

SERVIÇO EM ABA PARA INDIVÍDUOS COM TEA: CONTINUAR O SERVIÇO PRESENCIAL EM TEMPOS DE COVID-19?

ABA SERVICE DELIVERY FOR INDIVIDUALS WITH ASD: CONTINUE IN-PERSON SERVICES DURING COVID-19 PANDEMIC?

DANIELA DE SOUZA CANOVAS - ORCID 0000-0002-8064-0758
MARIA TEREZA MONTEIRO DA CRUZ - ORCID 0000-0002-0881-1882
MARIA AMERICA COIMBRA DE ANDRADE - ORCID 0000-0003-1366-2110

GRUPO MÉTODO, INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL, BRASIL

RESUMO

A prestação de serviço em Análise do Comportamento Aplicada (ABA), para indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do desenvolvimento, consiste em um serviço de atendimento presencial realizado por um aplicador, em geral envolvendo atendimento individualizado (1:1), em uma carga horária semanal elevada (em geral 20 a 40 horas semanais). O TEA é considerado como um espectro amplo, que inclui casos leves, moderados até casos severos, que apresentam maior gravidade do transtorno e inclusive podem envolver comportamentos de risco (agressivos e/ou autolesivos). Por esse motivo, os atendimentos têm uma importância grande para os indivíduos quanto ao desenvolvimento de habilidades e diminuição de comportamentos-problema. Dessa forma, no cenário atual, diante da pandemia de COVID-19 e das recomendações de órgãos de saúde e governamentais para realizar isolamento social, os analistas do comportamento que prestam esse serviço se encontram diante de um dilema ético em relação a continuar ou não os serviços presenciais. O presente artigo tem o objetivo de realizar uma análise de risco *versus* benefício e propor um processo de tomada de decisão para o analista do comportamento (com relação a continuar ou não os serviços presenciais), baseada em: 1. Literatura científica e recursos disponíveis na área para os profissionais, incluindo documentos disponíveis no Brasil e no exterior; 2. Análise de riscos *versus* benefício caso a caso; 3. Variáveis importantes do contexto e realidade brasileiros; 4. Experiência clínica na área de prestação de serviços para indivíduos com TEA.

Palavras-chave: Análise do Comportamento Aplicada (ABA); prestação de serviços; ética; COVID-19; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

Service delivery in Applied Behavior Analysis (ABA) for individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) and disabilities involves in-person sessions conducted by a technician, usually in individualized sessions (1:1), usually ranging from 20 to 40 hours per week. ASD is considered as a spectrum, including mild, moderate until severe cases, that involve greater severity and may present risk behavior (aggressive and/or self-injurious behavior). For this reason, sessions are of great importance for individuals in terms of developing skills and also decreasing problem behavior. Thus, in the current scenario, during the COVID-19 pandemic and recommendations of healthy organizations and government to guarantee social distancing, behavior analysts deal with an ethical dilemma in terms of continue or not to provide in-person services. The present paper aims to conduct a risk-benefit analysis and propose a decision-making flowchart to behavior analysts (in terms of continuing or not in-person services), based on 1. Scientific literature and resources available in the area for professionals; 2. Risk-benefit analysis case by case; 3. Relevant variables in the Brazilian context; 4. Clinical expertise in service delivery with individuals with ASD.

Keywords: Applied Behavior Analysis (ABA); service delivery; ethics; COVID-19; Autism Spectrum Disorder.

Nota: As autoras agradecem ao Prof. Dr. Guilherme Polanczyk e a Profa. Dra. Paula Gioia pela leitura e sugestões durante a elaboração do manuscrito. Além disso, as autoras agradecem a toda equipe do Grupo Método que tem tornado possível a prestação de serviço presencial ou via telessaúde durante a pandemia do COVID-19. E-mail: danielacanvas@gmail.com ou daniela.canovas@gmetodo.com.br

DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v15i2.8771>

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A Análise do Comportamento Aplicada, conhecida como ABA (*Applied Behavior Analysis*) é o ramo aplicado de uma ciência do comportamento que utiliza procedimentos e técnicas derivadas dos princípios do comportamento formulados por meio de ciência básica. O objetivo dessa ciência é intervir e melhorar comportamentos que sejam significativos e relevantes para os indivíduos (Cooper, Heron, & Heward, 2020). As intervenções baseadas em ABA têm sido apontadas na literatura como efetivas para produzir mudanças de comportamento e desenvolver repertórios especialmente em populações com Transtorno do Espectro Autista (TEA), outros transtornos do desenvolvimento e/ou déficit intelectual (e.g., Howard, Sparkman, Cohen, Green, & Stanislaw, 2005; Lovaas, 1987).

As sessões de intervenção comportamental baseadas em ABA são realizadas por um aplicador, em atendimentos individualizados (1:1) e presenciais, em geral em uma carga horária elevada (20 a 40 horas semanais de intervenção), considerando que as pesquisas na área indicam os efeitos da intervenção quando realizada em carga horária adequada (e.g., Lovaas, 1987).

