



INFORMAÇÃO TÉCNICA Nº: 1421/2022

12 de Dezembro de 2022

Nº MPRJ: 2021.00795365

SOLICITANTE: CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA
CÍVEIS E DE TUTELA COLETIVA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ENDEREÇO (Do contratante ou local da diligência):

AVENIDA MARECHAL CÂMARA, Nº: 350 - CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ

CEP: 20.020-080

Avaliação de políticas públicas. Avaliação das políticas públicas de saúde, assistência social e educação. 1 - Serviço técnico: Análise de documentos técnicos.



**Leia o QR code
com seu celular.**



1. INTRODUÇÃO

Em atendimento à solicitação de análise técnica feita pelo CAO Cível PDef, nº SEI 20.22.0001.0047783.2021-78, no caráter de Informação Técnica, este documento apresenta resposta ao questionamento sobre se é obrigação do Município ou de Planos de Saúde em arcarem com a abordagem denominada de Análise do Comportamento Aplicado (*Applied Behavior Analysis* - ABA) na atenção a pessoas com transtorno do espectro do autismo.

O ABA é “*uma abordagem que envolve a avaliação, o planejamento e a orientação por parte de um profissional analista do comportamento capacitado*”¹ voltada para pessoas com transtorno do espectro do autismo. Ainda que se trate de abordagem citada na Linha de Cuidados para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista, a literatura assinala que seus “*processos de intervenção são controversos, caros e dependentes de fatores externos*” e conclui que “*não há evidência suficiente para corroborar a preponderância da ABA sobre outras alternativas*”².

Para formulação da resposta, considerou-se pertinente analisar o que a política pública de saúde oferta como rede de cuidados para as pessoas com transtorno do espectro do autismo. Como ponto de partida, esclarece-se que as pessoas com transtorno do espectro do autismo têm por direito acessar todos os serviços de saúde geral ofertados para a população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a especificidade do questionamento, neste documento são apresentadas, com base no estabelecido em políticas públicas, as diretrizes e o funcionamento das redes e serviços de saúde especializados e estratégicos que atendem pessoas com deficiência e pessoas com problemas de saúde mental, estando aí incluídas as pessoas com transtorno do espectro do autismo, a saber: os Centros Especializados em Reabilitação (CER) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta apresentação tem por objetivo explicitar a abordagem de cada um desses serviços para resolver se os Municípios devem contar nas práticas de seus serviços especificamente com a abordagem ABA.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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, 2015.

² Fernandes, FDM; Amato, CBH. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. CoDAS 2013;25(3):289-96.



Dessas redes e serviços, os CAPS serão apresentados de maneira pormenorizada porque os documentos mais detalhados de orientações de atenção a pessoas com transtorno do espectro do autismo e seus familiares são os da RAPS^{3,4} em comparação com o da RCPD⁵. Mas, observe-se, não é que as políticas públicas de saúde preveem que as pessoas com transtorno do espectro do autismo e seus familiares devem ser atendidas *mais* no âmbito de serviços da RAPS, como os CAPS, do que nos serviços da RCPD, como os CERs; ocorre apenas que a RCPD não produziu documento tão robusto quanto o da RAPS e não há diretrizes tão aprofundadas sobre os CERs como há sobre os CAPS; além do que, enquanto há no território nacional 2.367 CAPS⁶ que podem ser acessados por pessoas com transtorno do espectro do autismo e seus familiares⁷, o número de CERs implementados totaliza 274⁸. Assim, a diferença de conteúdo apresentado está relacionada com o que há de documentos disponíveis e com o que foi implementado efetivamente para atenção em saúde dessa população e não com redes e serviços prioritários de atenção.

À propósito, note-se que, aqui, o foco são os serviços de saúde. Contudo, em se tratando da atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e seus familiares, a diretriz das políticas públicas é de que somente uma organização de serviços diversos, intersetoriais e em rede é capaz de ofertar respostas à complexidade das demandas de inclusão das pessoas e de garantia de seus direitos. Por exemplo, para além dos serviços de saúde, na rede de assistência social merece destaque a proposta dos Centros Dia de referência como serviço para promoção da convivência, garantindo o direito à inclusão e participação social das pessoas.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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, 2015.

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

⁶ Brasil. Ministério da Saúde Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Departamento de Ciclos da Vida. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS). Ano 2022, setembro de 2022.

⁷ Considerou-se na contagem os CAPS do tipo I, II e III, além dos CAPSij.

