVET, T. T. Social-Skills Treatments for Children With Autism Spectrum Disorders. **Behavior Modification**, v. 31, n. 5, p. 682–707, set. 2007.

MAURICE, C.; GREEN, G.; LUCE, S. C. (EDS.). **Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals**. Austin, TX, US: PRO-ED, 1996.

MEIMEI, L.; ZENGHUI M. A systematic review of telehealth screening, assessment, and diagnosis of autism spectrum disorder. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, vol. 16,1 79. 8 Oct. 2022, doi:10.1186/s13034-022-00514-6

MELO, E. A. et al.. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

OLIVEIRA, B. D. C. et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27: 707-726, 2017.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 11ª Revisão*. Genebra: OMS.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541–4548, nov. 2011.

POLITTE, L. C.; MCDOUGLE, C. J. Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders. **Psychopharmacology**, v. 231, n. 6, p. 1023–1036, 4 abr. 2013.

RAFIEE, S.; KHANJANI, Z. The Effectiveness of Applied Behavior Analysis Therapy on Eye Contact Enhancement, Stereotypical Behaviors and Reduction of Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 20, n.2 , p. 98-122, abr./jun, 2020.

RANDELL, E. et al. Sensory integration therapy for children with autism and sensory processing difficulties: the SenITA RCT. **Health Technology Assessment**, v. 26, n. 29, p. 1–140, jun. 2022.

REICHOW, B. et al. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 17 out. 2012.

ROBINS, D. L. et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up (M-CHAT-R/F). **Pediatrics**, v. 133, n. 1, p. 37–45, 23 dez. 2013.

RYLAND, H. K. et al. Autism spectrum symptoms in children with neurological disorders. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 6, n. 1, 12 nov. 2012.

- SAMBANDAM, E.; RANGASWAMI, K., THAMIZHARASAN, S. Efficacy of ABA programme for children with autism to improve general development, language and adaptive behaviour. **Indian Journal of Positive Psychology**, 5(2), 192-195. 2014.
- SAMPAIO, A. A. S. Skinner: sobre ciência e comportamento humano. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 370-383, set. 2005.
- SCHILLING, E. A., et al. Parent empowerment and child outcomes: A randomized controlled trial of an online resource for parents of children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 13(1), 123-134, 2020.
- SHAMSEER, L. et al. The Prisma-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ.**, v.349, p.1-25, 2015.
- SHARMA, S. R.; GONDA, X.; TARAZI, F. I. Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 190, n. 1, p. 91–104, out. 2018.
- SKINNER, B. F. **Verbal Behavior**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1957.
- SOUSA, M.R.; RIBEIRO, A. L. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 241-51, 2009.
- STERNE, J.A.C.; SAVOVIĆ, J.; PAGE, M. JRoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, v.366, l4898, 2019.
- UNG, D. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46, n. 4, p. 533–547, 23 set. 2014.
- VIETZE, P.; LAX, L. E. Early Intervention ABA for Toddlers with ASD: Effect of Age and Amount. **Current Psychology**, v. 39, n. 4, p. 1234–1244, 1 ago. 2020.
- VIRUÉS-ORTEGA, J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose–response meta-analysis of multiple outcomes. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 4, p. 387–399, 2010.
- VISMARA, L. A.; ROGERS, S. J. Behavioral Treatments in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know? **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, n. 1, p. 447–468, mar. 2010.
- VLLASALIU, L. et al. Diagnostic instruments for autism spectrum disorder (ASD). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, John Wiley and Sons Ltd, 12 jan. 2016.
- WALENSKY, R. P. et al. Morbidity and Mortality Weekly Report Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018 Surveillance Summaries Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board.

WANG, X. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. **Pediatrics**, v. 147, n. 5, 1 maio 2021.

WELLNITZ, S. A. C. et al. The Revised Children's Communication Checklist-2 (CCC-R): Factor Structure and Psychometric Evaluation. **Autism Research**, 6 jan. 2021.

WOOD, J. J. et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 224–234, mar. 2009.

YU, Q. et al. Efficacy of Interventions Based on Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. **Psychiatry Investigation**, v. 17, n. 5, p. 432–443, 15 maio 2020.

ZWAIGENBAUM, L. et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. **Pediatrics**, v.136, p. S10-40, 2015.

ANEXOS

ANEXO A – PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB1 guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850.

ANEXO B – FLUXOGRAMA PRISMA PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS