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), conhecido como autismo, é um transtorno do desenvolvimento que se caracteriza por dificuldades de interação social e comunicação. Indivíduos com TEA tendem a se engajar em comportamentos repetitivos e ritualísticos que interferem significativamente no seu funcionamento. Pesquisas recentes do CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) realizadas nos EUA têm indicado a incidência de TEA em 1 para 59 indivíduos (Baio et al., 2018). Por se tratar de um espectro, o TEA pode se manifestar de diversas formas e em diferentes níveis. Dessa forma, os indivíduos com TEA podem apresentar desde habilidades de alto-funcionamento até dificuldades de aprendizagem. Em muitos casos, é possível haver comprometimento cognitivo. As pesquisas indicam que em torno de 30% dos indivíduos com TEA também apresentam deficiência intelectual (Baio et al., 2018; Polyak, Kubina, & Girirajan, 2015). Além disso, alguns indivíduos podem precisar de muito suporte ao longo de sua vida, enquanto outros podem precisar de menos suporte e até desenvolver habilidades para viver de forma independente.

Apesar de o prognóstico de indivíduos com TEA variar de acordo com a gravidade do transtorno, conforme mencionado anteriormente, as pesquisas da área (e.g., Lovaas, 1987) indicam que intervenções baseadas em ABA têm resultados em desenvolver habilidades e diminuir os déficits fundamentais e os excessos associados ao TEA.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM ABA E O CENÁRIO ATUAL DO COVID-19

Diante da atual pandemia de COVID-19 e seus avanços no Brasil, órgãos internacionais e nacionais de saúde como a Organização Mundial de Saúde – OMS (*Global Health Council*, 2020) e o Ministério da Saúde (2020a), além de instâncias governamentais, têm recomendado medidas de isolamento social como

necessárias para conter a velocidade de propagação e avanço do vírus. Dessa forma, serviços não essenciais, entre os quais a prestação de serviços e comércio, têm a recomendação de serem interrompidos. Nesse contexto, coloca-se a questão se o serviço em ABA para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do desenvolvimento constitui um serviço essencial ou não.

Ainda que a profissão de analista do comportamento não seja reconhecida no Brasil como tem sido, já há décadas, em outros países, a prática do analista do comportamento e prestadores de serviço em ABA no Brasil está comumente atrelada à profissão do psicólogo. Isto ocorre por razões relacionadas à formação de análise do comportamento no Brasil que, em geral, está vinculada a cursos de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia. Dessa forma, a grande maioria dos analistas do comportamento e prestadores de serviço em ABA são psicólogos com registro no Conselho Regional de Psicologia correspondente à sua localidade. É possível ainda, que outros profissionais de saúde tais como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros, também atuem dentro do escopo da análise do comportamento em função de formações no nível de pós-graduação *stritu sensu* ou *latu sensu*.

Dessa forma, o serviço em ABA é considerado um serviço de saúde, inclusive os planos de saúde assim o consideram. Dado que o psicólogo é o principal prestador de serviços em ABA, este profissional está sujeito à regulamentação e determinações do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais, além de seguir o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia, 2005). O Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou um comunicado no dia 23 de março de 2020 (Conselho Federal de Psicologia, 2020), recomendando a suspensão imediata de atividades presenciais realizadas por psicólogos, exceto aquelas consideradas de caráter emergencial.

Considerando o serviço de ABA como uma atividade profissional majoritariamente do psicólogo, conforme mencionado anteriormente e analisando características da população atendida (indivíduos com TEA, outros transtornos do desenvolvimento e/ou déficit intelectual), é possível identificar diversos casos e/ou situações em que os atendimentos podem ser considerados emergenciais, pois a suspensão de tais atividades pode acarretar riscos aos pacientes e/ou familiares. Em última análise, esses casos que podem resultar em situações de emergência, podem acabar sobrecarregando o sistema de saúde brasileiro, já exaurido.

Nesse sentido, é possível identificar inúmeros casos em que a suspensão dos serviços presenciais pode acarretar riscos e prejuízos sérios ao paciente e seus familiares, por exemplo, quanto à piora de comportamentos agressivos e perda de habilidades básicas previamente adquiridas no contexto da terapia. Embora seja impossível avaliar o impacto social, emocional e econômico desse segundo caso em nossa sociedade hoje em dia, é mais do que plausível que a piora de prognóstico

comportamental desses indivíduos hoje, acarrete prejuízos importantes no futuro.

Considerando ainda que o Brasil tem sofrido, nas últimas décadas, uma série de reformas relativas ao atendimento psiquiátrico que resultou em uma necessária redução no número de leitos psiquiátricos (redução de 40% em 11 anos de acordo com o Conselho Federal de Medicina, 2017), há hoje em dia um papel social fundamental sendo exercido por aqueles que prestam serviços de suporte psicológico e atendimento à população com TEA e outros transtornos e que apresentam dificuldades comportamentais graves. Nesse sentido, a suspensão dos serviços de atendimento em ABA para indivíduos com TEA e outros transtornos do desenvolvimento, resultaria em ausência de uma fonte de suporte e atendimento para esses indivíduos em momentos de crise.

Em relação ao repertório da população atendida, o CRP-SP publicou um comunicado no dia 21 de março de 2020, intitulado “*A prevenção ao COVID-19 e as pessoas com deficiência*” (Conselho Regional de Medicina, 2020). O comunicado traz questões importantes, como o dever ético do psicólogo em prestar serviços em situações de calamidade pública ou de emergência, além de aspectos importantes a serem considerados da população como dificuldade de isolamento social, dada a necessidade de ajuda ou acompanhamento de muitos indivíduos para realizar atividades básicas de vida diária (como tomar banho, vestir-se, alimentar-se etc.) e aspectos de vulnerabilidade dessa população.

