

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

THAMYRES SILVERIO FIGUEIREDO

DIREITOS DA POPULAÇÃO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
ARTICULAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SANTOS

2022

THAMYRES SILVERIO FIGUEIREDO

**DIREITOS DA POPULAÇÃO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
ARTICULAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Santa Cecília, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Direito da Saúde – Dimensões individuais e coletivas.
Orientadora: Profa. Dra. Amélia Cohn.

SANTOS

2022

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Intersetorialidade. Clínica-Escola do Autista. Sistema Único de Saúde. Transtorno do Espectro Autista. Políticas Públicas.

616.85882 FIGUEIREDO, Thamyres Silverio.
F493d Direitos da população com Transtorno do Espectro
Autista: Articulação da rede intersetorial no Sistema
Único de Saúde / Thamyres Silverio Figueiredo.
2022.
84 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Amelia Cohn.

Dissertação (Mestrado)-- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da
Saúde, Dimensões Individuais e Coletivas, Santos,
SP, 2022.

1. Intersetorialidade. 2. Clínica-Escola do Autista.
2. Sistema Único de Saúde. 4. Transtorno do Espectro
Autista. 5. Políticas Públicas. I. Cohn, Amelia. II.
Direitos da população com Transtorno do Espectro
Autista: Articulação da rede intersetorial no Sistema
Único de Saúde

**DIREITOS DA POPULAÇÃO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:
ARTICULAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada a Universidade Santa Cecília, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Direito da Saúde – Dimensões individuais e coletivas.
Orientadora: Profa. Dra. Amélia Cohn.

Santos, 19 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Amélia Cohn

Orientador

Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Examinadora

Prof^a. Dra. Denyse Moreira Guedes

Examinadora

Data de Defesa:

Resultado:

AGRADECIMENTOS

Conquistar o título de “Mestre” é um sonho de todo acadêmico que seja apaixonado por ciência, pesquisa e docência.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ter iluminado o meu caminho, a minha mãe Renata, ao meu padrasto Haroldo e meu irmão Nicholas. A toda minha família, que apesar de todas as turbulências que passamos juntos no último ano, acreditaram e vibraram pela realização do meu grande sonho, em especial ao meu avô Waldir e meu tio Flavio, que faleceram em 2021 em decorrência da COVID-19, por isso, infelizmente, não estão presentes neste momento emocionante de conquista profissional, mas eu sei o quanto ficaram orgulhosos quando ingressei no mestrado, apoiavam e acreditavam nas minhas escolhas, sem dúvidas estão vibrando positivamente em outro plano, ao lado do meu querido pai.

Agradeço a minha orientadora Professora Doutora Amélia Cohn, por todo apoio e paciência ao longo da elaboração do meu projeto final. Também gostaria de deixar um agradecimento especial a instituição acadêmica Universidade Santa Cecília, por possibilitar a execução deste trabalho. Aos meus colegas de trabalho e parceiros de estudo, por toda ajuda e apoio durante este período tão importante da minha formação.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização da minha pesquisa, especialmente a todas as pessoas com Transtorno do Espectro Autista, que tive o privilégio de conhecer e atender, observando as especificidades de cada caso, e considerando tal fato para a elaboração de um trabalho mais aproximado com a realidade de milhões de brasileiros usuários do SUS.

A USC Saúde e ao Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento - CREN (Clínica Escola do Autista de Santos-SP), que acreditaram e validaram o meu projeto, oferecendo todos os subsídios e recursos necessários para a realização da minha formação acadêmica.

Por fim, e não menos importante, é claro, meu agradecimento a todos os profissionais atuantes na atenção especializada ao TEA do SUS, notadamente a equipe do CREN, da qual faço parte como diretora institucional, que executam o trabalho diariamente, efetivando e viabilizando políticas públicas em saúde, as quais acredito serem essenciais para nossa sociedade!

“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

FIGUEIREDO, T. S. Direitos da população com Transtorno do Espectro Autista: Articulação da rede intersetorial no Sistema Único de Saúde. Orientador(a): Amélia Cohn. 2022. 84 f. **Dissertação** (Mestrado em Direito da Saúde), Universidade Santa Cecília, Santos, 2022.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relacionar a relevância de se adotar políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma rede ampliada e que priorize a intersectorialidade, bem estruturada, para a promoção do direito à saúde no Brasil, principalmente no caso de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Portanto, foram analisados fenômenos que influenciam diretamente para que a referida rede seja eficazmente implementada, como fatores políticos, as evoluções do direito das pessoas com TEA, a dizer pela importância da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), as características do transtorno e o modo de funcionamento de uma rede ampliada, na teoria e na prática, com o intuito de compreender se o projeto é passível de implementação e se é de fato eficaz e inclusivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e bibliográfica, na qual foram utilizados artigos e livros pertinentes à temática, na busca de verificar a articulação intersectorial necessária para a assistência integral desta população e quais políticas públicas são oferecidas. Compreendendo a essencialidade do diagnóstico precoce e de intervenções com terapias complementares, direcionadas a particularidade de cada indivíduo com TEA, é possível refletir a respeito da articulação em rede, seus avanços e desafios, além da análise sobre a implementação de centros especializados em autismo no Brasil, que atuem de forma interdisciplinar, intersectorial, custeados pelo SUS, que ofereçam tratamento direcionado para a população autista, buscando desenvolver e potencializar habilidades, manejar comportamentos inadequados, melhorar prognósticos, além de promover bem-estar, qualidade de vida e autonomia a essas pessoas com deficiência. Como referência, cita-se a Clínica-Escola do Autista de Santos, equipamento referência no cuidado ao autista no Brasil, cem por cento custeado pelo SUS, e que serve como balizador, nesta pesquisa, para a compreensão sobre a efetividade e necessidade de políticas públicas de mesmo modelo no país.

Palavras-Chave: Intersectorialidade. Clínica-Escola do Autista. Sistema Único de Saúde. Transtorno do Espectro Autista. Políticas Públicas.

FIGUEIREDO, T. S. Direitos da população com Transtorno do Espectro Autista: Articulação da rede intersectorial no Sistema Único de Saúde. Orientador(a): Amelia Cohn. 2022. 84 f. **Dissertação** (Mestrado em Direito da Saúde), Universidade Santa Cecília, Santos, 2022.

ABSTRACT

The present work aims to relate the relevance of adopting public policies within the scope of the Unified Health System (SUS), as an expanded network that prioritizes intersectoriality, well structured, for the promotion of the right to health in Brazil, mainly in the case of people with Autistic Spectrum Disorder (ASD). Therefore, phenomena that directly influence the said network to be effectively implemented were analyzed, such as political factors, the evolution of the right of people with ASD, to say the importance of Law nº 12.764, of December 27, 2012 (Berenice Piana Law) , the characteristics of the disorder and the way an expanded network works, in theory and in practice, with the aim of understanding whether the project can be implemented and whether it is in fact effective and inclusive. This is a qualitative, exploratory and bibliographical research, in which articles and books relevant to the theme were used, seeking to verify the intersectoral articulation necessary for the integral assistance of this population and which public policies are offered. Understanding the essentiality of early diagnosis and interventions with complementary therapies, directed to the particularity of each individual with ASD, it is possible to reflect on the networking, its advances and challenges, in addition to analyzing the implementation of centers specialized in autism in Brazil , which act in an interdisciplinary, intersectoral manner, funded by the SUS, which offer targeted treatment for the autistic population, seeking to develop and enhance skills, manage inappropriate behavior, improve prognosis, in addition to promoting well-being, quality of life and autonomy for these people with disabilities. As a reference, we mention the Clínica-Escola do Autista de Santos, a reference equipment in the care of autistic people in Brazil, one hundred percent funded by the SUS, and which serves as a beacon, in this research, for understanding the effectiveness and need for public policies of the same model in the country.

Keywords: Intersectoriality. Autistic School Clinic. Health Unic System. Autism Spectrum Disorder. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Sinais de Alerta TEA (2 a 6 meses).....	35
Figura 2. Sinais de Alerta TEA (9 a 15 meses).....	36
Figura 3. Sinais de Alerta TEA (18 a 36 meses).....	37
Figura 4. Normatizações de referência para a organização do cuidado.	45
Figura 5. Normatizações de referência para a organização do cuidado.	46
Figura 6. Normatizações de referência para a organização do cuidado.	47
Figura 7. Articulações e Itinerários na Rede Ampliada.....	65
Figura 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.....	67

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABA	Análise do Comportamento Aplicada
ABS	Atenção Básica em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial e Infanto-Juvenil
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CREN	Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCSPD	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	16
1.1 Políticas Públicas e os Direitos das Pessoas com Deficiência	16
1.2 Saúde como Direito Fundamental e o Sistema Único de Saúde	20
1.2.1 Direitos fundamentais das pessoas autistas e o SUS	24
1.2.2 A Contrarreforma da Saúde Mental e indivíduos com TEA.....	30
2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	34
2.1. Características do autismo	34
2.2. Lei Berenice Piana e as diretrizes para o cuidado no TEA	41
3. INTERSETORIALIDADE DO SUS NA ATENÇÃO À PESSOA AUTISTA	49
3.1. Projeto Terapêutico Singular (PTS)	49
3.2. Intervenções interdisciplinares especializadas e recomendadas no cuidado integral do autismo.....	51
3.3. Organização em rede do cuidado em saúde	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	76

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se refere a um distúrbio do neurodesenvolvimento, que influencia diretamente no desenvolvimento em termos de comunicação, socialização, coordenação motora e comportamento do indivíduo (PARANÁ, s.d.). Em 2022, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas estejam dentro do espectro autista (MARQUES, 2022), o que reforça o debate e a necessidade de tomada de ações em termos de cuidado com essa população.

Um dos principais desafios enfrentados por autistas e seus familiares é a qualidade no diagnóstico precoce, no tratamento e no acompanhamento, chamando atenção para a fundamentalidade de políticas públicas e unidades de saúde para a organização do atendimento destas pessoas.

Sob este âmbito, o Estado emerge como importante ator na implementação de políticas públicas cabíveis às pessoas com TEA, adotando ações que contemplem as diferentes comorbidades e particularidades presentes em todo o espectro (BORGES; COSTA, 2019), assim como que promova a inclusão destes indivíduos em todos os setores da sociedade – educação, acesso à saúde e ao mercado de trabalho, por exemplo.

Acredita-se que a abordagem interdisciplinar de atendimento possa resultar em novas propostas de ação e intervenção que vão além das fronteiras impostas pelas especialidades (D'ANTINO, 2008). Segundo Vilhena et al. (2008), o diagnóstico interdisciplinar é necessário na identificação de muitas condições do desenvolvimento dos indivíduos que demandem cuidado integral às suas necessidades de saúde.

No Brasil, historicamente, nota-se o desenvolvimento de importantes documentos e leis, produzidos em graus distintos de gestão em nível doméstico, a citar o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a Lei 12.764/2012 - conhecida como Lei Berenice Piana – e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que visam garantir justamente essa abordagem interdisciplinar, um atendimento mais justo e qualificado, assim como a proteção dos direitos e da inclusão de autistas.

O desenvolvimento de tais documentos demonstra que, por determinado período, o governo brasileiro se preocupou em exercer o seu papel de representante

maior do povo e direcionou suas ações a conquistar melhorias para populações até então permeadas por discriminação e preconceito.

Apesar disso, atualmente, o que se observa é um novo desmantelamento de aparatos públicos que sustentam a base destes projetos, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e as próprias elaborações de políticas públicas, principalmente a partir dos dois últimos governos. Por meio de uma política de *laissez-faire*, aliada a projetos mercantis de incentivo ao mercado privado de planos de saúde, como o Open Health e a lei que desobriga as operadoras de planos de saúde de arcar com tratamentos que não se encontrem no portfólio da Agência Nacional de Saúde (ANS) (STJ, 2022), a população autista se encontra cada vez mais distanciada da realidade inclusiva e justa pela qual lutou tanto ativistas e mães, como Berenice Piana.

Em que pese ainda vivenciar diversas dificuldades para seu funcionamento efetivo, para além de questões de privatização e desmantelamento, o SUS é um dos principais sistemas de saúde do mundo e, por se pautar por princípios como o de integralidade, universalidade, descentralização, equidade e participação social, é acessível à toda população brasileira, sendo composto por tratamentos e serviços na área de saúde de diferentes níveis de complexidade (KRUGER, 2020).

No que tange a pessoas com TEA, o SUS é responsável ainda por articular uma complexa e eficaz rede de atenção e cuidado, composta por equipes multidisciplinares, atendimento direcionado às necessidades de cada indivíduo e tratamentos específicos, muitas vezes não encontrados em redes privadas de saúde e, quando identificados, são financeiramente inacessíveis para grande parte da população, o que reflete ainda mais o processo de mercantilização da saúde.

Além de contar com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o SUS conta com uma importante Rede de Atenção Psicossocial, responsável pela articulação de ações direcionadas ao cuidado de pessoas com TEA e seus familiares (BRASIL, 2015). Entretanto, o ponto de maior destaque no presente artigo é a capacidade de organização de uma Rede ainda maior, capaz de interligar e articular diferentes setores e políticas do cotidiano destes indivíduos, a fim de promover aparatos suficientes que contribua para o desenvolvimento de habilidades, a redução de obstáculos para a inclusão e a promoção da autonomia a estes.

Não obstante, ainda sob o âmbito do SUS, é fundamental mencionar ainda a essencialidade de Clínicas-Escola do Autista no Brasil, em especial a unidade de Santos - Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento, que

ênfatisam o compromisso do sistema enquanto maior promotor do direito à saúde no país. Aliado ao conceito de Rede Ampliada, proposto pelo Ministério da Saúde, objetiva-se garantir que os indivíduos com TEA tenham cada vez mais acesso à diferentes especialidades de tratamento, como a musicoterapia, a neuropsicopedagogia e a hidroterapia, terapias não tão observadas no cronograma de tratamentos por clínicas do Brasil.

Neste sentido, o presente trabalho visa, principalmente, relacionar a importância de uma Rede Ampliada bem estruturada para o direito à saúde para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Para isto, utilizar-se-á de uma pesquisa de natureza qualitativa, ao buscar as formas com as quais a rede ampliada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, possibilita que haja a promoção da saúde no Brasil.

Além disso, serão estudados ainda fenômenos que influenciam diretamente no funcionamento tanto da rede e do sistema, quanto de suas propostas, como o histórico de atuação governamental, a adoção de políticas públicas, as conquistas de direito da população com TEA e, propriamente, as características que circundam os diferentes níveis no espectro autista – que, certamente, direcionam as políticas públicas e protocolos a se especializarem cada vez mais na realidade destas pessoas.

Esta pesquisa foi realizada, ainda, a partir da perspectiva metodológica de base exploratória. Segundo Gil (2010), esse tipo de pesquisa tem propósito de aproximar o explorador do problema, permitindo que ele se familiarize com os conceitos acerca deste tema, auxiliando-o no aprimoramento de ideias e tornando possível a formulação de hipóteses mais precisas. Além disso, permite relativa flexibilidade na compreensão do objeto, pois considera todos os diferentes aspectos diante do fenômeno pesquisado. Para que esta pesquisa fosse desenvolvida de forma satisfatória, foi utilizado levantamento bibliográfico, a partir de artigos científicos, dissertações, livros que abordam temas atinentes a este assunto, entre outros, para que se pudesse analisar melhor o fenômeno em sua totalidade dentro de seu contexto original.

Para Gil (2010), o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica é baseado em materiais já publicados como revistas, artigos, livros, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Essa modalidade de pesquisa requer, além dos materiais já citados, discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela Internet, utilizados como instrumentos de pesquisa.

Este método permite ainda que se possa analisar o fenômeno de forma mais aprofundada, possibilitando acesso a muitos detalhes sobre o assunto. A pesquisa bibliográfica permite que o pesquisador tenha acesso a uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem é importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2010).

A partir dos dados colhidos sobre direito da população autista e atendimento intersetorial e interdisciplinar no SUS, torna-se possível compreender e verificar a eficácia da intervenção como garantia de efetividade das políticas públicas no Brasil.

O respectivo trabalho foi elaborado a partir das vivências e observações da autora como Diretora Institucional do Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento (Clínica Escola do Autista de Santos), que é pioneiro no país, o primeiro equipamento cem por cento SUS do Brasil, a realizar atendimento a população autista de todas as idades, através da ciência da Análise do Comportamento Aplicada (ABA). A partir da perspectiva sobre as articulações da rede de saúde do município de Santos no estado de São Paulo, foi possível relacionar e constatar as propostas do Ministério da Saúde e da Lei Berenice Piana, com a viabilização da atenção especializada na prática.

1. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

1.1 Políticas Públicas e os Direitos das Pessoas com Deficiência

Borges e Costa (2019) apresentam o conceito de política pública, pautado em Di Giovanni (2009), como sendo uma maneira de se exercer poder em sociedades democráticas na contemporaneidade. Portanto, trata-se de uma intrínseca relação entre o Estado e a sociedade civil. Os autores ainda enfatizam que o termo “política pública” é, de fato, uma ação pública, envolvendo decisões e direcionamentos sob o escopo de autoridades do poder público.

Além desta definição, tem-se ainda a exposta por Souza (2006), compreendendo que a política pública contempla tanto analisar ações e colocá-las em prática, como também se encarrega de elaborar propostas orientadas a mudanças destas ações. A terminologia que direcionará o entendimento no presente texto, se dará com base no trabalho de Borges e Costa (2019), que unem a definição de Souza com a de Dye, sendo a política pública, para este, medidas que os governos escolhem colocar em prática ou não (BORGES; COSTA, 2019).

Quando se relaciona políticas públicas às pessoas com deficiência, pode-se entender que estas ações são “essencialmente estruturais, segmentais e redistributivas” (BORGES; COSTA, 2019). Importante mencionar que o Estado pode ser orientado por meio de cinco abordagens primordiais para a elaboração e implementação de políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência: “o modelo de política negativa, o modelo de política do *laissez-faire*, a abordagem fragmentada à formulação de políticas, o modelo de política máxima e o modelo de política social ou baseada em direitos” (BORGES; COSTA, 2019).

