Nota Técnica 502101

Data de conclusão: 23/04/2026 20:16:22

Paciente

Idade: 12 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Ariquemes/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 Cível de Ariquemes

Tecnologia 502101

CID: F84.0 - Autismo infantil

Diagnóstico: autismo infanti

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: atendimento especializado

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: atendimento especializado

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: reabilitação intelectual promovida por Centros Especializados em Reabilitação (CER), Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e por Centros de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi). Há previsão de atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências (03.01.07.006-7); ações de reabilitação psicossocial (03.01.08.034-8). Além disso, conforme Portaria do Ministério da Saúde, de 2002, a equipe técnica mínima para atuação em Centro de Atenção Psicossocial, é composta por “3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico"; portanto a terapia ocupacional poderá, eventualmente, estar disponível no sistema público de saúde.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: atendimento especializado

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: atendimento especializado

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: No SUS, a atenção primária é fundamental para o acompanhamento das pessoas com TEA. De acordo com as “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno de Espectro Autista”, publicada pelo Ministério da Saúde, o fluxograma de acompanhamento e atendimento da pessoa com TEA no SUS está dividido em identificação precoce e tratamento, habilitação e reabilitação. As ações de tratamento, habilitação e reabilitação englobam o desenvolvimento do plano terapêutico singular (PTS), com intervenções terapêuticas recomendadas de forma individualizada e após avaliação da equipe multidisciplinar, incluindo o acompanhamento básico e especializado. A construção do PTS envolve a avaliação dos aspectos de comunicação,linguagem e de interação social (4).
O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo corrobora com a diretriz acima citada, descrevendo que o acompanhamento dos pacientes deverá ser realizado por equipe multidisciplinar para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Esta equipe deve trabalhar em parceria com pacientes, familiares, companheiros e cuidadores, sempre que possível e apropriado (6).
6.1.1 Psicologia
Acerca do pleito por atendimentos em psicologia, reforça-se que a psicologia é a ciência que estuda o comportamento, as emoções, os processos mentais e a interação entre eles. O psicólogo, profissional graduado em psicologia, trabalha tanto na promoção da saúde mental quanto no tratamento de transtornos mentais, ajudando o paciente a regular suas emoções e controlar seus comportamentos. O trabalho pode envolver a prevenção, diagnóstico e intervenção em diversos contextos, desde questões cotidianas até distúrbios mentais mais complexos (7).
Para pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o atendimento psicológico é de

grande importância com vistas a melhorar habilidades sociais, a regular as emoções e, com isso, promover maior independência e qualidade de vida. Assim como ocorrido com terapia ocupacional e com fonoaudiologia, diferentes intervenções foram avaliadas no tratamento de pessoas com TEA (8). Por ora, não há evidências sugerindo superioridade entre intervenções.

6.1.2 Nutrição

O profissional de nutrição pode desempenhar um papel importante no acompanhamento de pessoas com TEA, uma vez que distúrbios alimentares são frequentes nessa população, podendo incluir seletividade alimentar, recusa de alimentos, comportamentos alimentares atípicos e dificuldades sensoriais relacionadas à textura, cor ou temperatura dos alimentos. Além disso, o uso de medicamentos psicotrópicos, como antipsicóticos, pode levar a efeitos colaterais como ganho de peso e alterações metabólicas, exigindo estratégias nutricionais específicas para prevenção de sobrepeso, obesidade e síndrome metabólica. O nutricionista pode atuar na avaliação do estado nutricional, elaboração de planos alimentares individualizados, orientação dos responsáveis e integração com a equipe multidisciplinar, promovendo uma abordagem ampla e centrada nas necessidades da pessoa com TEA (9).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento do comportamento agressivo em pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (6) não menciona o profissional nutricionista ou intervenções nutricionais específicas. Há referência à necessidade de considerar dieta e atividade física no contexto de manejo dos efeitos colaterais dos antipsicóticos (como o ganho de peso), mas sem indicação direta de acompanhamento por nutricionista. A composição mínima da equipe multiprofissional mencionada inclui médico e psicólogo.