Em resumo, diante de toda essa situação, os profissionais se deparam com um dilema ético em relação a continuar ou descontinuar a prestação de serviço presencial da população de indivíduos com TEA, outros transtornos ou atraso do desenvolvimento e deficiência intelectual, sendo indicada uma análise caso a caso dos riscos/benefícios para essa tomada de decisão.

QUESTÕES ÉTICAS: A ANÁLISE RISCO *VERSUS* BENEFÍCIO

Em relação a questões éticas, os profissionais têm como suporte os códigos de ética das suas respectivas profissões, disponibilizados pelos conselhos profissionais. No caso dos psicólogos que trabalham com a abordagem comportamental, além do Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005), outro recurso importante é o Código de Ética do Analista do Comportamento, do BACB® (*Behavior Analyst Certification Board*, 2014). Embora ele seja um código destinado aos profissionais que prestam serviço como analistas do comportamento e são certificados pela instituição, o documento constitui um recurso importante pois traz aspectos específicos relativos à prática de análise do comportamento e especificidades do serviço e atendimento a pessoas com TEA e/ou outros transtornos do desenvolvimento, que não estão contemplados no Código de Ética do Psicólogo.

Diversos autores na área de Análise do Comportamento destacam a importância de se conduzir, em diversas situações e dilemas éticos, uma análise dos riscos *versus* benefícios (e.g., Bailey & Burch, 2016). O objetivo dessa análise é dar condições para que o profissional tome

a decisão mais adequada em termos éticos, levando em conta o bem-estar do cliente e seus familiares e minimizando riscos que o paciente possa ser exposto durante o atendimento ou uso de certas estratégias de intervenção.

De acordo com Bailey e Burch (2016), a análise risco *versus* benefício envolve: 1. Avaliar fatores gerais de risco para o tratamento; 2. Avaliar os benefícios do tratamento comportamental; 3. Avaliar fatores de risco para cada procedimento ou estratégia de intervenção; e 4. Conciliar os riscos e benefícios com as partes envolvidas. Considerando o momento atual e a pandemia do COVID-19, portanto, o que se propõe no presente artigo é que o profissional analise fatores de risco, nesse caso, não específicos a procedimentos ou estratégias da intervenção comportamental, mas sim em relação aos riscos de manter os atendimentos que são presenciais.

Diante do cenário atual, Cox, Plavnick e Brodhead (2020) propuseram uma análise caso a caso dos riscos *versus* benefícios envolvidos na manutenção dos atendimentos presenciais. Os autores apontaram para o fato de que o atendimento presencial envolve riscos potenciais em relação ao contágio de pacientes e profissionais em relação ao COVID-19, além de contribuir para a propagação do vírus. Por outro lado, os autores também argumentam que é preocupante a postura de simplesmente descontinuar todo e qualquer serviço de ABA.

Diante da conclusão de que o atendimento presencial resulta em mais riscos do que benefícios, o analista do comportamento deveria avaliar alternativas de manutenção do serviço considerando a possibilidade de atendimentos não presenciais e suporte às famílias. Em casos em que o analista do comportamento avalie que migrar para uma forma de serviço não presencial não seja possível devido a questões relacionadas à gravidade do caso, deve-se considerar a continuidade do serviço presencial. Tal conclusão pode ocorrer com casos para os quais a suspensão do serviço pode resultar em comportamentos disruptivos que levariam a danos extremos, definido por Cox e colaboradores (2020) como danos que exigem cuidado médico e riscos ao paciente e seus familiares. Nessas situações, os autores recomendam aos analistas do comportamento que informem as famílias e profissionais envolvidos sobre os riscos dos atendimentos presenciais e obtenham consentimento formal. Em caso de consentimento de ambas as partes, o serviço presencial poderia ser mantido. De qualquer forma, os autores, colocam a importância de avaliar continuamente os riscos de continuar o serviço presencial, já que, em poucos dias, a situação da pandemia da COVID-19 pode ser alterada e novas medidas podem ser recomendadas pelos órgãos governamentais ou reguladores.

Cox e colaboradores (2020) propõe um fluxograma que pode auxiliar profissionais da área no processo de tomada de decisão ao identificar aspectos importantes a serem levados em conta em relação a suspender ou não serviços presenciais e, em caso de suspensão do atendimento, propor alternativas para continuar o serviço em um formato à distância utilizando, por exemplo, recursos eletrônicos e tecnologias de

telecomunicações. A seguir são apresentadas a definição e a caracterização desse modelo de serviço.

SERVIÇOS DE SAÚDE À DISTÂNCIA OU “TELESSAÚDE” (“TELEHEALTH”)

Segundo o site *Health Information Technology* (2017) “telehealth” ou “telessaúde” é:

o uso de informações eletrônicas e das tecnologias de telecomunicação para apoiar e promover cuidado clínico à distância, educação relacionadas à saúde para pacientes e profissionais, saúde pública e administração de saúde. Tecnologias incluem a internet, videoconferência, armazenamento e transferência de imagens, mídia de streaming e comunicação por cabo ou sem fio.