⁸ Brasil. Notícia. Transtorno do Espectro Autista: entenda os sinais. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/transtorno-do-espectro-autista-entenda-os-sinais>



Por fim, considerando que o questionamento abrange a obrigação dos planos de saúde, esclarece-se desde já que a questão versa sobre direito do consumidor e o que deve ser observada legislação própria sobre o que deve ser ofertado pela Saúde Suplementar; esclarece-se que, no momento de finalização desta Informação Técnica, é vigente a Lei nº 14.454/22⁹, que estabelece critérios para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde não incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Enquanto parâmetros normativos para resposta sobre se é obrigação do Município arcar com a abordagem ABA na atenção em saúde às pessoas com transtorno do espectro do autismo, este documento se orienta pelo que segue: Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), Lei 13.146/2015¹⁰, Lei nº 12.764/2012¹¹, Lei 10.216/2001¹², Decreto nº 8.368/2014¹³, Portaria nº 336/2002¹⁴, Portaria nº 3.088/2011¹⁵, Portaria nº 854/2012¹⁶, Portaria nº 3.588/2017¹⁷. Ademais, tem como base o disposto em políticas públicas^{18,19,20,21}.

⁹ Lei nº 14.454/22. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

¹⁰ Lei Federal nº 13.146/15. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

¹¹ Lei Federal nº 12.764/2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990

¹² Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

¹³ Decreto nº 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista

¹⁴ Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)).

¹⁵ Portaria nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁶ Portaria nº 854/2012. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde atributos dos procedimentos especificados na mesma.

¹⁷ Portaria nº 3.588/2017. Altera as Portarias de Consolidação no nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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, 2015.

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em



2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

A Unidade Básica de Saúde (UBS), serviço da atenção básica (também denominada de atenção primária) é porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora da rede de cuidados. Observando isso, conforme apresentado em diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, uma vez que a pessoa acessa o sistema de saúde pela UBS, ela é acompanhada pela própria UBS e pelos serviços de atenção especializada, a saber: CER da RCPD e CAPS da RAPS, além de ambulatórios de saúde.

📍 Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária

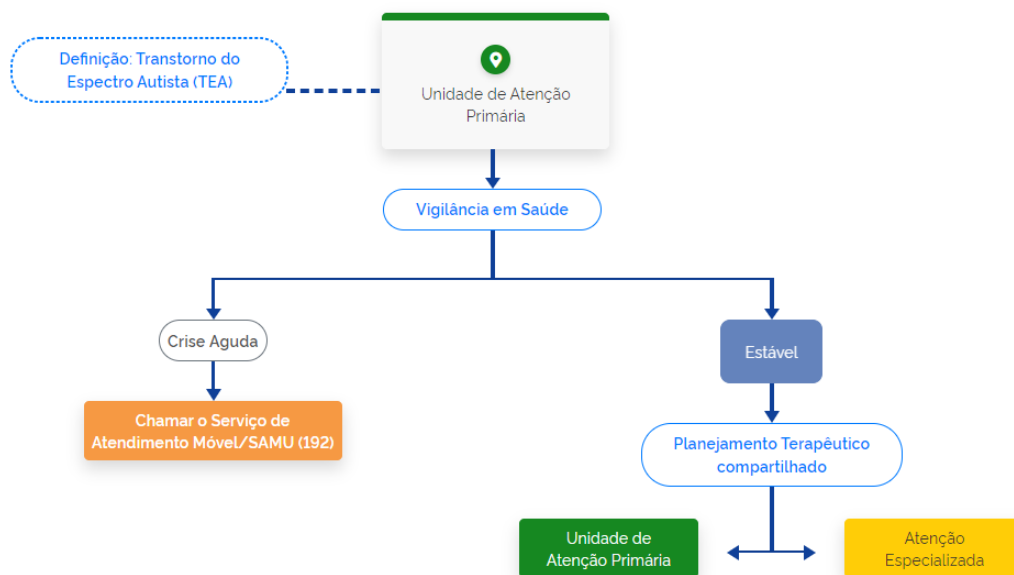


Figura 1: Fluxo de atenção em saúde a partir da Atenção Básica. Fonte: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/atencao-especializada/>

reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde, a rede de cuidados que pode ser acessada por pessoas com transtorno do espectro do autismo inclui – mas não se limita a – os seguintes serviços:



Figura 2: Rede de serviços disponíveis para pessoas com transtorno do espectro do autismo. Fonte: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/sou-gestor>



2.1 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

A RCPD, instituída pela Port. nº 793/12, tem como objetivos:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Um de seus componentes é a ‘Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências’, que abrange os serviços: Centros Especializados em Reabilitação (CER); Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Oficinas Ortopédicas; e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Tratando especificamente do CER, serviço que tem entre suas populações-alvo as pessoas com transtorno do espectro do autismo e seus familiares, a normativa define o serviço como:

Um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas.

A Port. nº 835/12, Art. 8, estabelece que para repasse de incentivo financeiro os CERs devem cumprir com o requisito de “*condução da atenção aos usuários conforme diretrizes estabelecidas por instrutivos a serem disponibilizadas no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>”.* Não há no site referido, contudo, maiores informações sobre as diretrizes deste serviço especificamente para as pessoas com transtorno do espectro do autismo. Entende-se que, compondo um mesmo e único sistema de saúde, as diretrizes estabelecidas para atenção a



essa população nos CERs são as estabelecidas pela RAPS²² e, de maneira mais ampla, pela RCPD²³.

Em relação ao método de trabalho nos CERs, pode-se afirmar, conforme diretrizes de atenção para a população, que é previsto que cada uma das pessoas com transtorno do espectro do autismo tenha desenhados para si um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é:

construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos (p.73).

Na elaboração do PTS, as *“equipes e os serviços de saúde precisam se inscrever na lógica da pluralidade de atendimentos e no trabalho em rede, pois neste caso não há apenas uma diversificação das demandas, mas exigências advindas dos multifatores etiológicos e de seus vários prognósticos”*²⁴ (p.74). Note-se que a mesma posição é apresentada em documento da RCPD que apresenta *“Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual”*, estando incluídos no âmbito da reabilitação intelectual o serviço de atenção à pessoa com transtornos do espectro do autismo:

Os serviços de reabilitação/habilitação com modalidade intelectual, deverão prestar atendimento e garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento singular no âmbito do **projeto terapêutico** voltadas à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro Autista (TEA) (grifo nosso, p.51)²⁵.

²² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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, 2015.

²³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

²⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

²⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. 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, 2015.



Enquanto método de trabalho para os serviços de reabilitação intelectual, o que inclui os CERs, o instrutivo de trabalho assinala que as ações do serviço de reabilitação incluem (p.51-53):

- Avaliação multiprofissional da deficiência intelectual – realizada por equipe multiprofissional, tem a finalidade de *“estabelecer o diagnóstico e de maneira complementar identificar potencialidades da pessoa com deficiência, de sua família e/ou atendentes pessoais”*. Esta avaliação *“serve de base para a elaboração do diagnóstico e da construção de um PTS”*.
- Atendimento/Acompanhamento em reabilitação intelectual – consistindo em atendimento multiprofissional, as ações estão voltadas para o *“desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida independente, entre as quais se destacam: a estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; discussão de caso em equipe e elaboração de projeto terapêutico singular, práticas terapêuticas, visando, entre outras, promoção do desenvolvimento neuropsicomotor, habilidades de desempenho ocupacional, da linguagem, habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado”*.

No âmbito do atendimento em reabilitação intelectual é previsto que os serviços ofertem ações em reabilitação voltadas para o *“desempenho de habilidades para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária”, que “estimulem as funções cognitivas”, que possibilitem “situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar e social”, que realizem a “estimulação precoce” e que propiciem o “desenvolvimento de habilidades comunicativas”, abrangendo atividades que façam uso de recursos diversos – “leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem” – para o desenvolvimento da linguagem, das habilidades motoras e do sistema sensorial. Ainda, é previsto que os serviços de reabilitação intelectual utilizam tecnologia assistiva.*



2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Por meio da Portaria nº 3.088/2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a rede de serviços e de estratégias de saúde mental do SUS. A RAPS é constituída por pontos de atenção agrupados em componentes de atenção, que abarcam diferentes níveis do sistema de saúde. A partir do disposto nesta portaria, são componentes e pontos de atenção da RAPS serviços que vão da atenção básica à atenção hospitalar, sendo os serviços estratégicos da RAPS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)²⁶:

Os CAPS são os principais pontos de atenção da RAPS, sendo responsáveis pela organização da atenção às demandas de saúde mental de um território. Conforme definido na Portaria nº 3088/2011, os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são definidos como o ponto de atenção especializada da RAPS e estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades

²⁶ A Portaria nº 3.588/2017 modificou esta composição de serviços e estratégias da RAPS, introduzindo no âmbito do componente Atenção Psicossocial Estratégico uma nova modalidade de CAPS, o CAPS ad IV, e reintroduzindo unidades baseadas em um modelo antigo e consideradas insatisfatórias na atenção em saúde mental, tais como Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas. Ainda, introduziu no âmbito do componente Atenção Hospitalar unidades que não são de base comunitária e que podem ter características asilares, indo na contramão dos princípios da RAPS a saber: Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia.



de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes”^{27, 28}.

Aqui, é preciso frisar: a definição da população atendida nos CAPS abrange as pessoas com transtorno do espectro do autismo.

➤ **Como se caracteriza o trabalho e o cuidado nos CAPS:**

Em todas as modalidades, os CAPS se caracterizam por serem serviços de caráter aberto e territorial, sendo substitutivos aos hospitais psiquiátricos e aos demais serviços de lógica asilar. Constituídos por equipes multiprofissionais com perspectiva de trabalho interdisciplinar, os CAPS são serviços de base comunitária e tem como princípio ser um serviço “portas abertas”. Compreende-se que um serviço de base comunitária e territorial não se limita a estar geograficamente localizado nas comunidades, mas a trabalhar a partir dos contextos sociais e culturais dos territórios de abrangência, operando com relações, instituições, outros serviços e recursos territoriais de modo a construir oportunidades de participação social no cotidiano. Ainda, ser um serviço “portas abertas” significa garantir acesso ao serviço e estar aberto à construção de outras formas de relação com as problemáticas de saúde mental vivenciadas pelas pessoas no território; dessa forma, a questão do acesso nos CAPS é um princípio operado por todos os serviços.

Conforme disposto na Portaria nº 336/2002, o CAPS deve desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede de saúde mental no âmbito do seu território, assim

²⁷ Portaria nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

²⁷ Portaria nº130/2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros

²⁸ Pela Portaria 3588/2017 foi criada a modalidade de CAPS ad IV, sendo disposto que “sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação”. Tendo em vista que desde 2016 não são divulgados dados oficiais da RAPS, não é possível afirmar com base em documentos institucionais se esta modalidade de CAPS está implementada em algum Município.



como ser o responsável, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental. Do seu lugar de ordenador da RAPS, pela Portaria nº 3.088/11, o CAPS é responsável por articular os pontos de atenção da rede de saúde mental e por supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no seu território, bem como matricular serviços da rede intersetorial, como as escolas.

Os CAPS trabalham a partir da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), sendo os serviços responsáveis pela co-construção junto com o usuário do serviço das estratégias de reabilitação psicossocial e outras ações que serão realizadas para atender as demandas e necessidades das pessoas usuárias do serviço. Dentre as ações que podem compor os PTS, conforme Portaria nº 854/2012, estão: acolhimento inicial, acolhimento diurno/noturno, atendimento individual, atenção às situações de crise, atendimento em grupo, práticas corporais, práticas expressivas e comunicativas, atendimento para a família, atendimento domiciliar, ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade, fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, ações de articulação de redes intra e intersetoriais, matriciamento, ações de redução de danos, acompanhamento de serviço residencial terapêutico, e apoio a serviço residencial de caráter transitório²⁹. Também é diretriz que as práticas dos CAPS priorizem atividades coletivas.

Por essas características constitutivas da lógica do serviço, os CAPS são serviços de referência de cuidado e de construção de novas possibilidades de vida para seus usuários e para os familiares. Ainda, por desenvolverem suas práticas no e a partir do território, seguindo os princípios gerais do serviço, cada CAPS constrói de modo distinto as práticas do serviço, existindo CAPS que realizam mais trabalhos junto com o usuários diretamente no território, CAPS que têm atividades promotoras de trocas sociais e de oportunidades de ampliação do poder contratual realizadas no próprio serviço, CAPS com maior articulação com os recursos existentes no território, CAPS que precisa inventar recursos e parcerias para realizar seu trabalho, e assim por diante. Seja como for que as práticas de um CAPS se expressem, o que é fundamental é observar se o serviço está se responsabilizando pelo cuidado longitudinal dos

²⁹ Para acessar a descrição de cada uma dessas ações, consultar: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



usuários no território e na rede de serviços, dado que os CAPS têm um papel estratégico na articulação dos serviços da RAPS.

Os CAPS, localizados no território e em ambiente comunitário, devem ser de livre acesso, configurando-se como um local de trocas sociais entre pessoas e entre recursos e serviços de um mesmo território. Como definido enquanto política pública, os CAPS devem ser projetados de modo a considerar:

“a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de ‘portas abertas’; a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte; a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário; espaços que expressem o ‘cuidar em liberdade’ e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos; a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade; e a permeabilidade entre ‘espaço do serviço’ e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios”.

Tendo em vista que o questionamento apresentado apresenta como material de suporte Notas Técnicas que abrangem especificamente crianças e adolescentes – e reconhecendo que mais comumente a abordagem ABA é realizada com crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo – vale apresentar de maneira aprofundada o que se espera enquanto método de trabalho dos CAPS voltados para crianças e adolescentes, os CAPSij.