Em dezembro de 2025, buscou-se na base de dados PubMed as palavras-chave “food selectivity” OR “picky eating” OR “restricted eating” AND “autism”. Apesar de a literatura científica descrever o fenômeno, não foram identificados estudos experimentais avaliando métodos terapêuticos. De fato, revisão narrativa, de reduzida qualidade metodológica, lista alternativas, como Terapia Ocupacional com Integração Sensorial e terapias pelo Método ABA (10). A adequação de dieta, elaborada por nutricionista, aparece em menção, sem maiores detalhes quanto, por exemplo, a frequência ideal (10). Em busca mais abrangente, é possível localizar intervenções diversas. Por exemplo, ensaio clínico randomizado avaliou a viabilidade e eficácia inicial de um programa estruturado de treinamento parental para crianças com TEA e seletividade alimentar moderada (11). Ao longo de 16 semanas, 38 crianças foram randomizada em dois grupos: para um grupo de pais foram ministradas 10 sessões principais e 3 de reforço, abordando educação nutricional e estratégias comportamentais para estruturar refeições e ampliar a variedade alimentar (método denominado de MEAL Plan); para outro grupo de pais foram ministradas dez sessões de educação parental, em que se abordou informações sobre TEA, sem o fornecimento de plano alimentar. A educação parental, com estruturação de plano alimentar, mostrou-se superior à oferecer informações sobre TEA com impacto positivo na avaliação clínica global e na quantidade de alimento ingerido.

6.1.3 Terapia ocupacional

A terapia ocupacional (TO) é uma área da saúde voltada para ajudar pessoas a desenvolver, recuperar ou manter habilidades essenciais para realizar atividades do dia a dia, promovendo a autonomia do paciente. Para isso, o profissional graduado em TO poderá atuar no aprimoramento tanto de atividades básicas, como alimentação, higiene pessoal e mobilidade, quanto de tarefas mais complexas relacionadas ao trabalho, lazer e à participação social. Inúmeras intervenções oferecidas pela TO, e individualizadas conforme as demandas do paciente, possuem evidência científica de eficácia no tratamento de pessoas com diagnóstico de TEA (12). Destacam-se benefícios em desfechos subjetivos, como autorregulação emocional, até desfechos brutos, como empregabilidade (13).

Publicada em 2019, revisão sistemática buscou avaliar se a intervenção pleiteada, mais

especificamente pelo método Ayres (terapia integrativa sensorial pelo método Ayres) pode ser considerada uma prática baseada em evidências científicas (14). Para tal, organizou-se em três etapas que, brevemente, consistiram na busca de estudos em diferentes bases de dados, seleção de estudos (conforme critérios de revisão sistemática) e avaliação de qualidade com base nos indicadores do Council for Exceptional Children (CEC). De 6.837 estudos inicialmente encontrados, apenas três preencheram todos os critérios, tanto de elegibilidade quanto de qualidade, e foram analisados em profundidade: são três ensaios clínicos randomizados, comparando a ISA com treino motor fino, com cuidados usuais e com terapia em grupo. A ISA foi considerada eficaz na melhoria de metas funcionais individualizadas e na participação em atividades da vida diária (tanto de autocuidado quanto de socialização). O tamanho do efeito médio variou de 0,21 a 0,93 - ou seja, são resultados bastante heterogêneos, mas sugestivos de superioridade a outras intervenções. Fez-se, entretanto, a ressalva de que o treinamento específico em ISA não é internacionalmente padronizado e, atualmente, é veiculado por diferentes instituições de forma que não se pode garantir a extrapolação dos dados à condição em tela.