De acordo com o Ministério da Saúde (2020b), o serviço de telessaúde inclui teleconsultoria, teleconsultas, telediagnóstico, teleducação, entre outros. As estratégias de telessaúde fazem parte de um programa de saúde digital vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Considerando a definição de telessaúde, grande parte dos analistas do comportamento trabalhando com a indivíduos com TEA e/ou outros transtornos do desenvolvimento de alguma forma já fazia uso dessas ferramentas em seu trabalho. Por exemplo, para fornecer supervisão à distância para profissionais que, por sua vez, realizam os atendimentos presenciais (especialmente para acompanhamento de indivíduos que moram em cidades ou regiões em que não há profissionais capacitados para realizar os atendimentos e que, portanto, precisam de supervisão). Além de supervisão à distância, essas ferramentas também costumam ser usadas para armazenar documentação e informações dos pacientes (vídeos de trechos de atendimentos, relatórios de registro de atendimentos, entre outros) e compartilhamento seguro de informações e vídeos entre profissionais e família. Entretanto, o cenário atual faz com que os analistas do comportamento expandam o uso dessas estratégias de telessaúde.

Em outros países, por exemplo, diversos autores têm publicado relatos de experiência em relação ao uso de modelos de telessaúde na manutenção de algum nível de serviço ou suporte às famílias durante a pandemia de COVID-19 (e.g., Espinosa, Metko, Raimondi, Impenna, & Scognamiglio, 2020). Nos Estados Unidos, por exemplo, o serviço de telessaúde tem sido reconhecido como válido e diversas organizações têm elaborado informações e documentos relevantes para os profissionais.

Um desses documentos, publicado pelo *Council of Autism Service Providers* (CASP), apresenta recomendações e parâmetros para utilização de estratégias de telessaúde no contexto dos serviços de ABA durante a pandemia da COVID-19 (CASP, 2020). O CASP é uma associação sem fins lucrativos que reúne agências com ou sem fins lucrativos que atendem indivíduos com Transtorno do Espectro Autista representando tais agências. Nesse documento, são apresentados quatro modelos de serviço

telessaúde no contexto dos serviços e atendimentos de ABA, descritos a seguir.

Serviço de telessaúde parcial. Consiste em um serviço presencial direto e direcionamento clínico ou supervisão por telessaúde (CASP, 2020). Nesse caso, um aplicador ou técnico (uma pessoa com um nível mínimo de treinamento, mas não especialista em análise do comportamento) seria a pessoa que realiza o atendimento direto (ou seja, o serviço presencial) para o paciente sob supervisão e orientação de um analista do comportamento (no caso do Brasil, em geral, esse profissional é um psicólogo) que o faria de forma remota sincrônica (enquanto a sessão ocorre) ou assíncrônica (em um momento diferente do momento da sessão, por exemplo, em uma reunião de supervisão). Sendo possível esse modelo, o volume de atendimento poderia ser igual ou ligeiramente menor do que o volume de atendimento antes da suspensão dos atendimentos presenciais.

Serviço de telessaúde direto. Nesse modelo de serviço, o paciente seria atendido por meio do uso de tecnologia da comunicação sem intermediários ou apenas com um suporte de um cuidador. Nesse modelo, também o volume de intervenção seria o mesmo ou com pequenas reduções (CASP, 2020). Por outro lado, ele depende que o paciente tenha alguns pré-requisitos (habilidades básicas de: atenção compartilhada, discriminação, ecoico, imitação motora, habilidade de seguir instruções que envolvem um comando, participar da sessão com o suporte mínimo do cuidador, habilidade de permanecer sentada na frente do computador por oito a 10 minutos e poucas preocupações com segurança e problemas de comportamento), o que faz com que ele não seja aplicável a todos os perfis de paciente. Além dos pontos colocados, é importante que o analista do comportamento planeje a sessão e reveja o plano de intervenção do paciente para se ajustar a esse novo modelo. Possivelmente ele irá precisar lançar mão de diversos recursos tecnológicos para apresentar as atividades ao paciente e precisará se preparar para isso.

Serviço implementado pelo cuidador. O cuidador é o aplicador dos programas previstos no atendimento. Ele pode ser guiado por um técnico ao longo de sua implementação e precisa receber orientações de um analista do comportamento. Um ponto importante, nesse caso, é que o cuidador precisa ter sido treinado previamente para implementar os programas e protocolos de intervenção (CASP, 2020). A literatura mostra alguns casos em que tais treinamentos foram eficazes no preparo dos cuidadores para intervenção focada, ou seja, direcionada para questões específicas do comportamento do paciente, o que seria diferente de um modelo de intervenção abrangente na qual são trabalhados protocolos de ensino de habilidades em diversas áreas. Além disso, tal modelo resultaria numa redução da carga de intervenção e seria funcional para o ensino ou manutenção de comportamentos adaptativos (que resultariam num controle dos problemas de comportamento) ou manter rotinas diárias para prevenir a regressão e manter um bom uso do repertório já aprendido.