➤ **Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij)**

Como já indicado, a modalidade de CAPS voltada especificamente para crianças e adolescentes, os CAPSij compartilham dos mesmos princípios e objetivos gerais da RAPS e específicos dos CAPS; frise-se que o público atendido por este serviço é o de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, inclusive uso abusivo de álcool e outras drogas, tal como especificado em normativa³⁰. Os CAPSij têm como marcantes características o acolhimento e envolvimento dos familiares no processo de cuidado das crianças e adolescentes e as práticas de trabalho intersetoriais, com estreita relação com as escolas. Ainda, por ser um serviço de base territorial, na responsabilização pelas demandas de saúde mental do território o CAPSij desenvolve trabalho de busca ativa do público que

³⁰ Ressalte-se que na estrutura da RAPS, os pontos de atenção do componente da atenção básica também desenvolvem importante papel na atenção a esta população, em particular em Municípios de pequeno porte.



demanda cuidados; especificamente em relação às crianças e adolescentes que fazem uso de drogas, por exemplo, o serviço vai até a cena de uso e a partir deste lugar – do território – oferta e produz cuidado. Em Municípios em que estão implementados CAPSi para crianças e adolescentes e CAPS para adultos se garante um cuidado longitudinal para a população com problemas de saúde mental.

Pelas particularidades do público alvo, a Política Nacional de Saúde Mental estabelece diretrizes adicionais para o desenvolvimento dos CAPSi com a premissa garantir um cuidado que inclua ações como “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos, e melhorar a qualidade de vida das pessoas”³¹ (p.28). As diretrizes para CAPSi são:

- A criança e o adolescente são **sujeitos de direito**, portanto devem ser ouvidos e ter sua singularidade respeitada, de modo a participar ativamente da construção de seu Projeto Terapêutico Singular, não cabendo o uso de abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva.
- O **acolhimento é universal**, ou seja, a criança e o adolescente devem ser recebidos nos serviços de saúde infanto-juvenil, não cabendo a proposição de divisão de serviços por “perfil” de usuários ou de capacidade técnica do serviço. Isso não significa que os serviços devem acompanhar todos os casos que os demandam, mas que é imperioso realizar o acolhimento inicial, identificando as necessidades e propondo alguma intervenção inicial.
- O **encaminhamento deve ser implicado e responsável**, o que significa que se a avaliação indicar que o tratamento deva se dar em outro serviço, diferente daquele no qual aconteceu o acolhimento inicial, que este encaminhamento deve se dar de maneira construída entre as duas equipes e que pode exigir a permanência do primeiro serviço no caso até que a pessoa esteja de fato vinculada ao equipamento no qual deverá realizar o acompanhamento. Essa

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



maneira responsável e processual de encaminhar é totalmente diferente de oferecer um papel como Guia de Encaminhamento com endereço da unidade de saúde.

- Construção permanente da **rede e da intersetorialidade** significa que em torno de cada caso deve ser construída uma rede de serviços e ações de saúde para efetivar o cuidado. No caso da infância e da adolescência essa rede é impreterivelmente intersetorial, envolvendo a educação, a assistência social e a justiça, para além da saúde. Algumas vezes, a demanda que chega ao serviço de saúde mental não está apenas relacionada a este campo específico e é imprescindível o envolvimento de outras políticas públicas para que a situação do usuário possa receber a assistência necessária do poder público.
- O cuidado da criança e adolescente deve ser um trabalho no **território** da pessoa usuária do serviço. Conceito caro no campo na saúde mental, território extrapola seu sentido geográfico, diz respeito às relações e redes sociais da pessoa, inclui a escola, os vizinhos, a praça e onde mais a pessoa apontar que tem investimento afetivo.
- A **demanda precisa ser avaliada e verificada sua correspondência às necessidades de saúde mental**. As demandas que chegam até os CAPSi são variadas e provenientes de diversos atores e serviços setoriais e intersetoriais – familiares, escolas, unidades básicas de saúde, judiciário e outros – e nem sempre estas demandas são, de fato, correspondentes a necessidades de cuidado em saúde mental. Por isso, há um trabalho que deve ser feito conjuntamente pelos atores e com papel estratégico do CAPSi de trabalhar a demanda que chega ao serviço, evitando com isso problemas como a estigmatização por toda a vida de uma criança e/ou um adolescente e a psiquiatrização de demandas sociais.



É importante frisar o disposto nesta última diretriz, considerando que nem toda demanda que chega ao CAPS é necessariamente uma demanda de tratamento, pois nem todo sofrimento implica a entrada em tratamento na rede de saúde. Acrescente-se que pode ser iatrogênico a atenção a um problema ou sofrimento que não se caracteriza como problema de saúde mental em um serviço de saúde mental, seja pelo aumento do estigma e da psiquiatrização de demandas sociais, seja porque com isto pode se dar início desnecessariamente a um percurso psiquiátrico, o que inclui a medicalização e uso contínuo de medicação psicotrópica.

Como esclarecido na política de saúde mental com foco em crianças e adolescentes, a compreensão de que nem toda demanda que chega ao CAPSi deve ser respondida tal como requisitado, não exime os serviços de saúde mental “*da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários*”, o que envolve articulações intersetoriais. Para além disso, quando as demandas são produzidas em outros setores, como as escolas ou os dispositivos da assistência social, é preciso investimento do poder público em outras políticas sociais. Esclarece-se, ainda, que é demanda de CAPSi a relacionada às necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas por crianças e adolescentes.