É interessante observar que há uma evolução entre os modelos, partindo, em um primeiro momento, de um modelo no qual as pessoas com deficiência sofrem inclusive atos violentos, a um modelo no qual estes indivíduos possuem realmente a sua garantia de cidadania, sem discriminações. Neste momento, cabe, portanto, compreender mais a fundo estes modelos para que, em seguida, as ações do governo brasileiro sejam analisadas com maior assertividade.

No primeiro modelo, *política negativa*, as políticas públicas elaboradas pelos Estados são direcionadas a ignorar as dificuldades e problemáticas enfrentadas pelas pessoas com deficiência, principalmente quando relacionadas à incapacidade,

institucionalização e questões discriminatórias. Neste modelo, como o próprio nome expõe, o governo adota uma postura negativa, perpetrando até mesmo ações violentas e traumáticas a estes indivíduos (BORGES; COSTA, 2019).

O segundo modelo, *política do laissez-faire*, apesar de seguir na lógica de uma postura desfavorável e conservadora na tomada de medidas em prol das pessoas com deficiência, possui uma participação mínima do Estado para a resolução de problemáticas que no modelo anterior seriam, em sua totalidade, ignoradas e respondidas com postura tendenciada à violência (BORGES; COSTA, 2019).

Já no terceiro modelo, *abordagem fragmentada à formulação de políticas*, pode-se observar um ponto de inflexão, uma vez que é, a partir deste, que o Estado inicia o reconhecimento sobre a ineficiência de instituições que problematizam a inclusão de pessoas com deficiência. Neste, a deficiência é encarada como uma questão individual e medicalizada, sem relação direta com a construção da sociedade. Cabe ao Estado, portanto, uma resposta fragmentada, na qual se observa uma ausência de articulação entre as diferentes áreas e setores do governo para implementar políticas públicas que “cuidem” genuinamente das pessoas com deficiência (BORGES; COSTA, 2019).

No quarto modelo, *política máxima*, o Estado, além de reconhecer, procura implementar políticas públicas integradas, com base em “desvantagens” de incapacidade intelectual e, conseqüentemente, de inclusão, provenientes da deficiência. Entretanto, o foco continua a ser na questão individual destes indivíduos, sem associar as problemáticas ao processo discriminatório civil. Cabe ao Estado oferecer uma rede de serviços meramente paliativos (BORGES; COSTA, 2019).

Por fim, no último modelo, *política social ou baseada em direitos*, a deficiência é entendida como uma questão social, em que o ambiente externo fora construído por “uma população essencialmente sem deficiência” e, em decorrência disso, a sociedade deve ser reconstruída e moldada para que todos, sem exceção, sejam incluídos. Compreende-se que somente neste modelo, em que as legislações são construídas a partir de reivindicações de pessoas com deficiências, é que estes indivíduos terão o seu direito real à cidadania garantido (BORGES; COSTA, 2019).

De acordo com o artigo 1o, § 3o, da Emenda Constitucional No. 45, de 30 de dezembro de 2004, os tratados e as convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois

turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais (BRASIL, 2004).

Neste sentido, no ano de 2009, foi promulgada, após ter sido ratificada como equivalente a uma emenda constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o seu protocolo facultativo, instrumento que vem sendo reconhecido no cenário internacional como um marco de significativo avanço no campo ético e legal, que favorece a possibilidade de se passar do discurso para a mudança das práticas.

A Convenção, em seu artigo 1º (BRASIL, 2009), afirma que:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Na construção da referida Convenção, a participação de movimentos internacionais organizados do campo da saúde mental garantiu a inclusão desta população sob a terminologia, embora controversa, de *deficiência mental* e demarcou no documento que nenhuma condição ou diagnóstico pode justificar a perda da liberdade.

Com base no escopo da Saúde Mental, à luz da supramencionada Convenção, foi elaborado, em 2012, o projeto *QualityRights*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem a finalidade de melhorar as condições de qualidade nos serviços de saúde mental em articulação com o movimento da sociedade civil (BRASIL, 2015).

O *QualityRights* propõe a inseparabilidade entre qualidade de serviços e a garantia e a promoção de direitos, com vistas (BRASIL, 2015):

- à introdução dos conceitos de direitos humanos como base para todas as ações desenvolvidas;
- a aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental;
- a capacitar usuários, familiares e os profissionais de saúde para entender e promover os direitos humanos neste segmento;
- a desenvolver movimentos da sociedade civil e dos usuários para prestar apoio mútuo e realizar e influenciar as decisões políticas em sintonia com as diretrizes internacionais para o tema; e
- a contribuir e difundir experiências de boas práticas e normas nacionais e internacionais de direitos humanos.

O referido projeto, implantado no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, é elaborado da perspectiva dos direitos humanos, incluindo preocupações relativas às condições de vida, ao tratamento e aos cuidados da saúde física e mental, além das formas com as quais os usuários dos serviços são tratados pelos profissionais. Ademais, dispõe de um conjunto de ferramentas para a avaliação e a qualificação da rede de cuidados e tem o apoio da OMS para a sua implantação (BRASIL, 2015).

A partir do governo Michel Temer (2016-2018), como pode ser observado pelos dados apresentados sobre o “Programa Viver sem Limites”, configurou-se o início da política do *laissez-faire* (BORGES; COSTA, 2019), de diversas formas, sendo continuada e consolidada no governo Jair Bolsonaro (2019-atualidade), uma vez que são adotadas medidas mínimas pelo Estado, e que compreendem a deficiência enquanto uma questão desvinculada da sociedade na implementação de políticas públicas para pessoas com deficiência.

É plausível pensar que o Estado tem utilizado a revisão do indicador de pessoas com deficiência utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo em 2010, como um dos artifícios para justificar a abrupta redução das políticas públicas na área. O novo cálculo do indicador, apresentado em 2018 pelo IBGE, segundo estudiosos do tema, maquiou um grande percentual de pessoas com deficiência, abstraindo, do censo de 2010, aqueles indivíduos que afirmaram ter “alguma dificuldade” visual, auditiva ou física, mesmo com a utilização de próteses ou equipamentos auxiliares (BORGES; COSTA, 2019).

Essa revisão é, no mínimo, um contrassenso, tendo em conta que grande parte das pessoas com deficiência mental/intelectual não foram contabilizadas em 2010, por exemplo, os autistas. Uma revisão coerente empregando o modelo biopsicossocial, tenderia a incrementar o percentual de pessoas com deficiência na população brasileira, o que, em tese, pressionaria a construção e implementação de ações estatais voltadas a esse público. Então, a redução, de forma artificial, do número de pessoas com deficiência, deturpando o conceito legal de pessoa com deficiência, pode ser interpretada como constituindo uma cortina de fumaça para o descaso do governo para com as pessoas com deficiência no país, o que revela por si só configurar uma política pública às avessas.

1.2 Saúde como Direito Fundamental e o Sistema Único de Saúde

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 à 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).

Este direito se materializa na Lei no 8.080/1990, que – especialmente em seu artigo 3º – reconhece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Os direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988 são conquistas sociais até então jamais vistas e aplicadas à sociedade brasileira na sua história.

Barroso (2016) afirma que a dignidade da pessoa humana é um dos princípios mais importantes para a humanidade, não fazendo distinção de raça, etnia, cultura e condições sociais do ser humano. Assim, o referido jurista disserta, *in verbis*:

A dignidade humana, como atualmente compreendida, se assenta sobre o pressuposto de que cada ser humano possui um valor intrínseco e desfruta de uma posição especial no universo. Diversas religiões, teorias e concepções filosóficas buscam justificar essa visão metafísica. O longo desenvolvimento da compreensão contemporânea de dignidade humana se iniciou com o pensamento clássico e tem como marcos a tradição judaico-cristã, o Iluminismo e o período imediatamente posterior ao fim da Segunda Guerra Mundial. Sob uma perspectiva religiosa, o monoteísmo hebraico tem sido considerado como o ponto inicial: a unidade da raça humana é o corolário natural da unidade divina (BARROSO, 2016, p.14-15).

A compreensão de que cada sujeito tem sua história, suas potencialidades e dificuldades demonstra que a experiência de cada um, diante das situações adversas, será vivenciada de maneira singular. Da mesma forma, isso acontece, por exemplo, em relação à vivência de diferentes pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).

O Sistema Único de Saúde (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 obedecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à promoção justiça social (BRASIL, 1990).

Observa-se que, ao longo dos anos, o SUS no caso brasileiro, bem como dos sistemas universais vigentes em outros países, tem desempenhado papel essencial na atenção às necessidades da população, bem como no incentivo do desenvolvimento tecnológico, científico e, conseqüentemente, econômico nos países que o adotam (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

O SUS é considerado um sistema hierarquizado em sua atuação interna, sendo os diferentes níveis de complexidade determinados de acordo com as exigências de cada operação. Assim, no nível primário, encontram-se as Unidades Básicas de Saúde, as “portas de entrada para o Sistema”; no nível secundário, estão os serviços médicos especializados, incluindo procedimentos de urgência, emergência, diagnóstico e terapêutico; e, no setor terciário, os procedimentos com custos mais altos, assim como complexidade e tecnologias mais avançadas (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017).

Ademais, o sistema se organiza com base nas diretrizes de descentralização, regionalização e controle social. Assim, propõe-se que os serviços de saúde estejam dispostos no território ambientado pelos cidadãos brasileiros, respeitando a identificação de especificidades loco regionais, e que todos possam participar ativamente da construção e qualificação desse sistema. Reforça-se que o sistema é pautado pela universalidade, abrangendo ações de diferentes complexidades para fornecer serviços cabíveis às diferentes necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

Cohn e Elias (2003) apontam características do sistema de saúde brasileiro herdado do período anterior à Constituição de 1988, que apontam para um SUS, então recém criado, com traços que ao longo de seus 32 anos tiveram que ser enfrentadas: 1) acentuadamente privatizado, enfatizando que 70% dos serviços de saúde prestados pelo Estado, são produzidos pelo setor privado; 2) crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, pois, segundo especialistas, 80% dos problemas de saúde da população seriam passíveis de serem

resolvidos pela atenção básica; não obstante, a rede de infraestrutura dos serviços é complexa, contando com a necessidade da presença de serviços com alta densidade tecnológica, integrados e hierarquizados de acordo com a sua complexidade tecnológica e distribuídos de forma altamente desigual pelo território brasileiro; 3) com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado, destinando-se ainda a cuidados coletivos como competência predominante da Saúde Pública e cuidados individuais, mais rentáveis e lucrativos, como competência predominante do setor privado; 4) profundamente discriminatório e injusto, onde o sistema de saúde acaba selecionando a clientela atendida, por cada tipo de instituição, que não se relaciona diretamente com a qualidade do ato médico em si, mas sim pela presteza do atendimento; e por fim, 5) com acentuadas distorções na sua forma de financiamento, onde grande parte do volume de atendimentos ainda fica sob responsabilidade da Previdência Social, o que distancia a saúde constituída como um direito do cidadão e exime o Estado de grande parte da responsabilidade do ônus financeiro de investir na saúde.

De fato, quando se pontua sobre a universalização, problemas com financiamento por parte do Estado e a ameaça do mercado privado sobre o SUS, pode-se afirmar que estas são dificuldades enfrentadas pelo sistema até os dias atuais. Compreende-se que existem três potenciais ameaças: a) a Judicialização da Saúde; b) o teto de gastos; e, c) a implementação efetiva do sistema (UNIFESP, 2021).

Especificamente sobre o teto de gastos, é necessário comentar que este é decorrente de uma política de redução orçamentária. Em que pese o orçamento direcionado ao sistema tenha aumentado nos últimos anos, estima-se que o gasto público com saúde em 2019 tenha sido de R\$ 3,68 reais, por habitante e por dia – um valor extremamente baixo dada a necessidade de implementar uma saúde de qualidade, com equipamentos suficientes, equipes multidisciplinares e soluções tecnológicas, e o não acompanhamento do afrouxamento dos gastos frente as variações inflacionárias (UNIFESP, 2021).

Apesar dos desafios, é imprescindível afirmar que, ao longo de seus 32 anos, o SUS acumulou diversas conquistas. Anteriormente, sob os cuidados do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social, somente tinham direito à serviços simples, como consultas, exames e cirurgias, empregados de carteira assinada e que contribuíam para a Previdência (UNIFESP, 2021).

O SUS surgiu, portanto, não somente como um instrumento de promoção, como também uma ponte para a redução das desigualdades de acesso a saúde. Como algumas das grandes conquistas do sistema, pode-se citar: a) os programas de vacinação, que contribuíram para conter uma das piores crises sanitárias do mundo, a pandemia do COVID-19, assim como foi ação principal para erradicar a poliomielite, reduzir a incidência de outras doenças como sarampo e, conseqüentemente, reduzir a taxa de mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2019); b) acesso à toda a população, contando com programas direcionados às diferentes necessidades, seja de conscientização, seja de cuidado, tratamentos ou de serviços básicos e complexos; c) efetua parceria com outras instituições, à exemplo das Universidades Públicas, com foco no desenvolvimento tecnológico para produtos, equipamentos, sistemas organizacionais e protocolos assistenciais (UNIFESP, 2021). Estas são algumas das diversas conquistas alcançadas pelo SUS e sua busca por um sistema sanitário que conte com um atendimento cada vez mais especializado e direcionado às necessidades do paciente, qualificado, integral e coletivo.

Em um sistema de saúde, a assistência integral aos indivíduos é configurada como um procedimento de cuidado e coordenado de modo coletivo. Isto envolve a garantia de que os indivíduos tenham os cuidados necessários de acordo com os seus contextos, seja familiar, social ou cultural, e coloca o paciente como centro das estratégias de saúde de um país (LAÇOS DE SAÚDE, s.d.).

Tal explicação relaciona-se diretamente com um dos princípios básicos do SUS: a integralidade. Assim, é de responsabilidade primeira do sistema garantir a integração de ações, capazes de proporcionar a promoção de saúde, de modo a atender as necessidades da população. Para isso, compreende-se sobre a importância central de se articular a saúde com outras frentes de saúde pública, com o intuito de impactar na saúde e ocasionar melhorias na vida dos indivíduos (BRASIL, s.d.).

Com a emergência da pandemia do COVID-19, em 2020, o sistema de saúde brasileiro se viu exposto à importância da assistência integral para a manutenção da qualidade de vida da população. Isto porque, em que pesem os sintomas primários ocasionados pela infecção do coronavírus centralizarem em problemas respiratórios, a doença desencadeia sequelas posteriores em termos neurológicos, cardíacos e psicológicos. Nesse sentido, uma assistência integral é essencial para que as pessoas

diagnosticadas recebam o tratamento necessário para a melhora e reabilitação (BRASIL, 2022).

À exemplo disso, em 2022, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou uma proposta que assegure, por meio do SUS, a assistência integral, de maneira que o sistema determine protocolos e diretrizes clínicas, assegure a formação de equipes multidisciplinares, disponibilize oportunidade de diagnóstico, promova estudos sobre a doença e formas de combate, bem como implemente centros de referência contra a COVID de vida longa – nome dado para a doença em estágio de consequências para além dos sintomas comuns (BRASIL, 2022).

1.2.1 Direitos fundamentais das pessoas autistas e o SUS

Referente aos cuidados das pessoas autistas, não seria diferente, uma vez que, passados mais de 30 anos, percebe-se que os debates devem apontar os caminhos necessários para o planejamento de políticas que superem os desafios atuais e futuros, mas que assegurem o direito social do cidadão ao acesso universal à saúde. Ademais, é fundamental superar o caráter formal das normas e das diretrizes instituídas desde a implantação do SUS, promovendo a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de atenção à saúde e de reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A organização federativa do SUS. Cabe a reflexão sobre a complexidade da tríplice estrutura, que garante maior autonomia das esferas do governo e dificulta a articulação de atuação entre municípios, estados e a União. A organização da saúde no Brasil é caracterizada como fragmentada e descentralizada, em que cada ente recebe seus recursos e não atua de forma conjunta para fortalecer o enfrentamento da questão sanitária no país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Os municípios, antes agentes, tornaram-se principais atores do sistema. E essa organização, tendo como esfera principal o município, dificulta a oferta, resolutiva e em tempo oportuno, de ações e de serviços de saúde. Único país do mundo com esse nível de descentralização, a não diferenciação entre os entes federativos coloca-se como um elemento complicador da organização das redes de saúde no Brasil (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Desde 2002, essa fragmentação tem sido reconhecida como um obstáculo para a gestão pública efetiva da saúde no país. Nesse sentido, o Ministério da Saúde iniciou a adoção de medidas que fomentassem a articulação entre as esferas do governo, a fim de fortalecer a capacidade de governança de municípios. Apesar desta movimentação, este continua a ser um desafio a ser enfrentado pela gestão pública (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

O 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, p. 25).

As redes de atenção psicossocial e os arranjos organizativos. A partir da Portaria MS/GM no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), e do Decreto presidencial no 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), o SUS passou a ser orientado a partir da estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes tipologias tecnológicas e que, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam prover a totalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica (BRASIL, 2017).

O planejamento e a organização das RAS devem ser construídos sob a lógica da regionalização, segundo a qual todas as Redes de Saúde deverão desenvolver iniciativas de atenção psicossocial (BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é parte integrante do SUS, pautando-se pelos mesmos princípios e diretrizes do SUS. Somado a esta, a Rede de Atenção às Urgências, a Rede Cegonha e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são tidas como redes prioritárias de implementação pelo Ministério da Saúde. Importante enfatizar que os principais desafios para a operacionalização destas se dão em torno não somente da implantação e expansão dos pontos de atenção, como também da articulação e corresponsabilidade do cuidado com os usuários. O cuidado, nestes

casos, deve sempre levar em consideração a singularidade do contexto histórico-social de cada indivíduo (BRASIL, 2015).