6.1.4 Atividade física

Intervenções com exercício físico são amplamente aceitas por serem fáceis de implementar e com poucos efeitos negativos, mas seus efeitos em crianças com autismo ainda não haviam sido avaliados de forma sistemática. Nesse contexto, uma revisão guarda-chuva de meta-análises (até 27 de novembro de 2024) mostrou que os exercícios promovem melhora significativa em comportamentos desadaptativos (SMD: -0,73; IC 95%: -0,71 a -0,03), mas não apresentam impacto relevante em comportamentos estereotipados (SMD: 0,09; IC 95%: -0,30 a 0,48). A análise de sensibilidade indicou diferenças estatisticamente significativas nos efeitos gerais, embora a reanálise não tenha encontrado eficácia significativa em comunicação social (SMD: -0,09; IC 95%: -0,61 a 0,43), habilidades sociais (SMD: -0,22; IC 95%: -0,99 a 0,54), função social (SMD: 2,64; IC 95%: -0,10 a 5,39) e habilidades motoras (SMD: 0,71; IC 95%: -0,97 a 2,39). Assim, exercícios podem melhorar comportamentos desadaptativos e possivelmente contribuir para aspectos sociais e motores, mas as evidências ainda são limitadas, especialmente para comportamentos estereotipados, sendo necessários mais ensaios clínicos randomizados bem planejados (15).

Uma revisão sistemática (busca em março de 2024, atualizada em maio de 2025) incluiu 33 ensaios clínicos randomizados com 1083 participantes, com seleção, extração, avaliação de qualidade e meta-análise realizadas por dois revisores independentes. Os resultados mostraram efeitos significativos da atividade física na habilidade motora (SMD = 2,28; IC 95%: 1,61–2,95), habilidade social (SMD = 1,52; IC 95%: 0,97–2,07) e função executiva (SMD = 0,88; IC 95%: 0,58–1,19; todos $p < 0,05$). A comunicação também melhorou (SMD = 0,82; IC 95%: 0,50–1,13), porém sem significância estatística ($p > 0,05$). Análises de subgrupo indicaram que sessões com menos de 60 minutos, realizadas três ou mais vezes por semana por até 10 semanas, tendem a ser mais eficazes; entretanto, maiores durações e períodos favorecem a função executiva, enquanto menores frequências beneficiam a habilidade motora. Assim, a atividade física tem efeitos positivos nas capacidades de comunicação, sociais, motoras e executivas em crianças com TEA, mas os resultados variam conforme duração, frequência e período das intervenções (16).

Item	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Psicologia	2 horas semanais	R$ 140,00	R$ 13.440,00
Terapia ocupacional	2 sessões semanais	R$ 210,00	R$ 20.160,00

Nutricionista	1 sessão semanais	R$ 450,00	R$ 21.600,00
Atividade física	3 horas semanais	R$ 170,00	R$ 24.480,00
Total			R$ 79.680,00

*De acordo com orçamento anexado aos autos pelo advogado da parte autora, sem a discriminação ou detalhamento dos orçamentos individuais por profissional (Num. 134587843 - Pág. 8)
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para o tratamento pleiteado. Por esse motivo, utilizou-se orçamento anexo ao processo. Não foram identificados estudos de custo-efetividade para o pleito.
Não há estudos de custo-efetividade para as terapias pleiteadas para pacientes com transtorno do espectro autista.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Psicologia: melhora das habilidades sociais e da capacidade de regular as emoções, com isso promovendo maior independência e qualidade de vida, sem evidência de superioridade em relação a outras intervenções.
Terapia ocupacional: melhora de metas funcionais individualizadas e na participação em atividades da vida diária, se realizada pelo método de ayres. Ressalta-se, contudo, que a ausência de pedido desta técnica em específico, assim como a ausência de padronização internacional do treinamento nesta técnica limita a extrapolação desses resultados para o caso em análise.
Nutrição: aumento na variedade de gêneros alimentícios ingeridos, sem evidências robustas.
Atividade física: melhora nos comportamentos desadaptativos, nas habilidades motoras e sociais, na função executiva e na comunicação, com resultados e significância divergentes entre os estudos, sem impacto relevante em comportamentos estereotipados.