Ressalta-se ainda que pelas características constitutivas da organização e modo de funcionamento do serviço na relação com a realidade e com os recursos disponíveis no território, os CAPS são serviços de referência de cuidado e de construção de novas possibilidades de vida para seus usuários e para os familiares, promovendo inclusão social. Note-se que, por desenvolverem suas práticas no e a partir do território, considerando as necessidades de sua população específica, cada CAPS constrói de modo distinto as práticas do serviço. Assim, é esperado que os CAPS, incluindo os CAPSi, tenham práticas não padronizadas entre si. O fundamental a se observar se as práticas realizadas estão alinhadas aos princípios e objetivos da RAPS e aos objetivos específicos do serviço e se estas práticas respondem adequadamente às necessidades de cuidado da população de seu território de abrangência em um cuidado longitudinal no território e na rede de serviços.

Além da atenção prestada nos CAPSi, é imprescindível considerar que a construção de uma rede pública de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes é marcada pela característica intersetorial do cuidado para com esse público, envolvendo setores da educação, assistência social e justiça para garantia de direitos. A atenção a crianças e adolescentes não tem qualificação ampliada quando realizada exclusivamente pela área da



saúde, pois envolve necessariamente as outras áreas e de maneira integrada. Por isso, para além da análise dos equipamentos de saúde mental para a prestação de assistência em saúde propriamente dita, é importante analisar os esforços para a construção de articulação entre os serviços de saúde e dos serviços de saúde com os outros setores envolvidos na temática de modo que os serviços de saúde e os pontos de assistência de outros setores, com articulações bem delineadas e responsabilidade partilhada, se tornem uma rede de cuidado efetivamente capaz de prestar cuidado e garantir proteção aos direitos.

No que tange a integração das ações e serviços para a atenção em saúde para crianças e adolescentes é recomendado que haja fluxo formalizado de atendimentos e que as iniciativas de construção de rede intersetoriais sejam ampliadas (como por exemplo, incrementar a participação de outros setores no Fórum de Saúde Mental e construir espaços de discussão de casos em corresponsabilização). A partir da Política Nacional de Saúde Mental instituída pela Lei nº 10.216 de 2001 e dos princípios da construção de uma rede assistencial para crianças e adolescentes citados anteriormente (acolhimento universal, encaminhamento implicado, intersetorialidade e trabalho no território), observa-se que a apropriada implantação da RAPS é um processo complexo e longitudinal, que demanda a avaliação de múltiplos serviços e ações de saúde, que são heterogêneos e complementares.

A análise de rede busca abarcar a o trabalho integrado dos pontos de atenção em saúde para pessoas com transtornos mentais – em consonância com as características do tratamento em saúde mental, considerando que este é pautado pelo acompanhamento do usuário do serviço, em diferentes posições subjetivas ao longo de sua trajetória singular de vida, de modo que a qualidade assistencial está vinculada à existência de atenção em saúde organizada em rede de serviços e ações de saúde, diferente de uma assistência procedimental e centrada em estabelecimentos.

O que é fundamental destacar em relação às práticas é que o CAPSij conta com uma equipe multiprofissional com capacidade técnica para acolher a criança ou o adolescente, para compreender suas demandas e necessidades de cuidado e para desenvolver com ele um projeto terapêutico singular que responda a essas necessidades. Quando a criança ou o adolescente já é atendido previamente no CAPSij, ele já conhece os profissionais que são a sua referência de cuidado e esses profissionais conhecem a história de vida do adolescente, bem como suas necessidades. Isso possibilita um atendimento de muito mais qualidade. O profissional no CAPSij, parte do território do adolescente, está capacitado para escutar com



qualidade de atenção e em uma postura de acolhimento todas as nuances dos aspectos que levam a uma determinada situação, reconhecendo a singularidade da experiência de crise de um adolescente, oferecendo o cuidado mais adequado para aquele adolescente, e inserindo a própria experiência da crise em uma rede de conexões que permitem torná-la compreensível.

Um trabalho importante dos CAPSij é prestar atenção durante a crise. Um atendimento à uma situação de crise, em particular, deve necessariamente considerar o contexto em que a pessoa se insere, o território de vida, as histórias e dos modos de expressão de uma pessoa nas relações com seus amigos, familiares e demais membros da rede social. Os CAPSij III por disporem de leitos tem um papel central nesses cuidados, sendo esses leitos utilizados por um curto período de tempo como recursos para acolhimento integral e integrado em um processo de cuidado das crianças e adolescentes. Isso significa dizer que os leitos podem ser usados para situações de crise, mas também, por exemplo, para prevenir que situações de fragilidade relacional com familiares responsáveis pelo cuidado desencadeiem em rupturas de vínculos. Os CAPSij por meio de suas ações previnem situações de institucionalização de crianças e adolescentes porque acolhem e cuidam desde os primeiros sinais de sofrimento psíquico, sendo esses serviços de extrema importância para o sistema de saúde mental e para a saúde da população.