No que se refere às pessoas com Transtorno do Espectro Autista, estas necessitam de alguns tratamentos específicos. Para isso, também foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compostos por profissionais de saúde especializados para prestar o atendimento qualificado, de acordo com as condições e necessidades do indivíduo, às pessoas com TEA ou demais transtornos psicossociais (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017).

Os CAPS são regidos com base no Plano Nacional de Saúde Mental, suportado pela Lei 10.216/01, tendo como objetivo um serviço de Saúde Mental sustentado sobre o princípio comunitário, ou seja, que os indivíduos possam interagir uns com os outros, com livre circulação inclusive em níveis municipais (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017).

O CAPS, enquanto um serviço de saúde do SUS, também é direcionado a prestar o auxílio e o acolhimento necessários para os indivíduos TEA e seus familiares. Assim, é estimulada a integração social, o desenvolvimento de habilidades e do pensamento autônomo (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017).

Como forma de reforçar a urgência na inclusão de pessoas com TEA na sociedade e reforçar a sua cidadania e direitos, foi instituída, em 2012, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, responsável por determinar que o Sistema e a Equipe de Saúde devem fomentar a promoção da saúde, prestando o acolhimento e atendimento qualificados que estes indivíduos necessitam. Assim, trata-se de uma diretriz que visa “garantir a Integralidade na assistência à saúde aos indivíduos com tal condição” (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017). A política determina ainda que o SUS também é responsável por prover o diagnóstico do autismo infantil, assim como o seu tratamento e acompanhamento posterior (NASCIMENTO; PEREIRA; GARCIA, 2017).

O caráter privatista da gestão da saúde dos governos recentes. Ao trazer para o contexto brasileiro atual, durante o mandato do presidente Jair Bolsonaro (2019-atualidade), pode-se observar uma reestruturação no escopo da saúde e dos Ministérios. As principais medidas do respectivo governo no campo da saúde, no ainda em seu primeiro semestre de gestão, enfatizam o caráter privatista de sua política, visto que

(...) perpassam pela fragilização da Atenção Básica em Saúde (ABS), a partir do fim do contrato do Programa Mais Médicos (PMM) com Cuba; da proposta de criação de voucher ou bolsa-saúde; do avanço da contrarreforma no campo da saúde mental; do ataque à saúde indígena; do retrocesso no campo da educação em saúde; da defesa da reforma do SUS, proposta pelo Banco Mundial; por fim, dos retrocessos derivados da nova estrutura do Ministério da Saúde (SOUZA; LIMA, 2019).

A aliança com o capital privado na saúde é reforçada ainda mais com a escolha de Luiz Henrique Mandetta para chefiar o Ministério da Saúde durante o período entre 2019 e 2020, uma vez que seu histórico como médico ortopedista contou com apoio direto da iniciativa privada, assim como a sua campanha eleitoral. Necessário mencionar ainda que, neste âmbito, seu discurso de posse foi orientado a exteriorizar possíveis motivos que indicassem a falência do SUS e, a partir disso, a essencialidade no estreitamento de relações entre o público e o privado (SOUZA; LIMA, 2019).

O então ministro se demonstrava contrário aos princípios de universalidade e equidade ao expor que a gratuidade de acesso aos serviços públicos de saúde deve ser colocada em debate no Legislativo. A postura ministerial em confrontar o acesso de fato universal *versus* o acesso a serviços com base na situação econômica do indivíduo, ameaça a existência do SUS enquanto um sistema universal e gratuito, ou seja, que contempla toda a população brasileira, sem seletividade ou discriminação (SOUZA; LIMA, 2019).

Na realidade, a pauta de privatização do SUS é anterior a Mandetta e permanece até os dias atuais. Roberto Barros, ministro da saúde do governo Temer entre 2016 e 2018, apresentou como proposta principal para a saúde a redução da cobertura da ANS, órgão regulador de planos de saúde, para que estes pudessem ser oferecidos com menor custo e assim supostamente desafogasse o SUS. Entretanto, a medida se demonstra, já de imediato, falha, uma vez que ao reduzir a amplitude de serviços no escopo da ANS, as administradoras de planos de saúde ganhariam aval para tirar quaisquer tipos de tratamentos e consultas de seu corpo de serviços, o que tornaria a saúde ainda mais dificultada no Brasil, seja por vias privadas, seja por vias públicas (FENAFAR, 2022).

Além disso, entende-se que por parte dos planos de saúde seriam oferecidos os serviços mais baratos, como atendimentos ambulatoriais, ao passo que os atendimentos mais complexos e caros seriam direcionados ao SUS. Isto contribuiria para uma superlotação nos serviços de atendimento do sistema, a redução na qualidade dos tratamentos e se apresentaria como um desafio para a equipe

profissional trabalhar, já que também não foram propostos novos formatos de gestão e direcionamento de verbas para o SUS em vista desse possível novo aumento de fluxo de pessoas (FENAFAR, 2022). A medida, portanto, contribuiria para o efeito de desmantelamento do SUS, ao dar o aval para que as administradoras de plano de saúde atuem conforme os seus interesses econômicos.

Em 2020, já durante o governo Jair Bolsonaro, foi publicado o decreto n. 10.530 que “dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada” (BRASIL, 2020), ou seja, inclui o SUS no Programa de Parcerias de Investimentos, a empreitada de concessões e privatizações do governo. A elaboração de estudos seria voltada para a transferência da construção, modernização e até mesmo as dinâmicas operacionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) à iniciativa privada (BRASIL, 2020).

Na ocasião, foi apresentado um projeto que ocasionou a suspensão do decreto, sob o argumento de que este seria responsável por privatizar a principal porta de entrada de brasileiros à atenção à saúde no Brasil e restringiria a população de um de seus direitos básicos: o acesso à saúde. Além disso, trata-se de uma medida que visa a precarização e o desmonte do SUS, que representaria uma ameaça à vida de milhões de brasileiros que necessitam dos atendimentos do sistema (BRASIL, 2020).

Em 2021, observou-se uma nova onda de tentativas de privatização da saúde, agora sob o mandato do Ministro da Saúde do governo Jair Bolsonaro, Marcelo Queiroga. Com o intuito de ampliar a competitividade no setor de planos de saúde, Queiroga propõe o *Open Health*, uma base de dados contendo todas as informações e registros médicos da população brasileira, à qual as administradoras de planos de saúde poderiam utilizar com inteligência para oferecer planos conforme os seus interesses: se o cliente utiliza constantemente instituições de saúde, ofereceriam planos mais caros, por exemplo (CEBES, 2022).

A proposição do *Open Health* foi baseada no *Open Finance*, um novo modelo de compartilhamento de dados no mercado financeiro. Entretanto, uma comparação como essa é absurda dada a complexidade e sensibilidade de informação relativas à saúde. Entender que o histórico de saúde de um cidadão pode facilmente ser compartilhado, é o mesmo que invadir toda e qualquer privacidade de uma pessoa (ABRASCO, 2022).

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A proteção de dados pessoais é um direito fundamental autônomo, também reconhecido na Constituição, que objetiva o combate à discriminação abusiva e protege os valores de liberdade e dignidade (ABRASCO, 2022).

A ABRASCO (2022), em comunicado alerta sobre os riscos apresentados pelo *Open Health*, ressalta ainda que, para além de violação à proteção de dados pessoais, a proposta vai em contramão à intencionalidade de uma saúde integral e universal. Os termos deste novo modelo enfatizam a concorrência, a redução de custos para planos de saúde e, conseqüentemente, o processo de privatização frente à emergência que se vive o SUS, em processo de precarização e sem recursos para promover o atendimento qualificado que é capaz de prover (ABRASCO, 2022).

A intensificação de soluções centradas no processamento de dados na área da saúde, combinada com um processo de fusões e aquisições de operadoras de planos de saúde, empresas de tecnologias e farmácias, pode levar a uma acentuação nas disparidades ao acesso à saúde entre grupos socioeconômicos distintos. É real o risco de discriminação no sistema de saúde contra as populações negra e indígena, dentre outras. Discriminações contra a população negra no sistema de saúde foram amplamente documentadas nos Estados Unidos da América, por exemplo. Portanto, os problemas do *Open Health* vulnerabilizam de forma mais grave os direitos desta população, já cotidianamente violados no sistema de saúde atual (ABRASCO, 2022).

O que se nota, portanto, é que, por meio do *Open Health*, o acesso à saúde se tornará cada vez mais dificultado. Os planos de saúde poderão oferecer planos à população com base em suas estratégias e modelo de negócio, manipulando-as de modo a intensificar seus ganhos e interesses. Ademais, indivíduos constantemente discriminados ou que não contam com o acesso ao tratamento médico via mercado, estarão à mercê dos planos de saúde, um modelo com atendimento desigual e excludente. A implementação do *Open Health* ainda está em discussão (ABRASCO, 2022).

Assim como demonstrado, ao longo dos anos, o SUS tem contado com resistências por parte de profissionais de saúde frente aos governos sempre quando não tiveram seus interesses incluídos nos formatos de política e gestão implementados no sistema. Não diferente do que fora mencionado anteriormente, um dos principais obstáculos que o sistema tem enfrentado é a divergência de interesses

econômicos, envolvendo classes de empreendedores donos de operadoras de planos de saúde, agentes do governo e funcionários da saúde (PAIM, 2018). O SUS, cada vez mais, tem sido alvo do processo de mercantilização, em que o objetivo é tornar a saúde lucrativa e, conseqüentemente, de difícil acesso a quem de fato precisa de uma saúde pública qualificada.

1.2.2 A Contrarreforma da Saúde Mental e indivíduos com TEA

Desde o governo de Michel Temer (2016-2018), observa-se uma política de contrarreforma da Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas. A política sanitária de Jair Bolsonaro, sob a Norma Técnica nº 11/2019, pode ser considerada uma continuidade daquela determinada por Temer, mas com um maior avanço sobre a inclusão de práticas manicomiais na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS em contrapartida ao proposto pela Reforma Psiquiátrica (SOUZA; LIMA, 2019).

Essas mudanças expressam um retrocesso porque incentivam a lógica da medicalização dos sujeitos e da institucionalização das doenças psíquicas, com a volta do modelo manicomial como serviço da RAPS, por meio dos hospitais psiquiátricos infantis e adultos e das comunidades terapêuticas, consideradas novos manicômios destinados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Assim, o governo não prioriza a política de redução de danos e legitima o processo de abstinência associada a líderes religiosos, considerada uma forma de punição, tortura e discriminação dos usuários que se contrapõem aos seus valores morais (SOUZA; LIMA, 2019)

É fundamental descrever a importância da Reforma Psiquiátrica, ocorrida a partir de 1970, para a área da saúde no Brasil. Isto porque, por meio desta, os tratamentos e acompanhamentos a indivíduos com transtornos mentais deveriam se dar de maneira mais humana e próxima. Este movimento foi responsável por determinar ações que promovessem uma nova realidade manicomial e, com isso, desconstruir paradigmas, práticas violências e discriminação (FARIAS, 2019).

Dessa forma, as novas determinações promovidas pelo governo Bolsonaro divergem completamente dos princípios e valores sociais e culturais orquestrados sob a égide da Reforma Psiquiátrica, que intentava garantir mais direitos a pacientes psiquiátricos, maior segurança aos familiares destes e prover melhor qualidade no atendimento e acompanhamento.

A denominada Contrarreforma, não somente para fins de movimentos psiquiátricos, mas para a área da saúde como um todo, representa uma afronta à luta

por Direitos Humanos, pela humanização sanitária e por atendimentos mais qualificados. Enfatiza e fortalece, portanto, o pensamento autoritário e privatista em busca da garantia de lucro em prol do modelo de saúde frente às reais necessidades do povo brasileiro (SOUZA; LIMA, 2019).

Compreendendo a gravidade dos direcionamentos da política implementada por Bolsonaro, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, órgão do Ministério Público Federal (MPF), solicitou a revogação da Norma Técnica (NT) nº 11/2019, em decorrência de seu caráter de retrocesso aos direitos e evoluções previamente implementados em prol da saúde de pacientes psiquiátricos. Afirma-se que a NT possui ilegalidades e inconstitucionalidades que divergem com outras legislações da área (SOUZA; LIMA, 2019).

A privatização e desmantelamento do SUS escancaram a triste realidade brasileira de retrocesso sobre as melhorias e evoluções conquistadas nos últimos anos. Na composição do gasto nacional com saúde, o processo de privatização tem crescido exponencialmente, o que expõe a mercantilização da saúde pública, com financiamentos e verbas sendo direcionadas a grandes empresas do ramo para funcionamento dos serviços de saúde (FARIAS, 2019).

Sob este viés, em 2022, foi votado, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, que os planos de saúde agora não seriam mais obrigados a arcar com procedimentos que não estivessem listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que dificulta ainda mais o acesso a tratamentos eficazes por pessoas com TEA (G1, 2022). De acordo com a decisão, que contou com seis votos a favor e três contra, definiram-se os pontos (STJ, 2022):

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo;
2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;
3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol;
4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva *ad causam* da ANS.

Deve-se chamar atenção para a mantida decisão no sentido de que, por mais que grande parte dos tratamentos continuem a ser contemplados na lista da ANS, ou seja, cobertos por planos de saúde, tratamentos para doenças em estágio mais avançado ou que necessitem de soluções mais inovadoras podem não estar contidos no rol. Além disso, outra questão resta sobre os diferentes valores cobrados por planos de saúde a depender da abrangência de cobertura contratada ou ainda sobre a complexidade dos tratamentos requeridos, o que acaba por excluir parte da população.

Neste momento, é necessário refletir sobre este intensivo processo de mercantilização da vida humana, principalmente daqueles que de fato necessitam de acompanhamento e tratamentos recorrentes.

Em nível doméstico, a proposta de limitação de oferta de consultas e sessões de psicólogos, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia por planos de saúde aos indivíduos com TEA tem gerado respostas de órgãos estaduais. Sob este âmbito, cita-se a Lei Estadual do Rio Janeiro 9.438/2021 e a Lei Estadual do Mato Grosso do Sul 5.863/2022, que buscavam impedir a referida limitação por parte dos planos de saúde.

Art. 1º É vedado aos planos de saúde de limitar consultas e sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia no tratamento das pessoas com transtorno do espectro autista (TEA), deficiência física, intelectual, mental, auditiva, visual e altas habilidades/superdotação no Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2021).

§ 1º A disponibilidade dos procedimentos previstos no caput fica condicionada à indicação feita pelo médico assistente responsável pelo tratamento do paciente, que deverá justificar a quantidade necessária de consultas ou sessões para tratamento adequado, com a finalidade de amenizar os efeitos da enfermidade, observadas as normas da Agência Nacional de Saúde (ANS). § 2º Consideram-se abusivas as limitações aos procedimentos descritas no caput deste artigo, sob pena de colocar em risco o desenvolvimento intelectual ou cognitivo do consumidor (MATO GROSSO DO SUL, 2022).

Em que pese o fato de que a edição da lei em ambos os casos tenha sido argumentada com base na competência de legislar sobre a proteção do direito do consumidor, o Supremo Tribunal Federal compreendeu que se trata de matérias de

direito civil e de seguros, sob o escopo das normas e da fiscalização da ANS e consonante à Lei Federal 9.656/1998, sendo, portanto, uma ação inconstitucional (STF, 2022; SEDEP, 2022).

Além disso, com base na Resolução 469/2021 da ANS, já existe a regulamentação da cobertura obrigatória de sessões de fonoaudiologia, psicólogos e de terapia ocupacional para o tratamento de pessoas com TEA, o que orienta as seguradoras e administradoras de planos de saúde neste sentido, visto que devem atuar sob a fiscalização da ANS. O referido documento contempla obrigatoriamente o mínimo de 24 sessões de fonoaudiologia e 40 sessões de terapia ocupacional/psicoterapia, não postulando sobre fisioterapia (BRASIL, 1998).

Dessa forma, para que possam ser regulamentados, de forma constitucional, os parágrafos dispostos nas Leis do Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro, seria necessário que a ANS agregasse à sua Resolução uma diretriz que envolva também a obrigatoriedade da oferta de sessões de fisioterapia para o tratamento de pessoas com TEA. Poder-se-ia pensar ainda na discussão sobre a ampliação do número mínimo de sessões, entendendo qual seria a quantidade ideal para um tratamento eficaz que contribua no desenvolvimento destes indivíduos.

Se, este primeiro movimento, em âmbito privado, forçará um investimento ainda maior por parte de familiares destes indivíduos, o desmantelamento e privatização do SUS, que prejudicam diretamente a rede pública, acabarão por dificultar ainda mais a vida destas pessoas.

Ao relacionar as movimentações dos últimos dois governos, Temer e Bolsonaro, observa-se um retrocesso ainda no que tange à implementação de modelos mais progressistas de políticas públicas. Iniciado com Temer, a política de laissez-faire para a criação de políticas públicas para pessoas com deficiência tornou ainda mais difícil a defesa do SUS enquanto um sistema universal e gratuito. Com o governo Bolsonaro, esta ideologia foi ressaltada e a lógica conservadora de seu aparato político compreende que para a utilização do SUS deve ser efetuada uma análise de situação socioeconômica, ficando nitidamente demonstradas a seletividade e a discriminação para o fornecimento deste serviço, tentando impor ao SUS um forte perfil mercantil.

2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

2.1. Características do autismo

O Transtorno do Espectro Autista é um distúrbio do neurodesenvolvimento, e por tratar-se de um transtorno, não se pode chamá-lo de doença, pois não existe cura, trata-se de uma condição. As principais características são: déficit na comunicação e interação social; movimentos repetitivos e estereotipados; pouco contato visual; hipo ou hiper-reativos a estímulos sensoriais do ambiente; comportamentos rígidos além de interesses e atividades restritas com alto impacto social, familiar e pessoal. Assim, esse transtorno do neurodesenvolvimento pode ser causado por diversos fatores apesar de ter uma grande influência genética. Os principais sintomas surgem ainda na primeira etapa da infância, em torno dos 2 ou 3 anos, e se nota uma maior predominância no sexo masculino (SÃO PAULO, 2013).