Consultoria para cuidadores. Tem o foco de auxiliar os cuidadores na resolução de problemas do dia-a-dia. O analista do comportamento deverá treinar e fornecer

auxílio para os cuidadores sobre as estratégias para prevenir regressão e reduzir a probabilidade de crises. É relevante apontar para o fato de que esse modelo resulta numa redução importante do volume de intervenção. Por exemplo, se antes o paciente recebia 40 horas de intervenção semanal direta e presencial; no modelo de consultoria para cuidadores, o contato do analista do comportamento com a família ou o paciente pode passar para apenas uma ou duas horas semanais (em forma de reunião, orientações ou observação de uma situação de interação do paciente com familiares). Ainda assim, é difícil estimar a redução real da intervenção, pois a família irá aplicar os protocolos desenvolvidos pelo analista do comportamento ao longo da semana. Considerando esse aspecto, tal modelo de intervenção em telessaúde deverá focar primordialmente na prevenção de piora de comportamento e na manutenção de habilidades já aprendidas (CASP, 2020).

Em relação ao serviço de telessaúde parcial, esse modelo já é atualmente utilizado por analistas do comportamento brasileiros, principalmente focando na ampliação do serviço em análise do comportamento para pessoas com TEA por todo o Brasil, dando assim oportunidade de uma intervenção de qualidade para pessoas que não teriam acesso a ela por estar longe dos grandes centros e/ou em regiões em que não há profissionais capacitados para oferecer o serviço presencialmente. Apesar de essa ser uma prática relativamente comum, há pouca literatura mostrando sua eficácia e a experiência clínica sugere que ela pode ter bons resultados para alguns casos, mas não para outros, a depender de diversas variáveis entre as quais, a complexidade do caso e os níveis da aderência do aplicador ou cuidador ao processo e à supervisão. Um ponto fundamental na definição desse modelo, de acordo com os parâmetros sugeridos pelo CASP (2020), é que a implementação deve ser feita por um aplicador ou técnico, ou seja, alguém que passou por um treinamento e foi preparada para isso. Sendo assim, ao oferecer esse serviço, o analista do comportamento deverá garantir um treinamento inicial para o aplicador.

Em relação ao modelo de serviço com orientações para o cuidador, alguns estudos têm investigado a sua eficácia. Parsons, Cordier, Vaz e Lee (2017), por exemplo, apontam que há alguma evidência preliminar de que o treino de pais oferecido por meio de telessaúde pode melhorar aspectos do comportamento social e habilidades de comunicação do paciente. Lindgren e colaboradores (2016) compararam os resultados de uma intervenção focada em reduzir problemas de comportamento realizada diretamente pelo aplicador na casa do paciente em relação àquela realizada pelos pais, com suporte do analista do comportamento via telessaúde e ambas as intervenções resultaram em redução de problemas de comportamento.

PROPOSTA DE TOMADA DE DECISÃO PARA SERVIÇOS NO CONTEXTO DO BRASIL

Diante do cenário atual, é proposto um processo de tomada de decisão em relação a manter *versus* suspender serviços presenciais em ABA, no contexto de um serviço realizado em clínica ou centro (*center-based service*) baseado em: 1. Literatura e recursos disponíveis

na área, incluindo documentos disponíveis no Brasil e no exterior; 2. Análise de riscos *versus* benefício caso a caso; 3. Variáveis importantes do contexto e realidade brasileiros; 4. Experiência clínica na área de prestação de serviços com a população de TEA, outros transtornos do desenvolvimento e/ou déficit intelectual. De qualquer forma, considera-se que o processo de tomada de decisão apresentado neste artigo possa contribuir para outros profissionais que trabalham também no contexto de serviço domiciliar (*home-based service*) e/ou como profissionais autônomos, considerando as adaptações necessárias ao contexto.

Além disso, é importante mencionar que esse processo de tomada de decisão continua em construção, ou seja, revisto constantemente, considerando que estamos vivendo uma fase sem precedentes e que as orientações das organizações de saúde têm mudado constantemente. Soma-se o fato de que, não é claro quando as restrições e orientações para isolamento social, ou seja, esse “novo modo de vida” irá terminar. Sendo assim, temos que considerar os efeitos em longo prazo na nossa população atendida.

A Tabela 1 apresenta os passos realizados ao longo da análise risco *versus* benefício em relação à continuidade *versus* suspensão de serviços presenciais e os critérios e aspectos analisados, em cada um dos passos.

O Passo 1 envolveu analisar características do paciente e do contexto familiar para definir qual seria a alternativa de serviço mais indicada e viável para cada caso, incluindo: 1. solicitação da família em manter algum nível de serviço presencial; 2. avaliação clínica de caráter emergencial do atendimento, relacionada à gravidade do caso e/ou riscos e prejuízos significativos associados a suspensão do serviço presencial; 3. análise de grupo de risco do paciente ou familiar; e possibilidade de atendimento via telessaúde, por via de uma das alternativas a seguir; 4. atendimento direto do paciente ou; 5. treino ou orientações aos pais e/ou cuidadores.

O passo seguinte (Passo 2) envolveu analisar características dos profissionais que poderiam realizar cada um dos serviços e análise de grupo de risco, local em que o profissional mora. A partir das informações levantadas e análises realizadas nos Passos 1 e 2, o passo seguinte envolveu a organização dos pacientes em grupos de acordo com o tipo de atendimento ou serviço indicado (Passo 3). Os pacientes então foram divididos nos seguintes grupos, de acordo com o tipo de serviço: Grupo 1. Presencial; Grupo 2. Pais e/ou cuidadores como aplicadores; Grupo 3. Pais e/ou cuidadores como aplicadores em intervenção focada em questões mais relevantes no momento; Grupo 4. Consultoria para pais e/ou cuidadores. Grupo 5. Atendimento direto do paciente por telessaúde individual ou em grupo.

