Nota Técnica 499952

Data de conclusão: 15/04/2026 10:29:12

Paciente

Idade: 22 anos

Sexo: Masculino

Cidade: São Miguel do Guaporé/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 2ª Vara Genérica de São Miguel do Guaporé

Tecnologia 499952

CID: G93.4 - Encefalopatia não especificada

Diagnóstico: encefalopatia não especificada

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: procedimento odontológico sob sedação

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: procedimento odontológico sob sedação

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não informado.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: procedimento odontológico sob sedação

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: procedimento odontológico sob sedação

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento odontológico sob sedação ou anestesia geral em ambiente hospitalar pode ser medicamente necessário para crianças e jovens com deficiências do desenvolvimento (15). A escolha entre sedação em ambiente ambulatorial e encaminhamento para anestesia geral em ambiente hospitalar deve considerar as condições clínicas do paciente, o grau de colaboração, a complexidade do tratamento, a experiência da equipe e a disponibilidade de suporte para manejo de intercorrências (15). Entre as principais indicações destacam-se necessidades odontológicas extensas, planos terapêuticos complexos, comportamento não cooperativo, ansiedade intensa, limitações cognitivas ou físicas e baixa idade (16).
A sedação constitui uma abordagem farmacológica indicada quando as técnicas de manejo comportamental não são suficientes para viabilizar o atendimento odontológico seguro, especialmente em pacientes com limitações cognitivas, comportamentais ou motoras que dificultam a cooperação durante o procedimento (4). Seu objetivo é reduzir o estresse fisiológico e psicológico, promovendo relaxamento, controle da ansiedade e maior tolerância ao atendimento, sem comprometer a respiração espontânea ou a capacidade de resposta a estímulos. Entre as principais indicações estão pacientes com deficiência intelectual, transtornos do comportamento, condições psiquiátricas ou limitações físicas que dificultem a comunicação e colaboração com a equipe de saúde bucal (17). No entanto, a indicação deve ser individualizada, considerando as condições clínicas do paciente (4).
A sedação possibilita a realização de exame clínico completo, avaliação radiográfica e tratamento definitivo de forma segura, reduzindo a necessidade de contenção física e podendo contribuir para melhor experiência e adaptação comportamental futura (15). No entanto, indivíduos com deficiências do desenvolvimento apresentam maior risco de eventos adversos durante a sedação, como hipoxemia, possivelmente relacionada a alterações anatômicas e funcionais das vias aéreas e resposta diferenciada aos sedativos (15). Fatores como obesidade, apneia obstrutiva do sono, classificação ASA elevada, distúrbios genéticos ou comprometimento neurológico adicional podem aumentar esse risco, sendo essencial a realização de avaliação pré-sedação criteriosa e planejamento individualizado do cuidado (15).
O guia de atendimento ao PcD recomenda que os pacientes sejam atendidos inicialmente em Unidades de Saúde da Família (USFs) por profissionais capacitados, utilizando abordagens comportamentais (4). Quando não for possível o manejo desses pacientes em USF devido às dificuldades no atendimento, eles podem ser encaminhados para CEOs com profissionais especializados no tratamento de PcD. Quando o manejo dos pacientes, mesmo com a