Conforme já mencionado anteriormente, existem importantes documentos no Brasil atualmente que visam garantir visibilidade à necessidade de se adotar medidas e políticas públicas direcionadas à população autista, bem como prover diretrizes de cuidado e atenção à estas pessoas. Como referências, pode-se citar, por exemplo, as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” (2014) e 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” (2015), sob o âmbito do Ministério da Saúde, assim como, à nível estadual, o “Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (2013) e o “Protocolo Clínico e de Acolhimento para Transtorno do Espectro Autista do Estado de Santa Catarina” (2015) (ALMEIDA, 2021).

Pode-se observar a partir do Protocolo do Estado de São Paulo (2013), os sinais precoces de alerta referente ao TEA:

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Criança fixa o olhar; • Reage ao som; • Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda); 	
4 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Emite sons; • Mostra interesse em olhar rosto de pessoas, respondendo com sorriso, vocalização ou choro; • Retribui sorriso; 	
6 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri muito ao brincar com pessoas; • Localiza sons; • Acompanha objetos com olhar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem sorrisos e expressões alegres;

Figura 1. Sinais de Alerta TEA (2 a 6 meses).

Fonte: SÃO PAULO, 2013.

<p>9 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; • Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; • Brinca de esconde-achou; • Duplica sílabas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não responde às tentativas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; • Não busca interação emindo sons, caretas ou sorrisos; 
<p>12 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos como dar tchau e bater palmas; • Responde ao chamado do nome; • Faz sons como se fosse conversa com ela mesma; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não balbucia ou se expressa como bebê; • Não responde ao seu nome quando chamado; • Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; • Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem;
<p>15 MESES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; • Executa gestos a pedido; • Fala uma palavra; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala palavras que não seja mama, papa, nome de membros da família;

Figura 2. Sinais de Alerta TEA (9 a 15 meses).

Fonte: SÃO PAULO, 2013.

18 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Fala no mínimo 3 palavras; • Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeados; • Faz brincadeiras simples de faz de conta; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala palavras (que não seja ecolalia); • Não expressa o que quer; • Utiliza-se da mão do outro para apontar o que quer
24 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca de faz de conta; • Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; • Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; • Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fala frase com duas palavras que não sejam repetição;
36 MESES	<ul style="list-style-type: none"> • Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; • Brinca com crianças da mesma idade expressando preferências; • Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); • Responde a perguntas simples como "onde", "o que"; • Falam sobre interesses e sentimentos; • Entendem tempo passado e futuro; 	
Qualquer perda de linguagem, capacidade de comunicação ou habilidade social já adquirida em qualquer idade.		

Figura 3. Sinais de Alerta TEA (18 a 36 meses).

Fonte: SÃO PAULO, 2013.

As figuras dispostas acima revelam os motivos pelos quais o termo “espectro” está relacionado ao autismo. Por espectro, entende-se a existência de diversos níveis de comprometimento, abrangendo indivíduos que possuem alguma deficiência intelectual ou que convivem normalmente, sem sintomas aparentes (TISMOO, 2018). As imagens apresentam sintomas mais comuns que se manifestam com maior frequência em determinadas idades e representam sinais de alerta para um diagnóstico de autismo, mas não pode ser entendido como sintomas padrões. Isto porque que cada indivíduo terá o transtorno manifestado de diferentes formas, justamente pela ampla abrangência de comorbidades relacionadas ao TEA.

As comorbidades são caracterizadas pela presença de uma associação entre condições, em um mesmo indivíduo simultaneamente. Ou seja, o TEA pode sim vir acompanhado de comorbidades, ou até mesmo ser uma comorbidade de outros transtornos, a exemplo de transtornos psiquiátricos – Transtorno Desafiador de Oposição, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Depressão e Ansiedade - ou outras condições de saúde, como a Epilepsia e alterações genéticas. Estima-se que as comorbidades estão presentes em cerca de 70% dos autistas e, destes, 48% apresentam mais de uma em associação (AUTISMO E REALIDADE, 2020).

No que tange às comorbidades identificadas em pessoas com TEA, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das mais comuns, representando cerca de 59% dentre o total de autistas, e a que mais possui similaridades quanto a comportamento e sintomas. A principal diferença entre ambos os transtornos é que, se em TDAH o indivíduo possui extrema dificuldade para se concentrar e ter foco, em TEA a principal dificuldade é a comunicação e socialização (AUTISMO E REALIDADE, 2020).

O déficit na linguagem é outra comorbidade comum em pessoas com TEA. De acordo com o Autismo e Realidade (2020), todos os autistas apresentam algum nível de limitação para se comunicar, estimando que mais de 50% tenham problemas relativos à fala e 25% à linguagem não-verbal. Isto ocorre em decorrência da dificuldade de autistas em compreenderem o vocabulário e a estrutura comunicativa. Assim, em seu formato de linguagem, é recorrente a utilização de sinais, sons, frases mais curtas e menos complexas morfológicamente.

A dificuldade no desenvolvimento da linguagem reforça a necessidade de qualificação de um profissional de saúde para que possa identificar e compreender o atendimento que será essencial para o desenvolvimento daquele indivíduo no decorrer do tratamento e de sua vida. Além disso, tais profissionais se tornam relevantes para prestar o suporte para os familiares do indivíduo, para que estes também estejam aptos para se comunicar com ele e ajudá-lo em sua evolução clínica.

A etiologia dos TEA é multifatorial, ou seja, no decorrer do desenvolvimento são associados componentes genéticos e ambientais, a exemplo da

exposição a agentes químicos, falta de vitamina D, falta de ácido fólico, infecções maternas, uso de certas drogas, como ácido valpróico durante a gestação, prematuridade (abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (< 2500g) são alguns dos fatores de risco ambiental (SÃO PAULO, 2013).

Como fatores de risco no que tange ao componente genético, pode-se mencionar a presença de anomalias congênitas, mãe e/ou pai com idade acima de 40 anos e familiar de primeiro grau acometido (SÃO PAULO, 2013).

Geneticamente falando, os Transtornos de Espectro Autista também são considerados variáveis, dada a facilidade de associação a diferentes síndromes genéticas ou até mesmo pela inexistência de associação em alguns casos. Dessa forma, a seguir são expostas algumas condições médicas frequentemente associadas ao TEA (SÃO PAULO, 2013):

- Síndrome do X frágil (8-27,9%);
- Esclerose Tuberosa (24 -60%);
- Encefalopatia Neonatal/ Encefalopatia Epiléptica/ Espasmo Infantil (36-79%);
- Paralisia Cerebral (15%);
- Síndrome de Down (6-15%);
- Distrofia Muscular (3-37%);
- Neurofibromatose (4 -8%).

No início de 2022, os diagnósticos passaram a ser elaborados com base na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), e não mais sustentados sobre os critérios da CID-10. Em fins de explicação, a CID é responsável por diminuir as falhas nos diagnósticos e a facilitar a tradução de códigos, assim como promover o estudo, análise e monitoramento de doenças em todo o mundo (LANGE, 2022).

Com o lançamento de sua versão final, a CID-11 se encarregou de agrupar os transtornos pertencentes ao espectro autista, como o autismo infantil, a síndrome de Rett, a síndrome de Asperger, o Transtorno desintegrativo da infância e o Transtorno com hipercinesia, com o intuito de facilitar o diagnóstico e direcionar os pacientes para o tratamento com maior rapidez (LANGE, 2022).

O autismo, portanto, ganhou novas subdivisões – determinadas pela ausência ou não de alguma Deficiência Intelectual ou alguma influência na linguagem funcional -, atreladas a um código – 6A02. Abaixo, são dispostas as novas subdivisões e as respectivas descrições (KERCHES, 2022):

- a) **6A02.0** – Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional. Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA, não apresentarem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, havendo apenas leve ou nenhum comprometimento no uso da

linguagem/comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

b) **6A02.1** – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional. Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados a leve ou nenhum comprometimento no uso da linguagem/comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

c) **6A02.2** – Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada. Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA, não apresentarem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, havendo, porém, prejuízo acentuado na linguagem/comunicação funcional em relação ao esperado para a sua faixa etária, seja através da fala (não podendo fazer uso mais do que palavras isoladas ou frases simples), seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

d) **6A02.3** – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e linguagem funcional prejudicada. Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados a prejuízo acentuado na linguagem/comunicação funcional em relação ao esperado para a sua faixa etária, seja através da fala (não podendo fazer uso mais do que palavras isoladas ou frases simples), seja através de outro recurso comunicativo (como imagens, textual, sinais, gestos ou expressões).

e) **6A02.5** – Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e ausência de linguagem funcional. Todos os indivíduos devem atender aos critérios para TEA e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual associados à ausência de repertório e uso de linguagem/comunicação funcional, seja através da fala, seja através de outro recurso comunicativo.

f) **6A02.Y** – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado.

g) **6A02.Z** – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado.

Assim, esta nova classificação considera os níveis de comprometimento, intelectual e de linguagem do paciente, sem se levar por generalidades, como se observava com a CID-10. Para identificar as particularidades de cada categoria intrínseca ao TEA na CID-11 e prover um diagnóstico assertivo, aliado a uma intervenção direcionada precoce, os profissionais de saúde avaliam a frequência e a intensidade de cada sintoma, relacionando-o às características de cada transtorno, sendo este um dos grandes avanços promovidos pela CID-11 (LANGE, 2022).

No Brasil, existem algumas escalas de triagem que podem ser aplicadas por profissionais da saúde, como *Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e a *Autism Behavior Checklist* (ABC). Para que o diagnóstico seja feito de maneira mais assertiva, a disseminação deste conhecimento é essencial, uma vez que facilita o processo de triagem e identificação (SÃO PAULO, 2013).

Tal fato se demonstra ainda mais importante ao pensar na multiplicidade de sintomas que podem aparecer durante este primeiro diagnóstico e, portanto, enfatiza

a necessidade de um programa específico de intervenção precoce. Cientificamente, é comprovado que o diagnóstico precoce contribui para “a redução dos sintomas e a retomada do desenvolvimento de habilidades” (SÃO PAULO, 2013).

Além disso, as intervenções inter e transdisciplinares também ganham destaque neste diagnóstico precoce e no decorrer do processo evolutivo do quadro clínico do paciente. Estas ocorrem por meio da Análise do Comportamento Aplicada (ABA), Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Integração Sensorial (IS) e possíveis intervenções medicamentosas.

A exemplo da ABA, são estimulados comportamentos funcionais e o fortalecimento de habilidades. É praticado ainda um trabalho para desenvolver habilidades até então omissas, como a análise de ambientes de convivência e formas de interação social. Os pais também participam deste processo, visto que recebem treinamentos que permitam a eles lidar com determinadas dificuldades, e assim contribuam para o desenvolvimento das crianças (MACIEL, 2019).

2.2. Lei Berenice Piana e as diretrizes para o cuidado no TEA

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.764, que institui no Brasil a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, conhecida como Lei Berenice Piana, de autoria do deputado Paulo Paim (PT/RS). Para efeitos legais, esta lei reconhece as pessoas com TEA como pessoas com deficiência e tem, em suas diretrizes, forte marco intersetorial (BRASIL, 2012).

Importante mencionar que a lei recebe o nome de uma das principais ativistas pela inclusão e da luta pelos direitos dos autistas no Brasil. Berenice Piana lutou incansavelmente, durante dois anos, pela inclusão de seu filho e acabou por elevar o debate ao nível nacional, escancarando a necessidade de se haver normas que regessem e protegessem os direitos das pessoas com deficiência. O documento, portanto, reafirma, para a área da saúde, o direito de pessoas com TEA ao diagnóstico precoce, ao tratamento qualificado, a um atendimento de qualidade e à medicamentos disponibilizados pelo SUS (FEITOSA, 2021).

Berenice contribuiu ainda para a fundação da primeira Clínica-Escola do Autista no Brasil, em Itaboraí (Rio de Janeiro), administrada pelas Secretarias de Educação e Saúde, o que acabou por incentivar a abertura de outras unidades da clínica no país,

como a presente em Santos (São Paulo), pioneira do estado e uma das principais referências no Brasil para a construção deste trabalho, uma vez que é o primeiro Centro cem por cento custeado pelo SUS, administrado pela Secretaria de Saúde, e valida as hipóteses da necessidade de se existirem políticas públicas mais ativas e bem planejadas para a saúde.

Assim, a Lei Berenice Piana atua como um instrumento essencial para a inclusão e proteção dos direitos dos autistas, como também é responsável por dar visibilidade à causa, à necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para atender qualificados esses indivíduos e à fundamentalidade em se existirem Clínicas multidisciplinares para prestar a atenção necessária ao desenvolvimento destas pessoas.

Em 2021, segundo o Ministério da Saúde, foram investidos R\$ 57 milhões pelo governo para a promoção da saúde mental, sendo direcionados a unidades básicas de saúde, como a CAPS, CAPSI, RAPS, os Centros Especializados em Reabilitação e o Programa de Volta para Casa¹ (BRASIL, 2021). Apesar disso, atualmente, a falta de conhecimento e de profissionais qualificados para prestar o atendimento necessário aos indivíduos com TEA e seus familiares consiste nos principais obstáculos a serem enfrentados neste cenário.

No que tange às particularidades da Lei Berenice Piana, esta determina que o diagnóstico precoce é um direito da pessoa autista, a fim de que possam ser feitas as intervenções, atendimentos e acompanhamentos necessários para o desenvolvimento do indivíduo. Em decorrência dos problemas citados acima, como a baixa quantidade de profissionais qualificados para este tipo de ação, muitos autistas chegam à fase adulta sem diagnóstico. Como forma de direcionar o atendimento para o diagnóstico precoce, foi sancionada, em 2017, a Lei nº 13.438, que responsabiliza o SUS a prestar avaliações na tentativa de identificar um desenvolvimento atípico ou de anomalias em crianças de até 18 meses (ALVARENGA, 2017).

Por mais que esta Lei seja responsável por conferir aos indivíduos o direito de um diagnóstico precoce, muitas instituições e especialistas da área foram contrários ao documento. Tal fato se deve principalmente ao modo como a lei foi formulada, sem o embasamento teórico ou discussões necessárias para prover maior força e credibilidade à legislação em pauta.

¹ Programa direcionado às pessoas que passaram por longos períodos de tratamento psiquiátrico (BRASIL, 2021).

A fim de se solucionar a questão da baixa veiculação de conhecimentos sobre a TEA e, portanto, deixá-la conhecida frente à população, a Lei Berenice também estipula diretrizes que responsabilizam o poder público quanto à informação pública e seus impactos (ALVARENGA, 2017).

O Plano Nacional ainda está diretamente interligado ao SUS para garantir que os princípios do sistema sejam de fato implementados, ou seja, para que a população tenha direito ao acesso a uma saúde de qualidade, sem custos e sem discriminação. Para isso, torna-se necessário que mais profissionais especializados em atendimento a pessoas com TEA sejam alocados nas unidades básicas de saúde por todo o Brasil, assim como que seja difundida a informação sobre a necessidade de que mais profissionais se interessem em se qualificar na área.

Importante enfatizar que a não discriminação e o direito ao acesso não dizem respeito somente a um atendimento tradicional nas unidades de saúde, mas sim que nestas sejam oferecidas terapias inter e transdisciplinares, medicamentosa, e acompanhamento psicológico próximo para o desenvolvimento destes indivíduos, sem custos.

Em que pese não existir um medicamento direcionado ao tratamento do autismo, outros medicamentos relacionados às comorbidades, como hiperatividade e depressão, estão disponíveis aos indivíduos com TEA por meio do SUS e garantidos pela lei (ALVARENGA, 2017).

Conforme mencionado anteriormente, as políticas públicas que visam garantir os direitos de pessoas com deficiência são intersetoriais, visto que os mecanismos para desenvolvimento das habilidades destes envolvem mais do que a área da saúde, a exemplo da educação. Neste sentido, a Lei Berenice estipula que, caso uma instituição do Sistema de Ensino se recuse a efetuar a matrícula de um indivíduo com TEA, esta receberá multa. Apesar disso, um movimento comum observado para que as instituições não arquem com as multas, é alocar um profissional desqualificado somente para “cumprir o papel” e não de fato prestar a assistência necessária (ALVARENGA, 2017).

Segundo a Linha de Cuidado para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015), pode-se centralizar as diretrizes de cuidado em dois eixos principais:

a) Integralidade

Esta possui duas dimensões fundamentais: no que tange ao reconhecimento de um **sujeito integral** e, por conseguinte, na **organização de uma rede de cuidados** que seja direcionada a responder integralmente à diversidade das demandas. A integralidade deve ser considerada como um fundamento, no sentido de tornar o olhar do profissional o mais abrangente possível, ou seja, capaz de refletir as relações e as mais diversas interações relativas aos sujeitos que se apresentam nas mais diferentes áreas de atuação, como nas políticas de saúde, assistência social, segurança pública, entre outras (BRASIL, 2015).

b) Garantia de direitos e cidadania

Os indivíduos com TEA possuem os mesmos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, além de outros tantos advindos de legislações e normatizações específicas que buscam garantir seu acesso à atenção integral (BRASIL, 2015).

No quadro a seguir são dispostas algumas das principais normatizações que devem ser consideradas para a organização do cuidado:

Legislação	Publicação	Texto	Caput
Lei nº 8.069/1990: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	13/07/1990	Art. 11. É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
Lei nº 10.216/2001	09/04/2001	Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (...).	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei nº 12.764/2012	27/12/2012	§ 2º A pessoa com transtorno do espectro do autismo é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

Figura 4. Normatizações de referência para a organização do cuidado.

Fonte: BRASIL, 2015.

Legislação	Publicação	Texto	Caput
Decreto nº 6.949/2009	25/08/2009	O Estado brasileiro reconhece que as pessoas com deficiência têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência, organizando, fortalecendo e estendendo serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais.	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.
Decreto presidencial nº 7.508/2011	29/06/2011	Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Portaria MS/GM nº 336/2002	19/02/2002	Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.	Normatiza os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Portaria MS/GM nº 4.279/2010	30/12/2010	Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 5. Normatizações de referência para a organização do cuidado.
 Fonte: BRASIL, 2015.