Assim, o modelo de atenção dos CAPSij compreende que o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes requer do profissional uma postura de acolhimento que considere as necessidades, as relações e as linguagens próprias das crianças e adolescentes. Ainda, requer a aproximação de seus territórios, dos modos como se expressam e de por onde circulam. Por isso os serviços de saúde mental infanto-juvenis têm como uma de suas ações a articulação com outros setores, com destaque para as ações integradas com o sistema educacional e as ações junto aos equipamentos de cultura e lazer da cidade. Nesse sentido, tem como princípios o cuidado intersetorial e a participação dos familiares no cuidado dos adolescentes e no cotidiano dos serviços.

Uma mudança importante introduzida pela política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica é o entendimento de que o cuidado em saúde mental infanto-juvenil não pode ser uma interrupção da vida e das atividades da criança e do adolescente, e nem de seus familiares, sendo necessário para o próprio cuidado a manutenção dos laços sociais e das atividades cotidianas. Outra mudança fundamental se refere à inclusão dos familiares como parceiros do cuidado. Diferentemente de situações de abrigamento, internação e



institucionalização em que os familiares são excluídos da vivência com a criança e com o adolescente e que as decisões são tomadas unilateralmente por uma equipe, os serviços territoriais e substitutivos aos hospitais psiquiátricos incluem os familiares em suas ações e práticas. Isso é ainda mais relevante no caso de atenção a crianças e adolescentes, estando os familiares presentes no cotidiano dos CAPS infanto-juvenis.

2.3 COMENTÁRIOS SOBRE O MÉTODO DE TRABALHO DOS CERS E DOS CAPS

A partir das definições e sentidos do Sistema Único de Saúde em suas redes de Saúde citados, a primeira questão importante a ser destacada é que o seu cuidado a pessoas com transtorno do espectro do autismo precisa abranger uma diversidade de serviços de amplo acesso e não exclusivos para esse público. Esta diretriz se coloca no sentido de propiciar convivência, inclusão e participação social e, também, pelo entendimento de que as diversas estratégias de promoção do direito à saúde não podem estar reduzidas a um diagnóstico – daí os serviços incluírem de maneira ampla as pessoas com deficiência e as pessoas com problemas de saúde mental. Para dizer de maneira objetiva, uma com transtorno do espectro do autismo é, antes de tudo, uma *pessoa* e não um *transtorno*, até porque a redução da pessoa a um transtorno – o autismo – é estigmatizante.

Sobre isso, vale assinalar que, recentemente, a *Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health*³², vinculada ao *The Lancet* e composta por 50 colaboradores de diversos países, analisou evidências sobre o impacto do estigma, avaliando a experiência de pessoas com problemas de saúde mental em mais de 40 países. Esta comissão conclui que o estigma é uma das principais barreiras para o acesso ao conjunto de direitos sociais, econômicos e culturais das pessoas acometidas de transtorno mental.

A partir do olhar estratégico da reabilitação – seja entendida como reabilitação intelectual, seja como reabilitação psicossocial – a pessoa é necessariamente vista a partir da integralidade de suas necessidades, devendo os serviços responderem às demandas das pessoas de maneira integral. Note-se que essa perspectiva está de acordo com o disposto na

³² Disponível em: <https://www.thelancet.com/commission/stigma-and-discrimination-in-mental-health>



Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, sendo definida em seu Art.2º que:

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

- I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;
- II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;
- III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

Nessa perspectiva, tem centralidade no cuidado a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com o desenvolvimento de percursos de cuidado que não se limitem ao uso de uma técnica específica, mas abrangem uma multiplicidade de atividades e estratégias de reabilitação. Isto está expresso como diretriz de ambas as redes de saúde e serviços citados. Inclusive, cabe observar que o direito das pessoas com transtorno do espectro do autismo afirma o direito a atenção integral, não especificando acesso a técnicas específicas

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

Ademais, tendo em vista a busca pela garantia dos direitos das pessoas de convivência, inclusão e participação social, um elemento central no desenvolvimento dessas atividades e estratégias de reabilitação é o desenvolvimento do trabalho em rede e de base comunitária, em que:

o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das relações e dos cenários nos quais se dá na vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças



concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (p. 26)³³.

2.4 APONTAMENTOS SOBRE O DISPOSTO EM NOTAS TÉCNICAS

No âmbito do Sistema de Justiça, há um conjunto de Notas Técnicas que evidenciam as diretrizes de atenção a pessoas com transtorno do espectro do autismo acima afirmadas, havendo entendimento pela não obrigatoriedade do SUS – e também de planos de saúde – de arcar com abordagens, intervenções ou métodos específicos, como o ABA.