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

Conclusão

Tecnologia: atendimento especializado

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: De acordo com os documentos acostados, fica demonstrada a indicação de acompanhamento terapêutico multiprofissional para a parte autora, considerando o diagnóstico apresentado. Contudo, não há evidência científica de superioridade das abordagens específicas pleiteadas em relação a outras intervenções que podem ser prescritas pelos profissionais de reabilitação.
Quanto à temporalidade do atendimento, não se identificam critérios que caracterizem situação de urgência médica, conforme disposto na Resolução CFM nº 1.451/1995. Ressalta-se que os encaminhamentos para especialidade “terapia ocupacional” e “psicologia” foram regulados como prioridade eletiva. Caso haja algum sinal/sintoma que indique urgência, a priorização da regulação deve ser reavaliada.
Por ora, justifica-se o parecer desfavorável pela disponibilidade de tratamento no SUS, resguardando o provimento jurisdicional para os casos de indisponibilidade do tratamento e justificada gravidade e/ou urgência, o que não se caracteriza no presente caso. A interferência jurisdicional no acesso a tratamentos sob regulação pode implicar em iniquidade e prejuízo aos

demais pacientes que aguardam há mais tempo que a parte. Recomenda-se que a parte autora seja encaminhada para atendimento multiprofissional em centro de referência do SUS voltado à reabilitação intelectual/TEA, em conformidade com os fluxos assistenciais vigentes. Embora não haja, nos autos, elementos que evidenciem urgência, é recomendável que a parte tenha acesso às intervenções indicadas e disponíveis na rede básica com a devida brevidade.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Augustyn M, Hahn LE. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Evaluation and diagnosis [Internet]. UpToDate Waltham; Available from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-evaluation-and-diagnosis.
2. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. Psychol Med. 2015;45:601–613. doi: 10.1017/S003329171400172X. Cited in PMID: 25108395.
3. Autism spectrum disorder (ASD) in children and adolescents: Terminology, epidemiology, and pathogenesis - UpToDate [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-asd-in-children-and-adolescents-terminology-epidemiology-and-pathogenesis.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília Minist Saúde. 2014;
5. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down. [Internet]. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf.
6. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo [Internet]. 2022. Report No.: PORTARIA CONJUNTA No 7, de 12 de ABRIL de 2022. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-no-7-2022-comportamento-agressivo-no-tea.pdf.
7. Kristensen CH, Almeida RMM de, Gomes WB. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. Psicol Reflex E Crítica. 2001;14:259–274.
8. Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. Jama. 2016;315:1997–2008.
9. Esteban-Figuerola P, Canals J, Fernández-Cao JC, Arija Val V. Differences in food consumption and nutritional intake between children with autism spectrum disorders and typically developing children: a meta-analysis. Autism. 2019;23(5):1079-1095. doi:10.1177/1362361318794179.
10. Marí-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-González A, Morales-Suárez-Varela M. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. J Child Neurol. 2014;29(11):1554–61.
11. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL, et al. A parent training model for feeding problems in children with autism spectrum disorder: Initial randomized trial. J Pediatr. 2019;211:185-192.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2019.04.034.
12. Kashefimehr B, Kayihan H, Huri M. The effect of sensory integration therapy on occupational performance in children with autism. OTJR Occup Particip Health. 2018;38:75–83.
13. Scott M, Milbourn B, Falkmer M, Black M, B?lte S, Halladay A, Lerner M, Taylor JL, Girdler