Legislação	Publicação	Texto	Caput
Portaria MS/GM nº 3.088/2011	26/12/2011	Art. 1º Instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.
Portaria MS nº 793/2012	24/04/2012	Art. 1º Instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
Portaria MS/SAS nº 854/2012	22/08/2012	Considerando a necessidade de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS.	Altera os procedimentos a serem realizados nos Centros de Atenção Psicossocial.

Figura 6. Normatizações de referência para a organização do cuidado.

Fonte: BRASIL, 2015.

É interessante refletir sobre a cronologia do quadro acima. Nota-se que a preocupação inicial do governo restava em elaborar leis de proteção, de responsabilização do Estado em concretizar a promoção da saúde e de prestar o assistencialismo necessário a pessoas com transtornos mentais para que, em seguida, pudessem ser instituídas, de fato, ações previstas nas referidas legislações.

Como exemplo, cita-se a relação entre a criação da Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas com transtornos mentais e responsabiliza o Estado no desenvolvimento de políticas voltadas à assistência e cuidado a essas pessoas e a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de saúde disponíveis à população e voltados para o atendimento de pessoas com transtornos mentais.

Em que pese a demora para criação de uma portaria referente especificamente às pessoas com TEA, o Brasil buscou se atualizar e direcionar cada vez mais as leis e ações às necessidades distintas síndromes e transtornos que, por serem diferentes, precisam de atendimentos e orientações específicas à sua realidade.

Por fim, nota-se uma série de conquistas para a saúde universal e assistencial brasileira entre os anos de 1990 e 2012. Entretanto, o que se observa nos últimos anos, principalmente a partir de 2016, é um retrocesso frente a estas conquistas, especificamente no que se refere às políticas de desmantelamento do SUS e de maior privatização da saúde no país, conforme mencionado em capítulo anterior. A saúde deveria, e deve, ser uma das principais preocupações do governo brasileiro, ainda mais quando falamos de cuidado às pessoas que necessitam de atenção especial.

3. INTERSETORIALIDADE DO SUS NA ATENÇÃO À PESSOA AUTISTA

Após compreender sobre as características do Transtorno do Espectro Autista e, de maneira análoga, sobre o formato de organização do Sistema Único de Saúde e da evolução das Leis no Brasil para pessoas autistas que regem e direcionam ações em termos de cuidado, é momento agora de analisar as formas com as quais este é implementado no país, a exemplo do chamado Projeto Terapêutico Singular, e o impacto que uma equipe composta por profissionais de áreas como a psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, educação física e nutrição em deixar o acompanhamento e o tratamento diferentemente efetivos.

3.1. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular é o direcionamento das ofertas de cuidado, construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes perspectivas. Ademais, deve ser composto por iniciativas dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado conforme mencionado anteriormente no escopo do cuidado, por profissionais ou equipes de referência em correlação às famílias e aos indivíduos com TEA (BRASIL, 2015).

O projeto deve ser revisado de maneira sistemática e constante – periodicamente a cada seis meses -, considerando-se os contextos de vida, o processo de reabilitação psicossocial e a garantia dos direitos essenciais desses indivíduos. Isto demanda que a equipe não desvirtue a atenção daqueles que, de alguma forma, podem ser invisíveis ao disputado e acelerado sistema de saúde brasileiro e os inclua com maior cuidado (BRASIL, 2015).

Na construção do PTS do usuário TEA é essencial o entendimento ou a tentativa de entender os modos de funcionamento do sujeito, das relações que ele estabelece e seus impasses. A proposta terapêutica deve partir do contexto real do sujeito, das rotinas que ele estabelece, de seu cotidiano, do que ele elege, do que evita, da escuta da família e de outros atores importantes para a pessoa em questão, para que seja possível uma aproximação, com vistas à definição da direção do tratamento (BRASIL, 2015).

Em um tratamento da pessoa com TEA, devem ser oferecidos recursos e opções para que seus laços sociais sejam ampliados, incluindo-os de modo a ampliar suas formas de circulação, de seus modos de estar na vida, de suas formas de linguagem, em quaisquer tipos de contextos. “Como citado anteriormente, deve-se apostar no sujeito e tentar com cuidado se aproximar da maneira como ele se expressa para seguir em direção a outras atividades” (BRASIL, 2015).

Importante mencionar ainda que o PTS é composto por quatro momentos (BRASIL, 2007):

- 1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fi zeram dele.
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

A atenção intersetorial extrapola as fronteiras estritas da saúde concebida como fenômeno meramente biológico; assim, para garantir a eficácia de uma rede bem articulada, faz-se necessário uma maior aproximação com os setores da educação e assistência social a fim de integrá-los.

Nesse sentido, as famílias também desempenham papel importante e devem ser treinadas para que consigam fazer o acompanhamento necessário com seus filhos. Não obstante, é essencial que participem também da construção do Plano Terapêutico Singular, para que possam expor situações vivenciadas junto às crianças, observações e até mesmo características marcantes, para que o Projeto seja construído e implementado de maneira a prover melhorias para a maior quantidade de autistas possível.

Como será visto em tópicos posteriores, a Clínica-Escola do Autista em Santos exerce o papel de conciliar diversas frentes de atendimento para prestar um cuidado com excelência aos autistas, sendo as famílias protagonistas e importantes agentes nessa construção. Ainda, o PTS ressalta o caráter universal, multidisciplinar e orientador das diretrizes de cuidado do SUS, para que, como mencionado pelo

Secretário de Saúde de Santos, Adriano Catapreta, todos sejam acolhidos (SANTOS, 2021).

3.2. Intervenções interdisciplinares especializadas e recomendadas no cuidado integral do autismo

O Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (SÃO PAULO, 2013) e demais bibliografias relacionadas ao assunto, elencam os tratamentos interdisciplinares mais indicados e modernos para o tratamento do TEA:

i. PSICOLOGIA

Ênfase no controle emocional, na modificação de comportamentos disruptivos e na potencialização de habilidades. A psicologia consiste no eixo central do cuidado intersetorial do TEA. São os psicólogos que conduzem o processo de elaboração do PTS, com a contribuição dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, após o período avaliativo. Nos atendimentos clínicos, são avaliadas as barreiras de aprendizagem que dificultam a instalação de novas habilidades, além de identificar repertórios preservados que necessitam de ampliação. É nesta área que são desenvolvidas estratégias de manejos comportamentais, orientações que devem ser seguidas por todos os profissionais que atendem aquele indivíduo, com o objetivo de ofertar possibilidades de generalização de novos comportamentos aprendidos (SÃO PAULO, 2013).

Neste ponto, é importante mencionar que a psicologia se torna imprescindível no tratamento de pessoas com TEA dada a necessidade de se desenvolver uma abordagem cada vez mais direcionada e multidisciplinar, que garanta o entendimento assertivo sobre as necessidades do paciente. Assim, é preciso que o profissional em questão tenha uma formação específica, com experiência em contextos com indivíduos com TEA e compreenda os aspectos de desenvolvimento destas pessoas (SOUZA, 2004).

É fundamental que o psicólogo esteja atualizado com os trabalhos e pesquisas recentes relativos à sua especificidade para orientar a família. A sua sensibilidade diante da criança e do nível de comprometimento desta é

importante para que ele saiba adequar propostas terapêuticas que realmente a beneficiem (SOUZA, 2004).

ii. FONOAUDIOLOGIA

Visa melhorar a comunicação de forma quantitativa e qualitativa, pela melhora da emissão verbal ou pelo uso de sistemas de comunicação alternativa ou aumentativa quando necessário. Mesmo indivíduos não verbais deverão ser direcionados para uma abordagem que envolve o uso de formas alternativas de comunicação, tais como o uso de sistemas de comunicação aumentativa (SÃO PAULO, 2013).

iii. TERAPIA OCUPACIONAL (TO)

Nas pessoas com TEA, além de atuar nas possibilidades de adaptação nos diversos ambientes e necessidades dos pacientes, a TO pode atuar na atenuação da hipersensibilidade sensorial. A intervenção do terapeuta ocupacional dependerá das necessidades de cada pessoa e da etapa de desenvolvimento da pessoa com TEA. Melhorar o desempenho em atividades, como alimentação, vestuário, higiene, ou, ainda, mobilidade, brincar, desempenho escolar e ensino de procedimentos de segurança são ações comuns do terapeuta ocupacional. Estimulação das áreas de cuidados pessoais, mobilidade, atividades domésticas, educação, emprego, além do processamento sensorial (SÃO PAULO, 2013).

iv. FISIOTERAPIA

Atua em funções básicas, como andar, sentar-se, ficar de pé, jogar, rolar, tocar objetos, engatinhar e se locomover de maneira geral. Além disso, também podem trabalhar com os pais para ensinar técnicas para ajudar os filhos a desenvolverem força muscular, coordenação e habilidades motoras. Já em ambientes escolares, os fisioterapeutas podem fazer com que as crianças trabalhem com eles individualmente, ou encorajá-las a participar nos ambientes ou em situações da vida real (SÃO PAULO, 2013).

Não é incomum que um fisioterapeuta crie grupos, juntando vários tipos de crianças, para trabalhar aspectos sociais das capacidades físicas. Fisioterapeutas

também podem trabalhar juntamente com os professores de educação especial e auxiliares, professores de educação física e pais, para fornecer ferramentas para a construção de habilidades sociais e físicas (SÃO PAULO, 2013).

v. EDUCAÇÃO FÍSICA

A Educação Física é uma modalidade que permite às crianças ou adultos no Espectro Autista desenvolver e utilizar habilidades, capacidades e pensamento lógico por meio de atividades motoras, em formatos de jogos ou brincadeiras (PIEKARZ; BÔA; BORCHARDT, 2017).

Sob esse âmbito, existe ainda a Educação Física Adaptada (EFA), área destinada a tratar do processo de atividades motoras de indivíduos com necessidades especiais (PIEKARZ; BÔA; BORCHARDT, 2017). Assim, em termos de EFA, há um maior conhecimento sobre os processos de cuidados a pessoas com TEA por parte dos profissionais, o que promove uma maior personalização das atividades, e que levam em consideração as características e dificuldades de cada indivíduo e, conseqüentemente, reforça o desenvolvimento das habilidades esperadas.

vi. MUSICOTERAPIA

Modalidade terapêutica que utiliza a música, enquanto som e movimento, para (re)estabelecer um canal de comunicação e, desta forma, possibilitar a prevenção, tratamento e/ou reabilitação de problemas e necessidades físicas, mentais, emocionais, cognitivas e sociais. Não é necessário que o paciente tenha algum tipo de conhecimento musical teórico ou prático prévio, pois o elemento essencial na Musicoterapia é a expressão musical do paciente. Não há, portanto, restrição de idade, de condição (psíquica, motora, social etc.) ou de conhecimento musical (SÃO PAULO, 2013).

O processo terapêutico é construído pelo fazer musical do paciente e do terapeuta, e engloba uma série de atividades tais como cantar, tocar um instrumento, improvisar, compor, ouvir música e sons diversos, movimentar-se a partir de um estímulo sonoro-musical, dentre outros. Durante este processo, os problemas e as necessidades são acessados diretamente por meio da atividade musical e/ou por meio

da relação interpessoal que se desenvolve entre o musicoterapeuta e o paciente durante a atividade musical (SÃO PAULO, 2013).

No Brasil, a profissão de musicoterapeuta é reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações, pelo SUS e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em que pese ainda não ser regulamentada oficialmente como uma atividade profissional. Para que a atividade possa ser exercida por profissionais qualificados e que de fato possa trazer benefícios aos pacientes, foi elaborado o Projeto de Lei 6.379, em 2019, que enfatiza que o uso incorreto da musicoterapia pode ocasionar danos psicológicos, físicos e relacionais nos pacientes (CORREIA, 2022). Atualmente, o PL se encontra a espera de um parecer para aprovação do relator da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, da Câmara dos Deputados (BRASIL, 2019).

vii. NUTRIÇÃO

Conforme mencionado anteriormente, as pessoas TEA possuem características marcantes, principalmente em termos relacionais e de desenvolvimento de comunicação. Somado a isso, pode-se citar ainda a existência de distúrbios gastrointestinais e alterações na permeabilidade intestinal, que podem provocar inflamações no intestino e agravar os sintomas do autismo. Dessa forma, a nutrição desempenha papel essencial no desenvolvimento de indivíduos com TEA (CARVALHO, 2012).

Sob esse âmbito, identificou-se que crianças autistas apresentam duas vezes mais chances de serem obesas. Dessa forma, o cuidado nutricional, aliado a atividades físicas, garante uma maior prevenção de doenças e promove melhoras na qualidade de vida destes indivíduos. É necessário, portanto, que, quando identificados sintomas de TEA, haja acompanhamento nutricional por profissionais qualificados, responsáveis por prescrever dietas direcionadas à realidade de cada paciente, e que estes indivíduos estejam inclusos em atividades físicas frequentes (CARVALHO, 2012).

viii. EQUOTERAPIA

É a utilização terapêutica do cavalo em um tratamento complementar de reabilitação física e mental. Esse trabalho é feito por uma equipe multidisciplinar,

formada por profissionais de saúde, educação e equitação. O uso do cavalo na reabilitação física decorre de seu movimento ritmado, repetitivo e simétrico que acaba sendo passado ao paciente. O movimento realizado pelo cavalo é semelhante ao que uma pessoa realiza ao andar (SÃO PAULO, 2013).

É, portanto, um trabalho de conhecimento do próprio corpo, pois exige a participação do corpo inteiro, trabalhando e desenvolvendo uma melhor coordenação física, a postura, o ritmo, o equilíbrio, a flexibilidade, o tônus muscular e a autoaceitação. O contato cavalo-paciente permite trabalhar aspectos como a afetividade, a autoconfiança e a criatividade. Desenvolvem-se atividades físicas, psicológicas de aprendizagem e afetivas, facilitando a reintegração social do paciente (SÃO PAULO, 2013).

ix. HIDROTERAPIA

Oferece estimulações sensoriais, sendo indicada como um dos tratamentos para pacientes com autismo, pois auxilia na diminuição do stress e na organização do comportamento, permitindo o alcance de estados de relaxamento e melhora na relação com o ambiente (SÃO PAULO, 2013).

x. MEDICAMENTOSO

Ainda não existem medicações para os sintomas centrais do autismo e não há remédios que melhorem a interação social e a capacidade do autista. É consenso entre os especialistas que o emprego de técnicas adequadas ao tratamento psicossocial e educacional reduz a necessidade de uso de medicação nos pacientes, pois há melhora da capacidade comunicativa e dos comportamentos mal adaptativos (SÃO PAULO, 2013).

Em muitos casos, porém, há sintomas específicos que podem prejudicar bastante o rendimento e a funcionalidade dos pacientes, como agitação psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade. Algumas medicações podem ser úteis, como o Haloperidol, a Risperidona e o Aripiprazol (SÃO PAULO, 2013).

Além das mencionadas, o canabidiol tem se apresentado como uma substância relevante no tratamento do autismo. Em uma entrevista postada na CNN, em 2021, a mãe, Joann, de uma criança autista, Ezra, relata que tentou de outros tipos de terapia

durante o tratamento do filho, utilizando-se de dietas livres de glúten ao uso de remédios homeopáticos (ANGLEY, 2021).

Entretanto, as terapias não surtiram o efeito esperado, o que tornava Ezra cada dia mais agressivo. Em decorrência disso, Joann inscreveu o filho em um ensaio clínico com canabidiol, a “maconha medicinal”. Como resultados do tratamento com canabidiol, a mãe discorre que Ezra tornou-se menos agressivo e mais comunicativo (ANGLEY, 2021).

Para Castro, Albino e Lima (2021), isto ocorre porque dois componentes da *cannabis*, THC e CBD, destacam-se com ação psicoativa. O THC, de acordo com as pesquisas realizadas pelos autores, promoveu uma diminuição da frequência de ansiedade, depressão e, conseqüentemente, ocasionou uma melhoria na qualidade de vida e no índice de motivação dos usuários. Além disso, observou-se uma redução de atos agressivos, assim como melhorias na comunicação interpessoal. O CBD, por sua vez, efetua a manutenção dos efeitos psicóticos do THC e auxilia no tratamento da epilepsia - sintoma presente em autistas -, atuando como um anti-inflamatório.

Em que pese ainda haja a necessidade de se aprofundar nos estudos sobre a utilização do canabidiol como uma substância importante na terapia e desenvolvimento de pessoas autistas e o estigma conservador que permeia a legalização do uso da maconha para fins medicinais, estudos como o de Castro, Albino e Lima contribuem para comprovar os relatos feitos pela mãe de Ezra e reforçam a necessidade de se avaliar a implementação deste tipo de terapia em tratamentos de TEA.

xi. PEDIATRIA

O acompanhamento periódico do pediatra ou do clínico geral, junto ao autista, pode colaborar para um melhor diagnóstico e para o estabelecimento de condutas terapêuticas adequadas. Esse trabalho poderá ser enriquecido se o profissional se dispuser a interagir com o autista, sua família e seu ambiente doméstico, pois esta proximidade facilitará emergir um conhecimento mais amplo e, portanto, significativo (SÃO PAULO, 2013).

xii. NEUROPEDIATRIA

A Neuropediatria, sob o âmbito de TEA, está intimamente ligada à função de diagnóstico e acompanhamento das evoluções do quadro clínico. Assim, a área se encarrega de prescrever medicamentos durante o tratamento, com o intuito de amenizar sintomas em estágio mais acentuado e que, por sua vez, não são atenuados com terapias, a exemplo de momentos de irritabilidade, agressividade e distúrbios do sono (TOLEDO, 2018).