utilização de todas as técnicas, não for possível, outras abordagens como a realização de procedimentos com sedação ou até mesmo sob anestesia geral são utilizadas. Na sedação ocorre uma depressão mínima do nível de consciência e torna possível uma maior colaboração do paciente e uma maior tolerância aos procedimentos (9). O procedimento deve ser realizado por equipe habilitada, com o uso de ausculta perio?dica, a oximetria de pulso e o monitoramento dos sinais vitais (10).
Os maiores cuidados com a sedação estão relacionados a pacientes com doença cardíaca cianótica, doenças pulmonares e alterações das funções hepática e renal, além de pacientes obesos. Em alguns casos, ??pode ser necessária a realização de procedimentos em ambiente hospitalar sob anestesia geral, principalmente por motivos de segurança. Esses procedimentos são indicados em situações de falha de todas as tentativas de atendimento em ambiente ambulatorial, presença de alterações sistêmicas que aumentem o risco do procedimento, necessidades acumuladas com tratamento extenso e complexo, cirurgias de maior porte e atendimentos de urgência (4). Quando necessário o encaminhamento para a atenção terciária, ele deve ser realizado pelos especialistas dos CEOs (4).
Conforme laudo odontológico da rede privada (Num. 133855706 - Pág. 1), a estimativa de custos é apresentada de forma pouco detalhada, sendo possível inferir que o valor de R$ 8.000,00 refere-se aos procedimentos odontológicos e o valor de R$ 9.000,00 à estrutura hospitalar, incluindo internação, anestesia e equipe de apoio. Adicionalmente, há menção a montante de R$ 30.000,00, possivelmente relacionado aos honorários profissionais, contudo sem discriminação dos itens que compõem esse valor.
Segundo o SIGTAP, o valor total do procedimento 04.14.02.041-3 - tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais, incluindo serviço hospitalar e profissional é de R$ 328,34 e é financiado pela média e alta complexidade (MAIC) (18).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora na qualidade de vida e mastigação, evitar progressão da doença (agudização).

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: procedimento odontológico sob sedação

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar encontra previsão no âmbito do SUS. No caso em análise, embora o paciente tenha sido avaliado em US, não há registro de encaminhamento para CEO.
Não há nos autos comprovação de encaminhamento formal da cirurgiã-dentista da US para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tampouco registro de atendimento no CEO. Considerando o fluxo assistencial previsto no SUS para pacientes com necessidades especiais, o atendimento deve ser inicialmente realizado na Atenção Primária à Saúde (APS), com posterior encaminhamento ao CEO quando houver necessidade de manejo especializado. Na impossibilidade de resolução nesse nível, cabe ao serviço especializado realizar a referência para atenção secundária ou terciária, incluindo atendimento hospitalar sob sedação ou anestesia geral, quando indicado.
Do ponto de vista clínico, embora o quadro odontológico descrito não apresente, até o momento, sinais de urgência imediata (como abscesso, edema ou infecção sistêmica), a manutenção das lesões cariosas sem tratamento pode levar à progressão da doença, com

risco de complicações futuras, aumento da complexidade terapêutica e impacto na qualidade de vida do paciente.
Dessa forma, considerando a ausência de comprovação do cumprimento do fluxo assistencial no SUS e a inexistência de caráter de urgência imediata, manifesta-se parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. D'Alonzo R, Rigante D, Mencaroni E, Esposito S. West Syndrome: A Review and Guide for Paediatricians. Clin Drug Investig. fevereiro de 2018;38(2):113–24. doi:10.1007/s40261-017-0595-z PubMed PMID: 29086890.
2. Pavone P, Polizzi A, Marino SD, Corsello G, Falsaperla R, Marino S, et al. West syndrome: a comprehensive review. Neurol Sci. dezembro de 2020;41(12):3547–62. doi:10.1007/s10072-020-04600-5 PubMed PMID: 32827285; PubMed Central PMCID: PMC7655587.
3. McTague A, Howell KB, Cross JH, Kurian MA, Scheffer IE. The genetic landscape of the epileptic encephalopathies of infancy and childhood. Lancet Neurol. março de 2016;15(3):304–16. doi:10.1016/S1474-4422(15)00250-1 PubMed PMID: 26597089.
4. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2019 [citado 21 de julho de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf
5. Presidência da República, secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
6. Marilyn Augustyn. UpToDate [Internet]. 2024. Autism spectrum disorder (ASD) in children and adolescents: Terminology, epidemiology, and pathogenesis - UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-asd-in-children-and-adolescents-terminology-epidemiology-and-pathogenesis?search=Terminology%2C%20epidemiology%2C%20and%20pathogenesis.&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
7. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. Psychol Med. fevereiro de 2015;45(3):601–13. doi:10.1017/S003329171400172X PubMed PMID: 25108395.
8. Schwartzman JS, Assumpção Júnior FB. Autismo infantil. Em: Autismo infantil [Internet]. 1995 [citado 28 de janeiro de 2025]. p. 285–285. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622150
9. Amaral COF, Malacrida VH, Videira FCH, Parizi AGS, Straioto FG. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento eadaptação para o atendimento odontológico. Arch oral res (Impr). 2012;143–51.
10. Menezes SA, Zink AG, Brasília. Transtorno do Espectro Autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico - revisão de literatura. Roplac. 2016;8–12.
11. Katz CRT, Vieira A, Meneses JMLP, Colares V. Abordagem psicológica do paciente autista durante o atendimento odontológico: [revisão]. Odontol clín-cient. 2009;115–21.
12. Koman LA, Smith BP, Shilt JS. Cerebral palsy. The Lancet. 15 de maio de 2004;363(9421):1619–31. doi:10.1016/S0140-6736(04)16207-7
13. Gisel EG, Birnbaum R, Schwartz S. Feeding impairments in children: diagnosis and effective intervention. Int J Orofacial Myology. 1998;24:27–33. PubMed PMID: 10635165.
14. Ministério da Saúde. PORTARIA No 1.032, DE 5 DE MAIO DE 2010 - Inclui procedimento

odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. [Internet]. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html
15. Sarvas E, Webb J, Landrigan-Ossar M, Yin L, SECTION ON ORAL HEALTH, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, et al. Oral Health Care for Children and Youth With Developmental Disabilities: Clinical Report. Pediatrics. 22 de julho de 2024;154(2):e2024067603. doi:10.1542/peds.2024-067603
16. Kranz AM, Zhao X, Munnich E, Lee JY, Whaley C. Medicaid Payments and Outcomes for Pediatric Dental Surgical Procedures by Site of Care. JAMA Netw Open. 10 de outubro de 2025;8(10):e2537081. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.37081
17. Caldas Júnior A de F, Machiavelli JL, Saúde M da, Pernambuco UF de, Sus (una-Sus) UA do. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal. Em: Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal [Internet]. 2013 [citado 27 de março de 2026]. p. 229 p.-229 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-66239
18. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. Disponível em: https://sigtap.datasus.gov.br

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico neurológico (Num. 133855702 - Pág. 1), trata-se de paciente com encefalopatia estacionária, associada a atraso severo do desenvolvimento neuropsicomotor, síndrome de West e comportamento autista, em acompanhamento neurológico desde a infância. Segundo o documento, à época da elaboração do laudo (06/11/2025), a parte autora fazia uso contínuo de anticonvulsivantes (lacosamida, oxcarbazepina e levetiracetam), com persistência de crises epilépticas (Num. 133855702 - Pág. 1). Segundo o laudo odontológico de cirurgiã-dentista da Unidade de Saúde (US) (Num. 133855703 - Pág. 1), a parte autora necessita de tratamento odontológico sob sedação, sendo reportado que suas condições clínicas impossibilitam a realização do tratamento em ambiente ambulatorial na referida unidade. O laudo odontológico emitido por cirurgiã-dentista da rede privada, especialista em odontopediatria e no atendimento de pacientes com necessidades especiais (Num. 133855706), descreve exame clínico com necessidade de múltiplos procedimentos, incluindo profilaxia, aplicação tópica de flúor, raspagem, restaurações em diversos elementos dentários e exodontia. O documento também relata presença de dor e dificuldade alimentar, recomendando a realização do tratamento em caráter breve, além de destacar que, em razão da síndrome de West, a dor odontogênica pode atuar como fator desencadeante de crises convulsivas (Num. 133855706).
Não há nos autos comprovação de encaminhamento formal da cirurgiã-dentista da US para Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tampouco registro de atendimento no CEO. Nesse contexto, pleiteia tratamento odontológico em ambiente hospitalar com sedação.
A síndrome de West corresponde a uma encefalopatia epiléptica grave de início precoce, caracterizada por espasmos infantis, padrão eletroencefalográfico típico e atraso ou regressão do desenvolvimento neuropsicomotor (1,2). Geralmente manifesta-se no primeiro ano de vida, com maior incidência entre 4 e 7 meses, e apresenta etiologia heterogênea, incluindo causas

genéticas, estruturais e metabólicas, sendo possível identificar fator etiológico em parcela significativa dos casos (1). O tratamento envolve, principalmente, o uso de hormônio adrenocorticotrófico, vigabatrina e corticosteroides, sendo o diagnóstico e a intervenção precoces determinantes para melhor evolução clínica (1). Apesar disso, o prognóstico é frequentemente desfavorável, com elevada taxa de comprometimento do desenvolvimento, sendo descrita associação com deficiência intelectual em até 80% dos casos e progressão para outras epilepsias de difícil controle, como a síndrome de Lennox-Gastaut (3).