De acordo com a organização dos pacientes em grupos, a equipe foi organizada para dar continuidade aos serviços presenciais e/ou telessaúde, levando em conta os pontos descritos no Item 2 da Tabela 1 (Características do profissional), além do nível de formação acadêmica e experiência clínica de cada profissional. No contexto do serviço em que este processo de tomada de decisão foi

implementado, a maioria dos profissionais envolvidos nos atendimentos de ABA tem formação em psicologia, entretanto alguns dos atendimentos e/ou atividades terapêuticas também são realizados por profissionais de outras áreas, entre os quais: fonoaudiólogo, pedagogo e educador físico.

Tabela 1

Passos envolvidos na análise risco versus benefício em relação à continuação ou suspensão de atendimentos presenciais e profissionais envolvidos.

Passos	Crítérios, aspectos analisados e descrição
1. Características do paciente e contexto familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitação da família em manter os atendimentos presenciais; 2. Necessidade de manter atendimento presencial dadas questões emergenciais, gravidade do caso e/ou riscos e prejuízos significativos associados a suspensão do serviço presencial; 3. Avaliação de grupo de risco do paciente, familiares e/ou pessoas que residem com o paciente. 4. Viabilidade de migrar para um formato de serviço direto de telessaúde, ou seja, atendimento direto do paciente por videoconferência e/ou outros recursos eletrônicos e de tecnologia da informação; 5. Viabilidade de migrar para serviço implementado pelo cuidador ou consultoria para o cuidador por telessaúde, ou seja, atendimento envolvendo orientações e/ou treinamento de pais e/ou cuidados por videoconferência e/ou outros recursos eletrônicos e de tecnologia da informação.
2. Características do profissional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação de grupo de risco do profissional. 2. Manutenção de parte da equipe (incluindo profissionais em grupo de risco) em casa, realizando as atividades do trabalho em esquema de <i>home office</i> (por exemplo, realizando atendimentos, reuniões e supervisões por videoconferência, elaborando documentos, relatórios e materiais de atendimento) 3. Localidade em que o profissional mora e organização de transporte particular para que profissional não utilize transporte público para locomover-se até o trabalho. 4. Os profissionais devem estar assintomáticos para comparecer ao trabalho e, caso apresente quaisquer sintomas de gripe ou sintomas característicos de COVID-19, deve ser imediatamente afastado das atividades por 14 dias.
3. Organização dos pacientes em grupos de acordo com o tipo de atendimento ou serviço.	<p><i>Grupo 1. Presencial.</i> Comportamentos de risco (agressivos e/ou autolesivos) para si próprio, família ou comunidade; nível de suporte e estrutura familiar, identificação de que o paciente não poder sair de casa é um fator gerador de estresse além do que os pais conseguem lidar (nesse sentido, ir para a clínica pode ser uma situação mais controlada do que os pais acabarem indo para outros locais).</p> <p><i>Grupo 2. Pais e/ou cuidadores como aplicadores.</i> Idade do paciente, considerando principalmente crianças em intervenção precoce e infantil, que não precisariam estar em atendimento presencial, mas iriam perder muitas oportunidades importantes de aprendizagem com a falta de intervenção.</p> <p><i>Grupo 3. Pais e/ou cuidadores como aplicadores em intervenção focada em questões mais relevantes no momento.</i> Pacientes com alguns problemas de comportamento, mas que não envolvem risco e/ou não justificam um atendimento presencial, considerando crianças em idades entre 5 e 8 anos, e que já apresentam habilidades básicas.</p> <p><i>Grupo 4. Consultoria para pais e/ou cuidadores.</i> Famílias que optaram por suspender os serviços presenciais e necessitam de orientações pontuais, pacientes de diferentes idades, com poucos problemas de comportamento e habilidades básicas.</p> <p><i>Grupo 5. Atendimento direto do paciente por telessaúde individual ou em grupo.</i> Crianças e/ou adolescentes verbais que já apresentam repertório para uso de tecnologia (ou podem desenvolver tais habilidades), que podem adquirir habilidades com um uso mais frequente e/ou melhor de tecnologias e para os quais os objetivos de intervenção são compatíveis com esse modelo de serviço.</p>

A Tabela 2 apresenta quais os profissionais designados para realizar os serviços e/ou atendimentos de cada grupo.

Esse processo de tomada de decisão é ilustrado no fluxograma de tomada de decisão, apresentado no Anexo 1. A racional e alguns elementos utilizados para construção

deste fluxograma são baseada na proposta de Cox et al. (2020) e nos demais documentos discutidos no presente

artigo, além dos aspectos clínicos e variáveis relacionadas ao contexto brasileiro.