Além disso, ao perceberem quaisquer sinais de alteração no desenvolvimento das crianças, principalmente após a testagem de um diagnóstico precoce - que tende a trazer resultados mais assertivos na identificação de transtornos -, os pais devem recorrer a um neuropediatra para que se possa compreender os níveis de TEA e os próximos passos a serem seguidos (TOLEDO, 2018).

xiii. PSQUIATRIA

A psiquiatria exerce papel fundamental na compreensão do comportamento de autistas, e conseqüentemente na indicação de terapias cognitivo-comportamentais. Assim como na neuropediatria, psiquiatras também são essenciais no processo de diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com TEA. (SÃO PAULO, 2013).

Nesse ínterim, durante o processo de identificação, profissionais de psiquiatria levam em consideração os seguintes critérios para diagnóstico (MAS, 2018):

- a) a quantidade de sinais indicativos de transtornos típicos da infância; b) quais deles se ajustaram ao campo do que futuramente foi nomeado como TEA; c) como tais sinais se modificaram ao longo do tempo; d) quais sinais se ligaram com maior frequência e conexão entre si ao longo do tempo; e e) se houve aumento ou diminuição da precisão descritiva de tais sinais de uma edição para outra.

xiv. ODONTOLOGIA

Muitas vezes, são necessárias várias consultas ao dentista para que o autista possa se familiarizar com os instrumentos e, assim, colaborar no tratamento. Hoje, já existem dentistas especialistas no atendimento a deficientes. Essa especialização não é condição essencial para o êxito do tratamento. O resultado dependerá muito mais da habilidade do profissional frente às características comportamentais de cada paciente do que de conhecimentos específicos do autismo (SÃO PAULO, 2013).

xv. SERVIÇO SOCIAL

O serviço social, ou assistência social, concerne a uma política pública que objetiva a articulação da proteção social do indivíduo e de seus direitos. No caso de pessoas com TEA, assistentes sociais são essenciais em ações de inclusão destes indivíduos no mercado de trabalho, no acesso à educação e à saúde, ou seja, trata-se de um “guardião” de indivíduos que convivem com seus direitos sendo infringidos diariamente (SILVA; LOPES; QUINTANA, 2020).

A atuação do assistente social se desenvolve por intermédio de suas atribuições na elaboração, efetivação e avaliação de políticas públicas sociais, em diversificados espaços da proteção social, em políticas intersetoriais. Tendo como dever assessorar ou defender, atender e garantir os direitos do usuário, assim como previsto no Código de Ética do/a Assistente Social (SILVA; LOPES; QUINTANA, 2020).

Para isto, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, tem-se a Proteção Social Especial, responsável por promover programas e ações voltadas a pessoas com deficiência e idosos em realidades de ameaça social, pessoal ou de direitos. Assim, estes profissionais se encarregam de garantir o suporte social necessário para que indivíduos com TEA desenvolvam suas habilidades em estágios de habilitação, reabilitação e inclusão social, reduzindo os obstáculos para que estas pessoas não sofram preconceitos e até mesmo agressões. Além disso, oferecem orientações aos familiares para que estes consigam lidar com as situações que enfrentam os autistas (SILVA; LOPES; QUINTANA, 2020).

xvi. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O acompanhamento terapêutico visa garantir que as crianças usufruam de todas as atividades e projetos pedagógicos propostos pela escola. Dessa forma, encarrega-se de explicar e garantir o entendimento do indivíduo com TEA sobre as normas e dinâmicas sociais, ajudando-o, ainda, a expressar seus sentimentos e pensamentos de modo mais leve, em um ambiente saudável (INSTITUTO SINGULAR, 2021).

Esta modalidade de tratamento, por garantir um acompanhamento próximo da organização das atividades rotineiras, do planejamento mental e educacional e da

promoção de interações do indivíduo, contribui para que haja inclusão deste, assim como o empodera com maior autonomia e independência no dia a dia, no desenvolvimento de novas habilidades e em uma melhora na qualidade de vida (INSTITUTO SINGULAR, 2021).

xvii. PSICOPEDAGOGIA

O psicopedagogo pode ser considerado um profissional multidisciplinar, visto que, ao viabilizar a prática do engajamento educacional de pacientes, capacitação de profissionais e, conseqüentemente, contribuir para uma maior inclusão de indivíduos com TEA nas dinâmicas escolares, utiliza-se de abordagens da psicanálise, pedagogia, linguística, neurologia e outras áreas pertinentes ao processo de aprendizagem (BERTOLDI; BRZOZOWSKI, 2020).

Assim, os profissionais da psicopedagogia exercem papel fundamental no suporte aos professores, no sentido de elaborar cronogramas e planejamentos de aprendizagem baseados nas dificuldades e facilidades de cada indivíduo. Além disso, o psicopedagogo é essencial para a identificação e implementação de métodos nos processos de aprendizagem, capazes de promover ou potencializar o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, a exemplo da Terapia ABA, modo de intervenção referência para avaliação do comportamento dos indivíduos e traçar planos para prover melhorias aos indivíduos (BERTOLDI; BRZOZOWSKI, 2020).

xviii. NEUROPSICOPEDAGOGIA

Assim como o profissional citado acima, o neuropsicopedagogo atua fundamentalmente na inclusão de indivíduos com TEA em ambiente escolar, também responsabilizando-se pela identificação de fatores que direcionam à necessidade de uma atenção especializada, com base no desempenho na escola, em que pese este profissional não se encarregue de propor a utilização de métodos e práticas para atender os autistas (OLIVEIRA, 2021).

Dessa forma, segundo Oliveira (2021), o neuropsicopedagogo atua na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual da pessoa com TEA, em suporte à equipe pedagógica. O Plano, em sua versão final, proverá ações de intervenção que objetivam garantir as melhorias desejadas - seja de desenvolvimento motor, de

comunicação/socialização ou educacional - para cada aluno, com base em suas características individuais.

A Neuropsicopedagogia nesse sentido pode contribuir de forma muito importante nos casos do TEA, ao atuar junto com uma equipe multiprofissional realizando atividades, métodos avaliativos possibilitando e objetivando o melhor desenvolvimento das intervenções dos aspectos cognitivos, linguístico e social. Portanto, os métodos nesse tipo de intervenção são os reforçadores. O método ABA pode intencionalmente ensinar a criança a exibir comportamento mais adequado no lugar dos comportamentos problemas, relacionados a eventos ou estímulos futuros e com base nestas informações, o primeiro passo é traçar objetivos em curto prazo, visando à ampliação de habilidades e eliminação de comportamentos inadequados, realizando estratégias de prevenção (SÁ et al., 2019)

Por fim, em termos de intervenção neuropsicopedagógica ou psicopedagógica, ambas as áreas atuam no processo de estímulo de diversas frentes, seja de desenvolvimento físico, comunicativo e linguístico, comportamental e socialização (SÁ et al., 2019), o que comprova a eficácia e a necessidade de se incluir este tipo de terapia no processo de tratamento de indivíduos com TEA, visto que engloba ações em diferentes frentes de desenvolvimento da pessoa e, assim, é passível não somente de explorar suas dificuldades, como também suas potencialidades na busca por uma melhor qualidade de vida.

Neste momento, após o exposto sobre estas 18 formas de tratamento, é possível compreender a essencialidade da multidisciplinaridade e da intersectorialidade em políticas de cuidado e atenção às pessoas com TEA. Isto porque estas áreas se complementam entre si, agregando maior assertividade e qualificação no tratamento e, portanto, levando a maiores chances de melhora e desenvolvimento das diferentes habilidades necessárias por cada indivíduo.

Se por um lado a fonoaudiologia contribui no desenvolvimento da fala e da facilidade em comunicar-se, a educação física auxilia em progressos na coordenação motora, por exemplo, e a musicoterapia estimula o processo de expressões do indivíduo. Assim, quanto mais completo e abrangente, em diferentes áreas e setores, for o tratamento, maiores são as chances de se proporcionar uma vida mais autônoma e de qualidade às pessoas TEA.

3.3. Organização em rede do cuidado em saúde

De acordo com a Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias (2015), na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde, a principal ideia é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de lidar com a complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas em um país pautado por acentuadas desigualdades sociais (BRASIL, 2015). Este modo de organização, indo além do campo da saúde, possibilita maior agilidade para resolução da problemática, bem como garante maior resolutividade do tratamento, na medida em que possibilita maior autonomia e cidadania às pessoas com TEA e suas famílias.

A finalidade desta forma de organização das equipes é a preservação da singularidade das demandas, visto que valoriza a construção e sustentação de uma teia de relações com esses sujeitos e suas famílias. É necessário, em particular, que o acompanhamento de pessoas com TEA seja feito por algum profissional da equipe que seja técnico de referência. Assim, este profissional deve focar em proporcionar o cuidado contínuo, assim como garantir encaminhamentos de modo respeitoso, responsável e preocupado (BRASIL, 2015).

Apesar da escolha de determinados profissionais como referência, os demais profissionais continuam a exercer papel fundamental no acompanhamento da pessoa e de seus familiares. Isto porque fomenta debates e avaliações constantes sobre os Projetos Terapêuticos Singulares e lhes promove a manutenção necessária, com base nas respostas e análises adquiridas com pacientes no processo do cuidado (BRASIL, 2015).

Considera-se essencial que cada zona da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) arque com a responsabilidade de proporcionar diversas maneiras de acesso, bem como diferentes modalidades de cuidado, para que se consiga obter a compreensão necessária sobre as necessidades e o histórico dos indivíduos com TEA (BRASIL, 2015).

Assim, a tarefa de convocar os pontos de atenção da RAPS para o desenvolvimento de ações em campos como o de desenvolvimento neuropsicomotor e de atenção psicossocial, tem desempenhado papel fundamental para adquirir as respostas mencionadas acima. A Rede de Atenção Psicossocial precisa ser organizada com base nos arranjos de cada município e região, com equipamentos de saúde espalhados prontos para dar suporte aos indivíduos com TEA e seus familiares (BRASIL, 2015).

A RAPS foi formulada com os seguintes componentes: Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Estratégias de Reabilitação Psicossocial, Centros de Convivência e Cultura, Atenção à Urgência e Emergência, Leitos e Enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral, Estratégias de Desinstitucionalização (BRASIL, 2015).

i. Atenção Básica

Trata-se da principal ordenadora das Redes de Atenção. Em caso de riscos para os indivíduos com TEA:

Detecção precoce de risco para os transtornos do espectro do autismo”, a vinculação com os profissionais, os primeiros contatos com a família e com a criança, o acolhimento da angústia dos pais com as alterações apresentadas, as orientações que respeitem e levem em consideração a cultura e o modo de organização daquela família são fundamentais e podem impactar positivamente no desenvolvimento global da criança (BRASIL, 2015).

ii. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Neste caso, o NASF pode desempenhar (BRASIL, 2015):

- Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, a partir da capacitação e geração de experiência para os profissionais (visitas domiciliares, atendimentos em grupos, intervenções).
- Estudo e discussão de casos e situações por meio de reuniões de equipe ou a distância.
- Apoio à elaboração de projeto terapêutico singular ou desenvolvimento de projeto de saúde no território (trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações perante os equipamentos públicos).

O NASF atua como uma ferramenta utilizada para contribuir de maneira unificada e de responsabilidade conjunta para o *processo diagnóstico*, a *proposição do projeto terapêutico singular*, e a sua *viabilização de fato* (BRASIL, 2015).

iii. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS é um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. Além do cuidado, o CAPS atua na oferta de apoio matricial às equipes de saúde da família e aos pontos de atenção às urgências,

apoiando e subsidiando o processo diagnóstico e o acompanhamento direto das situações graves e se responsabilizando pela atenção às urgências (BRASIL, 2015).

As diferentes formas de abordagens, assim como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e de suas famílias. Deverão ser incluídos ainda outros pontos de atenção da saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e as instituições de ensino (BRASIL, 2015).

iv. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

As estratégias de reabilitação psicossocial buscam promover e intensificar ações de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares da RAPS e outras iniciativas fundamentais para a garantia de efetiva participação social e de acesso aos direitos, como o acesso à cultura e à educação. Este componente é de fundamental importância para a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) de adolescentes em idade adequada para o trabalho, jovens e adultos com TEA.

v. Centros de Convivência e Cultura

Desenvolvem ações que extrapolam o campo da saúde e articulam intervenções culturais, com estímulo à realização de novas habilidades e ao convívio social, agregando as mais diferentes pessoas a partir de interesses comuns. Estes serviços podem ser de extrema importância na construção de PTS para as pessoas com TEA e suas famílias em todos os ciclos de vida.

vi. Atenção à Urgência e à Emergência

A parceria com a família e o envolvimento mais próximo de profissionais de referência são fatores fundamentais para a identificação de agravamentos clínicos quando se compreende a singularidade em que indivíduos com TEA para expressar o que sentem (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, dois pontos de atenção são essenciais para que o cuidado nas situações de urgência envolvendo as pessoas com TEA seja efetivo (BRASIL, 2015):

- a) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental.
- b) Unidade de Pronto Atendimento (UPA): realiza o pronto atendimento das demandas de urgência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. Realiza o acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata em situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

vii. Leitos ou enfermarias de saúde mental em Hospital Geral

Pontos responsáveis pela realização da atenção às pessoas cujo agravamento clínico requeira acesso à tecnologia hospitalar, em âmbito de internação. Exerce papel fundamental para o restabelecimento das condições clínicas, provendo, assim, intervenções de curtíssimas ou curtas durações. Além disso, responsabiliza-se pela investigação de comorbidades que enfatizam o agravamento e pela preservação de vínculos com outros pontos de atenção para que a continuidade do cuidado se dê de forma assertiva (BRASIL, 2015).

viii. Estratégias de Desinstitucionalização

Este componente atua a partir de iniciativas que buscam garantir o cuidado integral para indivíduos em situação de internação de períodos permanência mais extensos por meio de estratégias substitutivas. Assim, o direcionamento rumo à inclusão social se dá por meio da garantia dos direitos essenciais, da promoção da autonomia e do exercício da cidadania (BRASIL, 2015).

É momento agora de compreender como são organizados os arranjos e dispositivos para o cuidado, com foco no Projeto Terapêutico Singular (PTS), para que de fato se tenha um acompanhamento mais assertivo de pessoas com TEA e seus familiares.

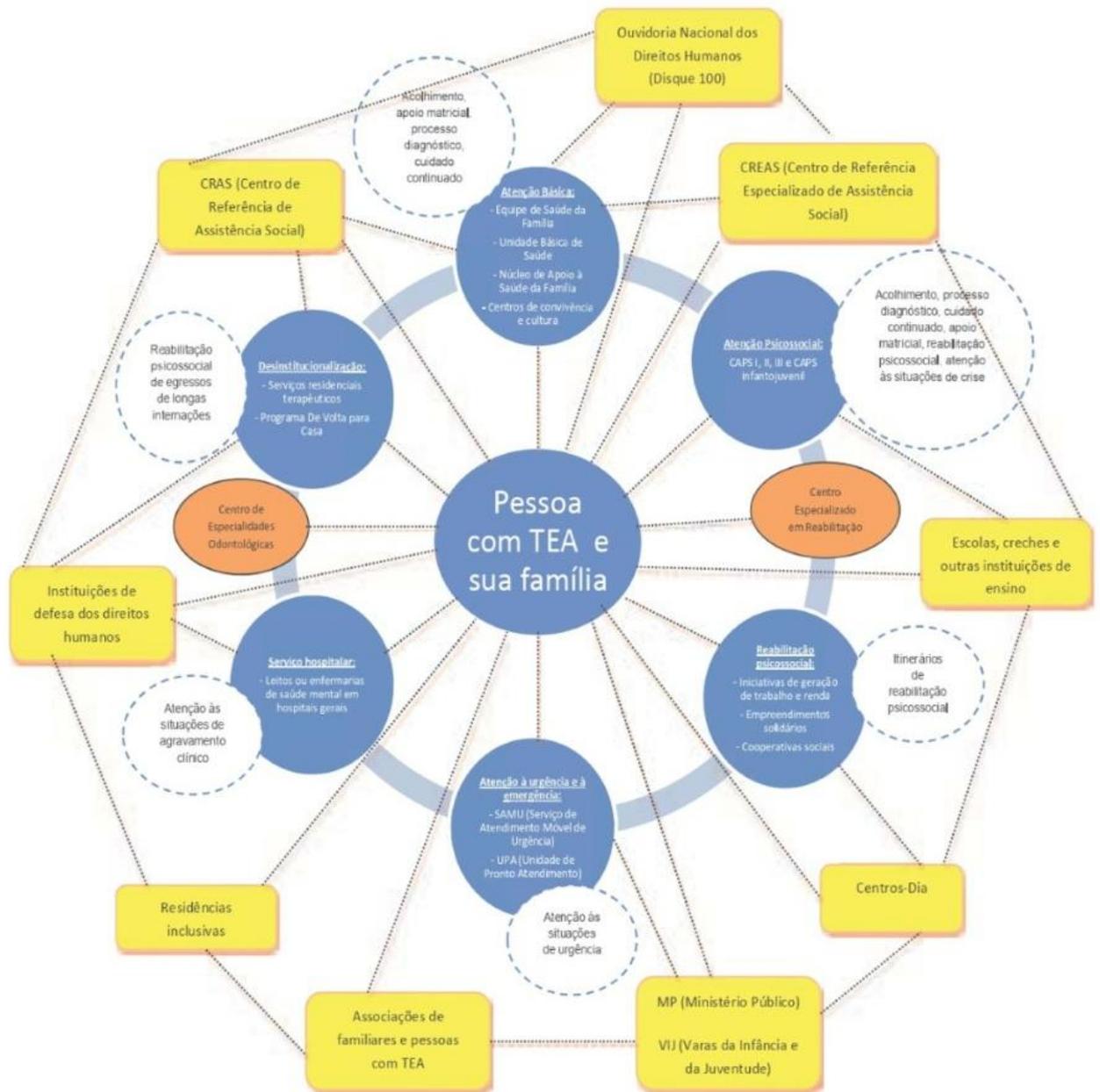


Figura 7. Articulações e Itinerários na Rede Ampliada.
Fonte: BRASIL, 2015.