Acerca disso, na Nota Técnica 68925, tramitando na Justiça Federal na Vara/Serventia: Juízo Substituto da 1ª Vara Federal de Santo Ângelo consta que:

Os estudos que avaliaram a eficácia dessa forma de tratamento são de baixa ou muito baixa qualidade metodológica, estando sujeitos a inúmeros vieses, o que impossibilita sustentar a sua eficácia. Ademais, o comparador desses estudos foi tratamento usual em escola da rede pública ou orientação dos pais, de maneira que não é possível estabelecer a superioridade do método ABA em relação a outras abordagens psicopedagógicas, como as terapias já oferecidas por nosso sistema de saúde. Mesmo que existisse evidência de superioridade, a ausência de regulamentação e certificação em nosso país não garante a adequada aplicação desse método³⁴.

Na mesma linha, a Nota Técnica 984, na Esfera Federal na 5ª Vara Federal de Porto Alegre, assinala acerca do ABA que:

Ademais, o comparador desses estudos foi tratamento usual em escola da rede pública ou orientação dos pais, de maneira que não é possível estabelecer a superioridade do método ABA em relação a outras abordagens psicopedagógicas, como as terapias já oferecidas por nosso sistema de saúde. Mesmo que existisse evidência de superioridade, a ausência de regulamentação e certificação em nosso país não garante a adequada aplicação desse método³⁵.

³³ Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

³⁴ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nt:68925:1648052058:818eb5b99d46265518ad30df333591c0e15cda861cbcac5e7a40a8baf6f4b27#:~:text=Faz%20parte%20das%20interven%C3%A7%C3%B5es%20comportamentais,%C3%A1reas%20de%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20autocuidado.>

³⁵ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nt:984:1589899620:32e9dbaffd757f6a5112f967e2279c5010e4a01937b302b67b590d671a6d60fd>



Nesse mesmo sentido, as Notas Técnicas 133, 135 e 48120 (anexadas no SEI: 20.22.0001.0047783.2021-78), reforçam o sentido estratégico do desenvolvimento de PTS a partir dos serviços das RCPD e RAPS e da atenção baseada em perspectiva multidisciplinar por profissionais variados, incluindo psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros, conforme regulamentação de cada um dos serviços. Ainda, as referidas Notas Técnicas reforçam que não se faz necessário a imposição de um método específico, sem regulamentação específica no país, como o ABA.

2.5 CONCLUSÃO SOBRE O QUESTIONAMENTO SOBRE SE É OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO OFERTAR ABA

Diante do exposto, conclui-se que não há previsão pelas políticas públicas, nem pelas normativas vigentes de ser ofertada a abordagem ABA em serviços da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção Psicossocial. Portanto, não há obrigação dos Municípios em ofertarem especificamente ABA no âmbito da rede de saúde.

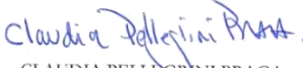
Acrescente-se que diversas outras linhas de cuidado e métodos existem no campo da saúde para uma diversidade de pessoas e suas necessidades – abordagens que vão de intervenções psicanalíticas, à Integração Sensorial, de método Bobath à método de Tratamento e Educação para Crianças com Autismo ou Desordem Relacionadas à Comunicação, da prática do Acompanhamento Terapêutico à abordagem ABA, entre tantos outros métodos, técnicas e abordagens. Muitas dessas abordagens são técnicas que demandam formação especializada e, muito frequentemente, realizada no âmbito da educação privada com custos arcados pelo profissional que, por razões pessoais, a escolhe fazer. Não cabe a exigência no âmbito das políticas públicas de oferta de técnicas específicas, mas sim a garantia do disposto em diretrizes como método de trabalho. Tampouco cabe a exigência de profissionais com formações não previstas no SUS e nas normativas que regulamentam os serviços.



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Informação Técnica conclui que não é obrigação dos Municípios ofertar o método ABA nos serviços da rede de saúde do SUS. Conclui, também, que em relação à obrigação dos planos de saúde, é preciso observar o disposto como direito do consumidor e a Lei nº 14.454/22.

Por fim, tendo como horizonte a necessidade de ampliação da quantidade e da qualidade de serviços de saúde voltados para pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com transtorno do espectro do autismo, entende-se que é fundamental a expansão significativa de serviços do tipo CER da RCPD e de serviços do tipo CAPS da RAPS.


CLAUDIA PELLEGRINI BRAGA
Técnico Pericial-GATE-Núcleo de Políticas Públicas
Matr.: 8588


MOEMA BELLONI SCHMIDT
Técnico Pericial - GATE - Núcleo Políticas Públicas
Matr.: 8470