Tabela 2

Profissionais designados para realizar os serviços e/ou atendimentos

Grupo	Profissionais
Grupo 1. Presencial	Psicólogo e Aluno de graduação em psicologia atendem (sendo os alunos de graduação diretamente supervisionados pelos psicólogos), Fonoaudiólogo
Grupo 2. Pais e/ou cuidadores como aplicadores	Psicólogos e Psicólogos Supervisores fornecem treinamento e supervisão para os pais e/ou cuidadores
Grupo 3. Pais e/ou cuidadores como aplicadores em intervenção focada	Psicólogos e Psicólogos Supervisores fornecem treinamento e supervisão para os pais e/ou cuidadores
Grupo 4. Consultoria para pais e/ou cuidadores.	Psicólogos e Psicólogos Supervisores fornecem orientação para os pais e/ou cuidadores
Grupo 5. Atendimento direto do paciente por telessaúde individual ou em grupo.	Psicólogos e alunos de graduação em psicologia atendem os pacientes (sendo os alunos de graduação diretamente supervisionados pelo psicólogo), além de sessões individuais ou em grupo com Fonoaudiólogo, Pedagogo e Educador Físico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação a evidências científicas da eficácia do formato de prestação de serviço via telessaúde, Knutsen et al. (2016) e Ferguson, Craig, e Dounavi (2019) apontam que as pesquisas produzidas até o momento no tratamento de pessoas com TEA mostram resultados promissores, porém essas ainda são consideradas ainda insuficientes pelo seu grau de validade externa (generalidade) para gerar forte evidência empírica de eficácia. Os autores apontam para o fato de que são necessários estudos complementares com grupos randomizados e grande número de participantes, além da inclusão de grupo controle. Sendo assim, não é possível afirmar com segurança que foi a intervenção em ABA no formato de telessaúde que produziu as mudanças nos comportamentos observados. Ferguson et al. (2019) apontam ainda para o fato de que a maior parte do conhecimento produzido nessa área envolve intervenções focadas, ou seja, aquelas intervenções direcionadas apenas para um aspecto específico do repertório do paciente (na sua maior parte treino de comunicação funcional para redução de problemas de comportamento). Segundo os últimos autores, há pouco conhecimento produzido sobre as intervenções abrangentes (ou seja, aquelas que envolvem objetivos em diferentes áreas). As intervenções focadas podem ser interessantes para resolver questões pontuais por um breve período. Entretanto, para a maior parte dos pacientes com TEA, uma intervenção abrangente é mais recomendada a longo prazo, pois essa irá desenvolver uma gama maior de repertório em diversas áreas.

Outro aspecto importante a ser considerado em relação às referências e recursos disponíveis sobre o

tema, por exemplo, itens do Código de Ética do BACB® (BACB, 2014) e documento informativo do CASP (2020), é que tais recomendações têm sido feitas levando em conta o contexto e aspectos da cultura norte-americana. Uma limitação encontrada para os profissionais brasileiros é a pouca disponibilidade de informações, documentos e recursos por parte dos órgãos de registro profissional.

Dessa forma, algumas diferenças culturais podem impactar o processo de tomada de decisão. No Brasil, culturalmente as crianças e adolescentes (tendo elas sendo diagnosticadas com TEA ou não) em geral não têm o hábito de ajudar nas tarefas de rotina da casa, de forma que essa tarefa recai geralmente sobre a mãe ou um funcionário da casa. Diante do fato de que a maior parte das famílias estão confinadas em casa e sem ajuda externa, muitas mães estão sobrecarregadas com as tarefas da casa, tarefas acadêmicas dos filhos e o próprio trabalho. Com isso, poucas têm a disponibilidade emocional e de tempo para implementarem procedimentos de ensino ou de manejo de comportamento para seus filhos. O documento do CASP (2020) levanta o problema relacionado à disponibilidade de tempo dos cuidadores para implementação de programas sob supervisão remota dos analistas do comportamento, o que poderia impedir modelos de serviço que exigem o envolvimento dos familiares, porém não apresenta uma alternativa nesses casos.

Um outro ponto a se considerar é que, até o momento, não temos uma previsão de quanto tempo durará a atual condição. Com isso, pacientes que atualmente não apresentam questões comportamentais que podem levá-lo a precisar de atendimento médico,

podem passar a apresentar, em breve, o agravamento de problemas de comportamento, como resultado da ausência de intervenção ou por não desenvolver habilidades importantes. Além disso, crianças pequenas que estão em serviços de intervenção precoce podem perder oportunidades importantes de aprendizagem e apresentarem déficits futuros. Em relação a esse ponto, é importante mencionar que a intervenção precoce apresenta resultados positivos quando iniciada cedo (antes dos três anos de idade) e realizada em carga horária recomendada, em geral 20 ou mais horas semanais (e.g., Howard et al., 2005).

Também é relevante considerar que as recomendações envolvendo isolamento social e medidas de não sair de casa podem ser por si só um fator gerador de estresse e resultar em uma maior frequência de problemas de comportamento. As dificuldades com a alteração da rotina são difíceis para todos os indivíduos, especialmente para aqueles com TEA, outros transtornos do desenvolvimento e/ou déficit intelectual que tendem a enfrentar uma dificuldade ainda maior com essa nova rotina, situações de privação e outras operações motivacionais em vigor.