Pacientes com necessidades especiais são aqueles que possuem condições transitórias ou permanentes, de ordem mental, física, emocional ou sensorial, de crescimento ou médica que impeçam a realização dos cuidados convencionais (4). Pessoas com deficiência (PcD) podem necessitar de cuidados especiais, mas a deficiência por si só não determina essa necessidade. De acordo com a definição presente na Lei Brasileira de Inclusa?o da Pessoa com Deficie?ncia – Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015 (5), no Art. 2o: "Considera-se pessoa com deficie?ncia aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza fi?sica, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interac?a?o com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participac?a?o plena e efetiva na sociedade em igualdade de condic?o?es com as demais pessoas.". O atendimento de PcD que possuem necessidades especiais está previsto no SUS, que prevê atenção integral a esses pacientes. O manejo inclui a entrada do paciente no sistema através da atenção primária em saúde (APS) e o seu encaminhamento para CEOs conforme necessidades forem identificadas.

A DI caracteriza-se por limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, com início antes dos 18 anos. Sua etiologia é multifatorial, podendo envolver causas pré-natais, perinatais e pós-natais, como alterações genéticas, complicações no parto, infecções e fatores ambientais, refletindo a complexidade dos quadros clínicos (4).

Adicionalmente, o TEA é uma disfunção biológica do desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) caracterizada por déficits na comunicação e interação social com padrão de comportamentos e interesses restritos e repetitivos. Os sintomas estão presentes em fase bem precoce, mas usualmente se tornam aparentes quando se iniciam as demandas por interação social. A apresentação clínica e o grau de incapacidade são variáveis e podem estar presentes outras condições comórbidas, como epilepsia, retardo mental e transtorno do déficit de atenção (6). A prevalência global é estimada em 7,6:1.000 e é mais comum em meninos (7). E quase 50% dos casos diagnosticados podem estar associados a condições como deficiência intelectual, epilepsia, esclerose tuberosa, fenilcetonúria, entre outras (8).

No ponto de vista da saúde bucal, indivíduos com DI e TEA e frequentemente fazem uso de medicamentos como antipsico?ticos (risperidona), antidepressivos (fluoxetina), anticonvulsivantes (fenitoi?na) e psicoestimulantes (metilfenidato) para o controle de agressividade, ansiedade, irritabilidade, depressa?o, convulso?es e hiperatividade (9–11). O uso desses medicamentos pode levar a manifestações bucais, como redução no fluxo salivar, sangramento gengival, hiperplasia gengival, ulcerações e dificuldade de cessar o sangramento durante procedimentos odontológicos, devido à diminuição do nível de plaquetas (10). Além disso, esses indivíduos muitas vezes possuem exacerbada sensibilidade táctil, podendo dificultar a higienização. Faz-se necessário o controle da higiene bucal através de escovação e uso de fio dental e controle de dieta, evitando alimentos cariogênicos.

No atendimento odontológico de pacientes com DI e TEA, mesmo procedimentos simples podem se tornar desafiadores, necessitando o uso de estratégias de manejo de comportamento (9). O sucesso do tratamento está diretamente relacionado ao estabelecimento de vínculo entre o profissional, o paciente e a família, bem como ao nível de compreensão e colaboração do usuário. Em indivíduos com melhor capacidade cognitiva e que não oferecem resistência, recomenda-se o uso de técnicas não farmacológicas, como “dizer-mostrar-fazer” e

reforço positivo (12,13), associadas à adequação do ambiente (redução de estímulos sensoriais), presença do cuidador, uso de comandos claros e estabelecimento de rotina com sessões curtas (4). Já em quadros moderados ou graves, podem ser necessárias estratégias adicionais, como técnicas de estabilização protetora, além da avaliação da necessidade de contenção física, sedação ou anestesia geral, priorizando-se sempre, quando possível, abordagens não farmacológicas (4).