S. Factors impacting employment for people with autism spectrum disorder: A scoping review. Autism. 2019;23:869–901.
14. Schoen SA, Lane SJ, Mailloux Z, May-Benson T, Parham LD, Smith Roley S, Schaaf RC. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. Autism Res. 2019 Jan;12(1):6-19.
15. Gao X, Xu G, Fu N, Wang L, Ben Q, Shen M et al. Exercise interventions for health outcomes in children with autism spectrum disorder: An umbrella review of meta-analyses of clinical trials. Neurosci Biobehav Rev. 2025 Jun;173:106144. doi: 10.1016/j.neubiorev.2025.106144. Epub 2025 Apr 18. PMID: 40254115.
16. Li C, Pan H, Zhou T, Li X, Cui W, Li D. Effects of physical activity on motor, communication, social, and executive function in children with autism spectrum disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Pediatr. 2025 Dec 11;185(1):5. doi: 10.1007/s00431-025-06636-1. PMID: 41379344.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico juntado aos autos (Num. 134587847 - Pág. 1), a parte autora possui diagnóstico de autismo, nível 1 de suporte. Encontra-se em acompanhamento com neurologista infantil e faz uso atual de risperidona. Não há maiores detalhes acerca do quadro clínico. Foram recomendadas as seguintes terapias: psicoterapia cognitivo-comportamental (2x/semana), terapia ocupacional com abordagem sensorial (2x/semana), terapia alimentar (1x/semana) e atividade física (3x/semana). Consta encaminhamento, via SISREG, para consulta com terapeuta ocupacional (Num. 134587848 - Pág. 9) e com psicólogo (Num. 134587848 - Pág. 11), ambos em janeiro de 2026, classificados com risco azul (atendimento eletivo). Em relação ao encaminhamento para atividade física, não foi possível a inserção no sistema de regulação, considerando que o município em questão não dispõe desse serviço (Num. 134587848 - Pág. 13). Não há menção a encaminhamento para atendimento nutricional. Diante disso, a parte autora pleiteia os procedimentos pela via jurisdicional.

A presente nota técnica versará sobre terapias de reabilitação em Transtorno do Espectro do Autismo.

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma disfunção biológica do desenvolvimento do sistema nervoso central 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, deficiência intelectual e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (1). A prevalência global é estimada em 7,6:1.000 e é mais comum em meninos (2).

O objetivo do tratamento do indivíduo com TEA deve ser maximizar a funcionalidade e aumentar a qualidade de vida, levando em consideração idade, grau de limitação, comorbidades e necessidades de cada paciente (3,4). A base do tratamento envolve intervenções comportamentais e educacionais, usualmente orientadas por equipe multiprofissional. Embora não haja cura, a intervenção precoce e intensiva está associada com melhor prognóstico. As diretrizes para o cuidado da pessoa com TEA do Ministério da Saúde preconizam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como a orientação geral para o manejo

desses pacientes (4). O PTS deve envolver profissionais/equipes de referência com trabalho em rede e pluralidade de abordagens e visões, levando em consideração as necessidades individuais e da família, os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial e a garantia de direitos.

Quanto à oferta de tratamento, procedimentos ou abordagens terapêuticas no sistema público brasileiro para o tratamento de pacientes com TEA, destaca-se que, em 2012, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista estabeleceu que o indivíduo com TEA fosse considerado uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, devendo ser incluída na linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência. Por conseguinte, as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2014, postulam que, para a atenção integral ser efetiva, as ações de saúde devem estar articuladas a outros pontos de atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como aos serviços de proteção social e de educação, a partir da implementação de diretrizes e protocolos de acesso (5). Serviços de Reabilitação Intelectual (RI) se configuram nas estruturas dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), que ofertam reabilitação em duas ou mais modalidades (auditiva, física, intelectual e visual), e nos serviços de modalidade única, a exemplo das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Em geral, o acesso a estes serviços se dá a partir de encaminhamento realizado pelos serviços de atenção básica do município de residência do paciente, que é direcionado à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), responsável pela regulação das solicitações de RI a partir de critérios de prioridade aplicados caso a caso. Uma vez em atendimento pelos serviços de RI, cabe à equipe de saúde efetuar os atendimentos, a avaliação, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a articulação com os demais pontos da rede de saúde e da rede intersetorial, com avaliação constante e trocas a respeito da evolução e especificidades de cada caso; em outros termos, este serviço torna-se o coordenador do cuidado daquele indivíduo (4). Com a publicação da Portaria nº 336/2002, os Centros de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi) consolidam-se ainda como equipamento privilegiado para a atenção psicossocial à criança com autismo no âmbito do SUS, embora não se dirija de modo exclusivo a essa clientela.