A imagem acima se refere à rede ampliada de cuidados da pessoa autista. Trata-se de uma esfera de cuidados que engloba não apenas saúde, mas educação, assistência social, além do Poder Judiciário. A relação entre os componentes da rede ampliada é complexa e muitas vezes difícil de ser articulada e aplicada obedecendo as necessidades de cada indivíduo, pois implica uma série de adaptações nos serviços, considerando as especificidades de cada caso, ressaltando que o TEA é um espectro e se manifesta de diversas formas em cada paciente.

No diagrama é possível observar a organização da Rede de Atenção Psicossocial em termos que envolvam contextos municipais e regionais, bem como diferentes articulações intra e intersetoriais. A fins de explicações que contribuam para o entendimento, os círculos em azul representam os componentes da RAPS, que reforçam o princípio de multidisciplinaridade da rede e sua capacidade de proporcionar acesso a diferentes modalidades de tratamento que respondam às necessidades dos indivíduos com TEA.

Além disso, os círculos com bordas pontilhadas e sem preenchimento retratam a funcionalidade primária de cada componente da RAPS, para que se possa compreender, de modo simples, a atuação de cada uma. Os círculos em laranja correspondem a componentes da Atenção Especializada em Reabilitação, sob o âmbito da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSPD).

A fim de prover explicações sobre o diagrama e a significação do círculo em laranja, o presente trabalho se encarregará de focar no componente Atenção Especializada em Reabilitação. Este, por sua vez, é composto por quatro pontos de atenção (BRASIL, 2015):

1. Centros Especializados em Reabilitação Física, Intelectual, Auditiva, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (CER II, III ou IV, dependendo do número de modalidades de reabilitação ofertadas pelo Centro);
2. Estabelecimentos de Saúde habilitados como serviço de reabilitação em apenas uma modalidade das descritas anteriormente;
3. Oficina Ortopédica (como serviço de apoio à reabilitação física);
4. Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Trata-se, portanto, de um formato de atenção especializado à necessidade de cada indivíduo com deficiência, que contempla diferentes modalidades e conta com uma equipe multidisciplinar, capaz de proporcionar um tratamento completo e de qualidade (BRASIL, 2015). No diagrama, são destacados os itens 1 - Centros Especializados em Reabilitação - e 4 - Centros de Especialidades Odontológicas.

Os retângulos em amarelo são os agentes envolvidos nestes processos de fornecimento da Atenção Psicossocial, a citar instituições, órgãos e até mesmo indivíduos, o que caracteriza o caráter intra e intersetorial da RAPS.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Figura 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Fonte: COSEMSSP, 2017.

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência foi implementada pelo Ministério da Saúde, com o intuito de criar pontos de atenção, promover a qualificação e a ampliação de novos pontos, direcionados aos cuidados de pessoas com deficiência. A referida rede atua com base em diretrizes consonantes às orientações e princípios do SUS. Assim, encarrega-se de prover cuidados específicos de habilitação e reabilitação (BRASIL, 2015).

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012, p. 316), a reabilitação é vista como “um conjunto de medidas para auxiliar os indivíduos que enfrentam ou podem enfrentar deficiência, objetivando alcançar e manter um nível ótimo de funcionalidade em interação com seu ambiente”. Os seguintes parâmetros são usados para nortear a reabilitação: prevenção da perda funcional, redução do ritmo de perda funcional, melhora ou recuperação da função, compensação da função perdida, manutenção da função atual (BRASIL, 2015).

Em termos de TEA, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência é responsável por traçar estratégias terapêuticas voltadas a ações que busquem o desenvolvimento de habilidades e aos desafios empregados pelas limitações

funcionais. Dessa forma, o direcionamento destas ações ocorre por meio da habilitação e da reabilitação, com foco nas capacidades cognitivas, de comunicação e de interação/participação social do indivíduo (BRASIL, 2015).

Da mesma forma que a RAPS, a RCSPD é constituída por componentes basilares ao seu funcionamento, a citar, conforme figura 8: a) Atenção Básica; b) Atenção Especializada em Reabilitação; e, c) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Para que o cuidado ocorra integralmente e de modo efetivo, é indispensável que haja a articulação entre os componentes e os respectivos pontos de atenção (BRASIL, 2015).

O diagrama apresenta o nível de maturidade, preocupação e de planejamento envolvido no desenvolvimento de ações no âmbito da organização com os cuidados da saúde, a fim de se assegurar o acesso integral, universal, multidisciplinar e qualificado à saúde às pessoas com TEA e demais transtornos. Expõe, ainda, como todos os agentes são importantes para que a Rede possa acontecer, assim como que os princípios e diretrizes norteadoras das ações devem ser bem definidos para que a articulação se efetive corretamente, em que cada agente exerce papel fundamental no oferecimento da saúde e da qualidade de vida, em todos os setores da vida do indivíduo.

É possível depreender que a ideia de uma Rede Ampliada, como a proposta pelo Ministério da Saúde, é passível de ser a responsável por elevar a qualidade, assim como promover o direito à saúde no Brasil. Em que pese a dificuldade de implementação de uma articulação tão bem planejada e diversa, já é possível vislumbrar instituições, como o Centro de Reabilitação e Estimulação do Neurodesenvolvimento (CREN), ou Clínica-Escola do Autista, em Santos, que o fazem na prática.

A Clínica-Escola do Autista é referência na linha do cuidado com autistas, sendo o Primeiro Equipamento do Brasil oferecido cem por cento pelo SUS, prestando atendimento e tratamento às pessoas com TEA de todas as idades, não levando em consideração somente a idade escolar e já totalizando 120 pacientes.

Imprescindível mencionar este modelo de Centro Especializado, complementar à saúde mental, visto que atualmente, conta com 15, dentre as 18 terapias supramencionadas nesta pesquisa, sendo as exceções: hidroterapia, equoterapia e pediatria, o que comprova a efetividade de políticas públicas na disponibilização de uma ampla gama de atendimentos especializados à população, o que reforça o

caráter interdisciplinar do projeto. O CREN é referência ainda pela realização de diagnóstico precoce por meio da Terapia ABA.

A equipe de trabalho é formada por profissionais de Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Assistência Social, Intervenção Pedagógica (Psicopedagogia), Educação Física, Odontologia e Psiquiatria, além da diretoria, coordenação, secretaria, segurança, serviços gerais e manutenção preventiva e corretiva (SANTOS, 2021).

A gestão do equipamento e operacionalização das atividades são realizadas pela Organização Social USC Saúde, de forma compartilhada com a Prefeitura Municipal de Santos. A USC Saúde, que realiza a gestão da unidade, possui seu acervo técnico referenciado na Universidade Santa Cecília, uma das melhores universidades do Brasil, com mais de 60 anos de atividades de excelência no ensino superior.

Ressaltam-se as especificidades do equipamento, que necessita de recursos humanos altamente qualificado, com supervisões, treinamentos e capacitações periódicas, educação continuada sobre ABA e TEA, educação permanente em saúde no SUS, fatores que garantem a qualidade dos atendimentos de forma humanizada de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, assim como ressalta a presidente da organização social, Caroline Simões Teixeira: "...São profissionais capacitados para atender com maior qualidade possível essas pessoas. Será um ganho para Santos" (SANTOS, 2020).

Neste quesito, a Clínica, em suas origens – 2020 -, quando idealizada pelo Grupo Acolhe Autismo, enfrentou desafios principalmente metodológicos, visto a baixa adesão de órgãos públicos para as propostas de se criar uma instituição que utilizasse terapias "mais recentes", como a ABA, com sua base filosófica no behaviorismo radical e terapias comportamentais, em confronto com algumas ideologias ainda enraizadas nos servidores públicos sobre os melhores formatos de diagnóstico e tratamento de pessoas com TEA.

O Grupo Acolhe Autismo, composto por pais, cuidadores e indivíduos autistas, portanto, ao idealizar um novo formato de Clínicas Especializadas, incentivou que as ações adotadas pelo CREN fossem extremamente direcionadas, dessa forma podemos observar a efetivação do modelo de *Política social ou baseada em direitos* em Santos, pois o equipamento foi elaborado a partir de reivindicações de pessoas

com deficiências, assim estes indivíduos adquiriram e garantiram o seu direito real à cidadania.

Dessa forma, assim como a Lei Berenice Piana, originada por meio da luta de Berenice Piana pelos direitos de seu filho autista, o CREN também nasce sobre a luta, reivindicações e busca por melhorias de pessoas que conhecem a realidade do transtorno.

Em 2016, o então prefeito Paulo Alexandre Barbosa (PSDB/SP) sancionou a Lei Municipal 3.280, responsável por efetivar políticas públicas em termos de TEA e proteger os direitos de indivíduos com o transtorno. Além disso, foi instaurado um grupo técnico de trabalho, formado por autistas e familiares, o que reforça ainda mais a questão de garantia da visibilidade a essa pauta por aqueles que convivem com os desafios e preconceitos impostos pela sociedade.

Outro aspecto a ser destacado sobre a lei aprovada no Município de Santos é a valorização da intersetorialidade enquanto garantia de direito ao autista, assim como o foco no desenvolvimento de políticas públicas para prestar o cuidado necessário à estas pessoas, como futuramente viria a ser personificado no CREN. De acordo com normativa, portanto, é direito da pessoa com TEA (SANTOS, 2016):

III - o acesso a ações e serviços de saúde, visando 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;
- d) os medicamentos;
- e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

- a) à educação e ao ensino profissionalizante;
- b) à moradia;
- c) ao mercado de trabalho;
- d) à previdência social e à assistência social.

Em questões de infraestrutura, a Clínica conta com quadra poliesportiva, salas de atendimento, salas de integração sensorial, casa de AVD, horta e até mesmo um consultório odontológico, estando em consonância com o aparato necessário para que se possa oferecer as quinze modalidades terapêuticas mencionadas (PINDAMONHANGABA, 2021).

O CREN reforça ainda a importância de políticas públicas para o desempenho de um sistema governamental de qualidade, em que os diferentes setores de um país se articulem entre si e se desenvolvam em conjunto, com o intuito de prover aos cidadãos serviços cabíveis aos seus direitos de modo igualitário, qualificado e cada vez mais inclusivo.

Sob esta lógica, com a Clínica, diversos autistas terão acesso a tratamentos direcionados e de qualidade, o que impulsiona os pacientes a enfrentarem as barreiras impostas para o seu desenvolvimento e autonomia, sem custos para aqueles que não possam arcar com custos exorbitantes para acessar tratamentos muitas vezes tão complexos e personalizados. De acordo com o ex-Secretário de Saúde de Santos, Fábio Ferraz, “é um espaço que vai ser referência para o Brasil. Santos escreve mais um capítulo da história da saúde pública” (SANTOS, 2020).

Dessa forma, a Clínica-Escola do Autista de Santos já é, e deve continuar sendo, um modelo de promoção e articulação em rede a se espelhar. Contar com um escopo em que cada agente exerce papel fundamental no desenvolvimento dos projetos, com uma equipe interdisciplinar que atende as principais terapias de intervenção e com apoio de órgãos públicos do município e da iniciativa privada, o CREN cumpre a hipótese de que é possível existir uma rede pública integrada, planejada e efetiva.

Agregar as devidas proporções de importância a este tipo de instituição, contribuirá para que ações para autistas e pessoas com deficiência sejam mais frequentes em todos os estados do país e reforçará a essencialidade do SUS para o funcionamento da saúde, como um todo, no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou compreender a importância de uma Rede Ampliada planejada e estruturada como instrumento de promoção da saúde, direito documentado em leis e protocolos brasileiros à população com Transtorno do Espectro Autista. Para que pudesse ser construído, foram analisados fenômenos como: a) as próprias características dos autistas, a fim de que se pudesse entender as particularidades e comorbidades envolvidas no espectro; b) o histórico normativo e documental direcionados aos direitos dessa população, como forma de relacionar com as evoluções de políticas públicas observadas no Brasil; e, c) o histórico procedimental de cuidado do SUS quanto às pessoas com TEA, relacionando-o com a rede intersetorial ampliada ideal para a saúde no país.

No que tange às características de pessoas autistas, averiguou-se a relevância de um diagnóstico precoce, aliado a uma intervenção, para o desenvolvimento mais eficaz e rápido dos indivíduos. De acordo com o analisado, o diagnóstico direciona não somente o tratamento especializado para o autista, com base em suas comorbidades e particularidades identificadas, assim como contribui para a frear a evolução dos sintomas e desenvolver/potencializar habilidades.

Ademais, foram identificadas dezoito modalidades de terapia a serem utilizadas em intervenções inter e transdisciplinares, retiradas de referências documentais, como o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), de 2013, que influenciam diretamente na qualidade do diagnóstico e do tratamento destas pessoas. Somado a estas, estão ainda a Terapia ABA, Cognitivo Comportamental e a Integração Setorial.

Sob este cenário, que o cuidado e o respeito às individualidades de cada um fazem toda a diferença na melhoria da qualidade de vida da pessoa autista, ficou-se comprovado. É momento agora de postular sobre a essencialidade do SUS nessa construção. O Sistema Único de Saúde é um dos principais sistemas do mundo, elevando a saúde no Brasil se pautando em princípios como a universalidade, a participação social, a descentralização e a integralidade.

Fato que se observou durante o trabalho é que as políticas públicas, em sua maioria com o envolvimento do SUS, são fundamentais para se criar no país uma cultura de inclusão, não discriminação e universalidade. O SUS, enquanto

equipamento público que se pauta por princípios como este, é uma ferramenta primordial para a implementação desta cultura. Além disso, pregando-se pela descentralização, os municípios e órgãos estaduais possuem maior autonomia para projetar políticas públicas com base na realidade de cada população e região.

Merece atenção, portanto, o processo de desmantelamento pela qual tem passado o Sistema. Ao longo dos últimos anos, observou-se uma intensa movimentação rumo à resistência, por parte de profissionais de saúde e determinados cargos do governo, pela política que compõe o SUS, muito por ser regido por princípios conflitantes aos interesses socioeconômicos destas classes.

Outro desafio enfrentado pelo SUS é a dinâmica de mercantilização da saúde, em que as operadoras de plano de saúde, por projetos de lei apresentados ao Senado, não seriam mais obrigadas a cobrir custos de tratamentos que não estivessem listados pela Agência Nacional de Saúde, o que dificultaria o acesso à saúde para muitos brasileiros, em especial, aos autistas. Ademais, em uma política denominada de *laissez-faire*, em que há a promoção da exclusão de muitos, este processo de privatização da saúde pública acaba por ser um nível a ser subido para a concretização dos interesses de poucos.

Apesar disso, é imprescindível, e não devem ser desconsideradas nunca, a potência emanada por políticas públicas, sejam elas de governo federal, estadual ou municipal, e por movimentos sociais na luta por direitos e inclusão. Como reflexo disso, é necessário pontuar sobre a evolução histórica de importantes protocolos, leis e documentos – como a Lei Berenice Piana as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que regem o cuidado com pessoas autistas no Brasil e que, certamente, impactam para que o país siga buscando, da forma que seja possível, o modelo ideal e comprovadamente instaurável, como será vislumbrado adiante: uma rede intersetorial e ampliada.

No que tange à Rede Ampliada, proposta pelo Ministério da Saúde, sua organização é composta por equipes direcionadas a compreender, de modo qualificado, as necessidades e particularidades de cada paciente, no intuito de prestar o apoio requisitado também às famílias. É imprescindível que os profissionais escolhidos para o tratamento sejam técnicos na área, para que os diagnósticos e resultados sejam os melhores possíveis.

Interessante pensar ainda na complexidade e maturidade da rede articulada, uma vez que não envolve somente agentes e instituições da saúde, como também

outros setores e graus de parentesco com o paciente. Isto demonstra a preocupação dos aparatos de saúde em entregar uma saúde completa e que, de fato, seja um diferencial na vida das pessoas que necessitam utilizar deste tipo de serviço. Torna-se ainda mais relevante o tema, quando se reflete que, em sua maioria, a articulação envolve instituições públicas, o que demonstra o papel fundamental do Estado enquanto apoiador, incentivador e implementador de políticas que atinjam e desenvolvam, proporcionalmente, estas diferentes frentes que compõem a rede, tornando-a cada vez mais integralizada e inclusiva.

Por mais complexa e idealizada que pareça ser a possibilidade de implementação deste projeto, a Clínica-Escola do Autista de Santos, CREN, comprovou que é possível instaurá-lo na prática, viabilizando a hipótese do presente trabalho de que as políticas públicas de fato são fundamentais para a promoção da saúde no país. Somado a isso, é necessário pontuar que, em que pese algumas divergências para a criação do CREN, existe no município uma preocupação dos órgãos públicos municipais em desenvolver projetos e normas que incluam cada vez mais pessoas com deficiência às rotinas da sociedade, como a referida lei 3.280/2016, que dispõe sobre políticas públicas para a população autista.

Além disso, a Clínica atua, em sua totalidade, sob o âmbito do SUS, o que reforça ainda mais a teoria de que as políticas públicas funcionam. O centro, atualmente, já conta com mais de 120 pacientes, quinze terapias das dezoito mencionadas neste texto e é uma referência para outros municípios e estados, recebendo até mesmo visitas como de representantes da Prefeitura de Macapá para que fosse estudado o modelo e sobre a possibilidade de implementação na região (DIÁRIO DO AMAPÁ, 2022).

Assim, a cidade de Santos foi novamente pioneira em iniciativas na área da saúde mental, iniciando a trajetória desde a intervenção no Hospital Anchieta, até a implementação do CREN sob o âmbito do SUS. Vale ressaltar que a mobilização social foi fundamental para os representantes do poder legislativo e executivo, como Paulo Paim (PT/RS) com o projeto de Lei Berenice Piana e Paulo Alexandre Barbosa (PSDB/SP) com a Lei que garante os direitos da população autista no município de Santos. Dessa forma, pudemos observar na prática a efetividade da pressão da sociedade para o aprimoramento de políticas públicas, principalmente dos serviços de saúde mental, mantendo, por consequência, o pioneirismo da cidade de Santos na saúde do nosso país.