Por fim, é importante ressaltar que na manutenção de qualquer serviço de atendimento presencial no contexto aqui descrito, as recomendações de órgãos de saúde e governamentais precisam ser seguidas entre as quais: adequação do número de atendimentos por sala, uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), higienização frequente do ambiente e das mãos, entre outras recomendações dos órgãos de saúde e governamentais. Considera-se, portanto, que quaisquer atividades ou atendimentos presenciais que forem mantidas, por serem consideradas emergenciais ou serviços de saúde essenciais, devem ocorrer seguindo todas as medidas de higiene e prevenção recomendadas para a proteção de todos os profissionais e pacientes envolvidos. Além disso, considera-se fundamental a consultoria de profissionais especialistas na área (por exemplo, médico infectologista), para orientar os analistas do comportamento na elaboração de protocolos e diretrizes a serem seguidas por todos os profissionais durante os atendimentos. Tais diretrizes incluem: medidas de distanciamento no atendimento; uso de EPIs adequados; recomendações para suspender o atendimento presencial de pacientes ou profissionais com sintomas de COVID-19, realização de testes para COVID-19 em profissionais e pacientes, entre outros.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES

As autoras atuam como prestadoras de serviço em ABA com a população de indivíduos com TEA e/ou outros transtornos do desenvolvimento.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Certificamos que todas as autoras participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo, especialmente na elaboração dos processos clínicos descritos, sendo a

redação e revisão final realizada por D. S. Canovas e M. T. M. da Cruz.

DIREITOS AUTORAIS

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons 4.0 BY-NC.



REFERÊNCIAS

- Behavior Analyst Certification Board. (2014). *Professional and ethical compliance code for behavior analysts*. Littleton, CO: Author
- Bailey, J. S., & Burch, M. R. (2016). *Ethics for behavior analysts (3rd ed.)*. Routledge.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC: 2002)*, 67, 1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6706a1.
- Conselho Federal de Medicina (2017, 20 de março). Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria. Recuperado em 10 de abril de 2020, em https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: DF.
- Conselho Federal de Psicologia (2020a, 23 de março). Recuperado em 10 de abril de 2020, em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/SEI_CFP-0214041-Of%C3%ADcio-Circular_.pdf
- Conselho Regional de Psicologia (2020, 21 de março). A prevenção ao COVID-19 e as pessoas com deficiência. Recuperado em 10 de abril de 2020, em <https://www.crsp.org/noticia/view/2462/a-prevencao-ao-covid-19-e-as-pessoas-com-deficiencia>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis, 3rd edition*. Hoboken, NJ: Pearson.
- Council of Autism Service Providers (2020). *Practice Parameters for Telehealth-Implementation of Applied Behavior Analysis: Continuity of Care during COVID-19 Pandemic*. Wakefield, MA: CASP.
- Cox, D. J., Plavnick, J. B., & Brodhead, M. T. (2020). A Proposed Process for Risk Mitigation During the COVID-19 Pandemic. *Behavior Analysis in Practice*. doi: 10.1007/s40617-020-00430-1.
- Espinosa, F, Metko, A., Raimondi, M., Impenna, M., & Scognamiglio, E. (2020). A Model of Support for Families of Children with Autism Living in the COVID-19 Lockdown: Lessons from Italy. *Behavior Analysis in Practice*. doi: 10.31234/osf.io/48cme.

- Ferguson, J., Craig, E. A., & Dounavi, K. (2019). Telehealth as a Model for Providing Behaviour Analytic Interventions to Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 582-616. doi: 10.1007/s10803-018-3724-5
- Global Health Council (2020). Recuperado em 10 de abril de 2020, de <https://globalhealth.org/u-s-and-global-response-to-covid-19/>
- Health Information Technology (2017, 28 September). Telemedicine and Telehealth. Retrieved from <https://www.healthit.gov/topic/health-it-initiatives/telemedicine-and-telehealth>
- Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for Young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 359-383. doi: 10.1016/j.ridd.2004.09.005
- Knutsen, J., Wolfe, A., Burke, B. L., Hepburn, S., Lindgren, S., & Coury, D. (2016). A systematic review of telemedicine in autism spectrum disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(4), 330-344.
- Lindgren, S., Wacker, D., Suess, A., Schieltz, K., Pelzel, K., Kopelman, T., . . . Waldron, D. (2016). Telehealth and Autism: Treating Challenging Behavior at Lower Cost. *Pediatrics*, 137, Suppl 2, S167-175. doi:10.1542/peds.2015-2851O
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9. doi: 10.1037/0022-006X.55.1.3
- Ministério da Saúde (2020a). Coronavírus. Recuperado em 10 de abril de 2020, de <https://coronavirus.saude.gov.br>
- Ministério da Saúde (2020b). Saúde digital e telessaúde. Recuperado em 10 de abril de 2020 em <https://www.saude.gov.br/telessaude/>
- Parsons, D., Cordier, R., Vaz, S., & Lee, H. C. (2017). Parent-mediated intervention training delivered remotely for children with autism spectrum disorder living outside of urban areas: Systematic review. *Journal of medical Internet research*, 19(8), e198. doi: 10.2196/jmir.6651.
- Polyak A., Kubina, R. M., & Girirajan S. (2015). Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. *American Journal of Medical Genetics, Neuropsychiatric Genetics*, 168, 600-608. doi: 10.1002/ajmg.b.32338

Submetido em: 06/05/2020

Aceito em: 20/05/2020

Anexo 1

Fluxograma de tomada de decisão elaborado com base em Cox et al. (2020), documentos discutidos no presente artigo, aspectos clínicos e variáveis do contexto brasileiro.