Em conclusão, compreende-se que tornar a rede de saúde, figurada no SUS, cada vez mais articulada e em níveis de intersetorialização é fundamental na implementação de políticas públicas e de uma organização sistêmica capaz de promover o direito à saúde não somente para pessoas com TEA, como para todos os brasileiros, tornando-se integral em sua totalidade. Além disso, em que pese os projetos e ações que visem o desmantelamento do SUS por parte de agentes do governo federal, os municípios possuem autonomia para definir diretrizes domésticas, juntamente com setores do Ministério da Saúde, que permita este tipo de articulação e integração, respeitando o princípio de descentralização do SUS.

Em suma, um sistema de saúde no qual os indivíduos tenham acesso gratuito, extensível a todos, com profissionais de qualidade e terapias não tão usuais, sem que seus dados sejam vazados a fins de mercantilização de seu histórico médico, é o mundo ideal e, conforme comprovado, é passível de implementação. É necessário que os agentes envolvidos neste processo tenham consciência sobre a importância de projetos como este, bem como de o papel fundamental que exercem em prol da saúde e lutem para que referências como o SUS e suas políticas públicas não sejam desconstruídas por interesses econômicos e/ou políticos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Os Perigos do Open Health. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, set. 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/carta-aberta-os-perigos-do-open-health/68440/>. Acesso em: 22 out. 2022.

ALMEIDA, M. S. R. Protocolos oficiais diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista no Brasil. **Instituto Inclusão Brasil**, 08 fev. 2021. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/protocolos-oficiais-diagnostico-do-transtorno-do-espectro-autista-no-brasil/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

ALVARENGA, N. M. d. Lei Berenice Piana e inclusão dos autistas no Brasil. **FADIVA**, [S.l.], 2017. Disponível em: <https://fadiva.com.br/documentos/jusfadiva/2017/06.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2012-2013. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

ANGLEY, N. Maconha medicinal e autismo: “Estou trazendo meu filho de volta”, diz mãe. **CNN**, 19 dez. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/maconha-medicinal-e-autismo-estou-trazendo-meu-filho-de-volta-diz-mae/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

AUTISMO E REALIDADE. O que é comorbidade? **Autismo e Realidade**, [S.l.], 07 jan. 2020. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2020/01/07/o-que-e-comorbidade/>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BORGES, M. L.; COSTA, J. R. C. Abordagens das políticas públicas para a inclusão de pessoas com deficiência no Brasil. *In*: CERS. **Revista Científica Disruptiva**, [S.l.], v. 1, n. 3, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://revista.cers.com.br/ojs/index.php/revista/article/view/51/25>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BOSA, C. A.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

BRASIL. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. *In*: Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, 2ª ed., 16 p., Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf. Acesso em: 05 abr. 2022.

BRASIL. A saúde no Brasil. *In*: Ministério da Saúde. **Centro Cultural do Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/conquistas.php>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRASIL. Autismo: Orientação para os Pais. *In*: Ministério da Saúde. **Casa do Autista**, 38 p., Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf. Acesso em: 05 abr. 2022.

BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico. *In*: Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**, 2ª ed., Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016, 496 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 1 mar. 2022.

BRASIL. Comissão aprova assistência integral do SUS após diagnóstico de Covid-19. **Câmara dos Deputados**, 04 mai. 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/871380-comissao-aprova-assistencia-integral-do-sus-apos-diagnostico-de-covid-19/>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Casa Civil**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 28 mai. 2022.

BRASIL. Decreto nº 10.530, de 26 de outubro de 2020. Dispõe sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada. **Câmara dos Deputados**, out. 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2020/decreto-10530-26-outubro-2020-790760-publicacaooriginal-161723-pe.html>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. **Ministério da Saúde**, [S.l.], 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37250.html>. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). *In*: Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, 86 p., Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 09 mar. 2022.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm. Acesso em: 12 mar. 2022.

_____. Lei no 8.080/90, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 15 mar. 2022.

_____. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Casa Civil**, Brasília, DF, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 15 mar. 2022.

_____. Linha de Cuidado para a Atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. *In*: Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Especializada e Temática**, 156 p., Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

_____. PL 6379/2019. Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de musicoterapeuta. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2233401>. Acesso em: 22 out. 2022.

_____. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Sistema Legislativo de Saúde**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Sistema Legislativo de Saúde**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 09 mar. 2022.

_____. Projeto anula inclusão de unidades básicas do SUS em programa de privatização do governo. **Câmara dos Deputados**, out. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/703350-projeto-anula-inclusao-de-unidades-basicas-do-sus-em-programa-de-privatacao-do-governo/>. Acesso em: 22 out. 2022.

_____. Resolução Normativa RN nº 469, de 9 de julho de 2021. Altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Ministério da Saúde**, jul. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2021/res0469_12_07_2021.html. Acesso em: 22 out. 2022.

_____. Saúde Mental tem investimento de R\$ 57 milhões em 2021. *In*: Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS**, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15316>. Acesso em: 05 nov. 2022.

_____. Sistema Único de Saúde. Saúde de A a Z. **Ministério da Saúde**, s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus>. Acesso em: 22 out. 2022.

BERTOLDI, F. S.; BRZOWSKI, F. S. O papel da psicopedagogia na inclusão e na aprendizagem da pessoa autista. **Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia**, ed. 114, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/648/o-papel-da-psicopedagogia-na-inclusao-e-na-aprendizagem-da-pessoa-autista>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CARVALHO, J. A.; et. al. Nutrição e Autismo: considerações sobre a alimentação do autista. *In*: Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. **Revista Científica do ITPAC**, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/revista/51/1.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

CASTRO, A. C. d. S. d.; ALBINO, G. R. A.; LIMA, R. N. O uso da *cannabis* no Transtorno do Espectro Autista. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 4, n. 4, 2022. Disponível em: <http://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Open Health: a nova tentativa de privatização da saúde. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, jan. 2022. Disponível em: <https://cebes.org.br/open-health-a-nova-tentativa-de-privatizacao-da-saude/28069/>. Acesso em: 22 out. 2022.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

CORREIA, V. Musicoterapeuta: entenda a profissão que pode ser regulamentada na Câmara. **Correio Braziliense**, 28 jun. 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/06/5018433-comissao-da-camara-pode-votar-regulamentacao-da-musicoterapia-nesta-terca-28.html>. Acesso em: 22 out. 2022.

COSEMSSP. #Dicadogestor: O que é uma RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)? **COSEMSSP**, 2017. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/o-que-e-uma-raps-rede-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

D'ANTINO, M. E. F. Interdisciplinaridade e Transtornos globais do desenvolvimento: uma perspectiva de análise. *In*: Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Caderno de Pós-Graduação de Distúrbios do Desenvolvimento**, v.8, São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Caderno_vol_8/7_INTERDISCIPLINARIDADE_E_TRANSTORNOS_GLOBAIS_DO_DESENVOLVIMENTO_UMA_PERSPECTIVA_DE_ANALISE.pdf. Acesso em: 1 mar. 2022.

DIÁRIO DO AMAPA. Prefeitura visita Clínica Escola do Autista em SP e estuda implantação em Macapá. **Diário do Amapá**, 16 fev. 2022. Disponível em: <https://www.diariodoamapa.com.br/cadernos/politica/prefeitura-visita-clinica-escola-do-autista-em-sp-e-estuda-implantacao-em-macapá/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FARIAS, L. L. Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. **Argum.**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 47-66, set./dez. 2019. DOI 10.18215. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v11i3.22727>. Acesso em: 28 ago. 2022.

FEITOSA, T. Transtorno do Espectro Autista: 8 anos e 3 meses da Lei Berenice Piana. **Agência de Notícias das Favelas**, 02 abr. 2021. Disponível em: <https://www.anf.org.br/transtorno-do-espectro-autista-8-anos-e-3-meses-da-lei-berenice-piana/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FENAFAR. Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde. *In*: Carta Capital. **FENAFAR**, mai. 2022. Disponível em: <https://fenafar.org.br/2022/05/13/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude/>. Acesso em: 22 out. 2022.

G1. Tratamento de autistas pode ser prejudicado após STJ permitir que planos de saúde não atendam procedimentos fora da lista da ANS. **G1**, Bahia, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2022/06/14/tratamento-de-autistas-pode-ser-prejudicado-apos-stj-permitir-que-planos-de-saude-nao-atendam-procedimentos-fora-da-lista-da-ans.ghtml>. Acesso em: 28 ago. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO SINGULAR. Autismo na Escola. **Instituto Saber**, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://institutosingular.org/autismo-escola/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

KANNER, L. **Autistic Disturbances of Affective Contact**. São Paulo: Casa do Psicólogo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1943.

KERCHES, D. TEA na CID-11: o que muda? *In*: Autismo e Realidade. **TEA no Dia a Dia**, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2022/01/14/tea-na-cid-11-o-que-muda/#:~:text=Na%20CID%2D11%2C%20o%20Transtorno,ou%20comprometimento%20da%20linguagem%20funcional>. Acesso em: 28 nov. 2022.

KRUGER, H. V. Políticas de saúde: você conhece os princípios do SUS? *In*: IPOG. **IPOG Blog**, 2020. Disponível em: <https://blog.ipog.edu.br/saude/principios-do-sus/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

LAÇOS DE SAÚDE. Assistência Integral. **Laços de Saúde**, s.d. Disponível em: <https://lacossaude.com/assistencia-integral/>. Acesso em: 22 out. 2022.

LANGE, C. H. CID-10 e CID-11: guia descomplicado para saber as novidades da nova Classificação Internacional das Doenças. **Medplus**, 10 mar. 2022. Disponível em: <https://www.medplus.com.br/cid-10-e-cid-11-2/#:~:text=O%20texto%20anterior%2C%20a%20CID,cap%C3%ADtulo%2C%20foi%20inclu%C3%ADda%20a%20transexualidade>. Acesso em: 28 nov. 2022.

MACIEL, I. Análise do Comportamento auxilia no tratamento de TEA. *In*: Instituto de Psicologia da USP. **Portal de Divulgação Científica do IPUSP**, [S.l.], 04 jul. 2019. Disponível em: <https://sites.usp.br/psicosp/category/dossies/autismo/>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MAENNER, M. J.; PhD et all. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID - (API)**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/icdapi/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

MAS, N. A. **Transtorno do Espectro Autista - história da construção de um diagnóstico**. Orientador: Christian Ingo Lenz Dunker. 103 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/publico/mas_me.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Lei Estadual 5863/22. Dispõe sobre a vedação a limitação de consultas e sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia no tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Assembleia Legislativa**, Mato Grosso do Sul, abr. 2022. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ms/lei-ordinaria-n-5863-2022-mato-grosso-do-sul-dispoe-sobre-a-vedacao-a-limitacao-de-consultas-e-sessoes-de-fisioterapia-fonoaudiologia-terapia-ocupacional-e-psicoterapia-no-tratamento-das-pessoas-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. d. C. G.; SILVA, A. L. A. d. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017168321. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

NASCIMENTO, M. A. d.; PEREIRA, M.; GARCIA, S. C. M. Autismo Infantil: acolhimento e tratamento pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Valore**, Volta Redonda, v. 2, a. 1, p. 155-167, jun. 2017. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/35>. Acesso em: 28 ago. 2022.

OLIVEIRA, A. P. D. d. As contribuições da Neuropsicopedagogia Institucional para a inclusão escolar do transtorno do espectro autista (TEA). *In: Faculdade Censupeg. Blog Censupeg*, 2021. Disponível em: <https://www.censupeg.com.br/blog/posts/as-contribuicoes-da-neuropsicopedagogia-institucional-para-a-inclusao-escolar-do-transtorno-do-espectro-autista-tea>. Acesso em: 29 nov. 2022.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, a. 6, Rio de Janeiro, jun. 2018. DOI 10.1590. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 28 ago. 2022.

PARANÁ. Transtorno do Espectro Autista. **Secretaria de Saúde**, s.d. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Transtorno-do-Espectro-Autismo-TEA#:~:text=O%20transtorno%20do%20espectro%20autista,repert%C3%B3rio%20restrito%20de%20interesses%20e>. Acesso em: 29 nov. 2022.

PIEKZARZ, A.; BÔA, A. S.; BORCHARDT, C. **A importância da educação física adaptada para crianças com autismo no ensino regular**. Orientador: Karina de Andrade Fonseca. 2017. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) - Faculdade Capixaba de Nova Venécia, Nova Venécia. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2019/04/a-importancia-da-educacao-fisica-adaptada-para-criancas-com-autismo-no-ensino-regular.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

PINDAMONHANGABA. Saúde Mental e Mães de Azul visitam Clínica-Escola do Autista em Santos. *In: Vale Informa. Prefeitura de Pindamonhangaba*, 10 mai. 2021. Disponível em: <https://valeinforma.com.br/saude-mental-e-maes-de-azul-visitam-clinica-escola-do-autista-em-santos/>. Acesso em: 29 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO. Lei 9438/21. Veda os planos de saúde de limitar consultas e sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicoterapia no tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), deficiência física, intelectual, mental, auditiva, visual e altas habilidades/superdotação no estado do Rio de Janeiro. **Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, out. 2021. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/1305134934/lei-9438-21-rio-de-janeiro-rj>. Acesso em: 22 out. 2022.

SÁ, J. P. N. d.; et al. Intervenções Neuropsicopedagógicas em casos de autismo. *In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - CONEDU*, 6., 2019, Fortaleza. **Anais** [...]. Campina Grande: Editora Realize, 2019. Trabalho EV127. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD4_SA10_ID783_22092019121035.pdf. Acesso em: 29 nov. 2022.

SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. *In: Secretaria da Saúde. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência*, 1ª ed., 81 p., São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/Content/uploads/20154117642_CARTILHA_AUTISMO_PROTOCOLO_TEA.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

SANTOS. Atendimento na Clínica-Escola do Autista de Santos começa em novembro. **Prefeitura de Santos**, 2020. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/atendimento-na-clinica-escola-do-autista-de-santos-comeca-em-novembro>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SANTOS. Clínica Escola do Autista de Santos completa 120 pacientes atendidos. **Prefeitura de Santos**, 08 out. 2021. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/clinica-escola-do-autista-de-santos-completa-um-ano-com-120-pacientes-atendidos>. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTOS. Lei nº 3280, de julho de 2016. Institui, no âmbito do município de Santos, política pública para garantia, proteção e ampliação dos direitos das pessoas com autismo, e dá outras providências. **Prefeitura de Santos**, 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/lei-ordinaria/2016/328/3280/lei-ordinaria-n-3280-2016-institui-no-ambito-do-municipio-de-santos-politica-publica-para-garantia-protecao-e-ampliacao-dos-direitos-das-pessoas-com-autismo-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SEDEP. STF: Planos de saúde contestam lei de MS que proíbe limitação de atendimento a pessoas com autismo. *In*: SEDEP. **Supremo Tribunal Federal**, abr. 2022. Disponível em: <https://www.sedep.com.br/noticias/stf-planos-de-saude-contestam-lei-de-ms-que-proibe-limitacao-de-atendimento-a-pessoas-com-autismo/>. Acesso em: 22 out. 2022.

SILVA, G. d. S. d.; LOPES, I. C. M.; QUINTANA, S. C. R. O serviço social como articulador da inclusão da pessoa com Transtorno do Espectro Autista. *In*: UNISEPE. **Revista Educação com Foco**, n. 12, 2020. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2020/06/O-SERVI%C3%87O-SOCIAL-COMO-ARTICULADOR-DA-INCLUS%C3%83O-DA-PESSOA-COM-TRANSTORNO-DO-ESPECTRO-AUTISTA.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

STF – Supremo Tribunal Federal. Lei do RJ que proibia planos de saúde de restringir tratamentos para pessoas com autismo é inválida. **Supremo Tribunal Federal**, out. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=496259&ori=1>. Acesso em: 22 out. 2022.

STJ - Superior Tribunal de Justiça. Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. **Superior Tribunal de Justiça**, jun. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 22 out. 2022.

SOUZA, R. d. O.; LIMA, M. N. d. S. C. d.; A expansão do setor privado no SUS: Contrarreformas na saúde no Governo Bolsonaro. *In*: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16., 2019, Brasília. **Anais [...]**, Brasília: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019. Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1926/1879>. Acesso em: 28 ago. 2022.

TISMOO. O que é autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA)? **Tismoo**, 20 ago. 2018. Disponível em: <https://tismoo.us/saude/o-que-e-autismo-ou-transtorno-do-espectro-do-autismo-tea/>. Acesso em: 28 nov. 2022.

TOLEDO, T. Neuropediatria no diagnóstico de TEA. **Esporte e Inclusão**, 21 jun. 2018. Disponível em: <https://www.esporteeinclusao.com.br/tea/neuropediatria-no-diagnostico-do-tea/>. Acesso em: 22 out. 2022.

UNIFESP. SUS: entre conquistas e os desafios. **Entre Teses**, ed. 14, 2021. Disponível em: <https://www.unifesp.br/edicao-atual-entreteses/item/5570-sus-entre-as-conquistas-e-os-desafios>. Acesso em: 05 nov. 2022.

VILHENA, Douglas A. et al. Avaliação interdisciplinar do transtorno do espectro do autismo e comorbidades: caso de um diagnóstico tardio. *In*: Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.15, n.1, p. 78-88, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Douglas-Vilhena/publication/298808489_Avaliacao_interdisciplinar_do_transtorno_do_espectro_do_autismo_e_comorbidades_caso_de_um_diagnostico_tardio_Interdisciplinary_assessment_of_Autism_Spectrum_Disorder_and_comorbidities_case_of_a_late_d/links/56ec93b708aed17d09f65dd5/Avaliacao-interdisciplinar-do-transtorno-do-espectro-do-autismo-e-comorbidades-caso-de-um-diagnostico-tardio-Interdisciplinary-assessment-of-Autism-Spectrum-Disorder-and-comorbidities-case-of-a-late.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.