Nota Técnica 503378

Data de conclusão: 23/04/2026 19:49:07

Paciente

Idade: 9 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Porto Velho/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 4ª Vara Cível de Porto Velho

Tecnologia 503378

CID: F84.0 - Autismo infantil

Diagnóstico: autismo infantil

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? Não informado

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: atendimento especializado

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

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: 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 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 (11).
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 (13).
Faz-se a ressalva de que, diferentemente do pleito de um medicamento, em que o produto pleiteado é indubitavelmente a tecnologia investigada em estudos de eficácia e segurança, as intervenções pleiteadas não são necessariamente a atividade avaliada nas evidências que se seguem. A inexistência de regulamentação ou fiscalização de tais atividades impossibilita a generalização e equivalência de eventuais resultados identificados na literatura médica para os pleitos na situação em tela.
6.1.1 Psicomotricidade
Segundo a Associação Brasileira de Psicomotricidade, o psicomotricista é um profissional de saúde com Pós-graduação em Psicomotricidade. Trata-se de uma subespecialidade relativamente recente, datada da década de oitenta, que, por ora, possui escasso embasamento científico no tratamento da condição em tela. Não foram identificados estudos avaliando a intervenção em psicomotricidade em pacientes com diagnóstico de TEA. O psicomotricista não está entre as intervenções previstas em relatório como alternativa terapêutica no manejo de TEA conforme o PCDT (13).
Em pesquisa realizada, em abril de 2026, na base de dados PubMed, com as palavras chave “psychomotor therapy” e “autism spectrum disorder (ASD)” não foram identificados ensaios clínicos comparando intervenções promovidas por profissional especializado em Psicomotricidade com intervenções realizadas por outros profissionais de saúde. É digno de nota que, ao expandir-se a busca, pode-se encontrar evidências sugestivas de eficácia, para desfechos diversos, de intervenções motoras estruturadas, entre elas, atividade física. Nessa linha, uma revisão sistemática, publicada em 2020, investigou os efeitos de intervenções

motoras e de atividade física sobre o desempenho motor de crianças com TEA (13). Foram incluídos 41 estudos, envolvendo 41 diferentes metodologias. A qualidade geral das evidências foi considerada baixa e apontou-se necessidade de estudos mais robustos com amostras maiores, desenhos controlados e protocolos padronizados. Apesar de evidências apontarem ganhos em aquisição de habilidades motoras por meio de intervenções motoras e de atividade física, não há evidências de superioridade entre dispositivos.

6.1.2 Psicopedagogia

No que se refere ao pleito por atendimento psicopedagógico, trata-se de área interdisciplinar vinculada principalmente ao campo educacional, voltada ao processo de aprendizagem e frequentemente exercida por profissionais com formação em pedagogia ou psicologia e especialização em psicopedagogia. No Brasil, políticas públicas de educação especial garantem o direito de pessoas com transtornos do desenvolvimento à inclusão em escolas regulares, com oferta de recursos pedagógicos e Atendimento Educacional Especializado (AEE), inclusive por meio de Salas de Recursos Multifuncionais e centros multidisciplinares previstos no Plano Nacional de Educação, que atuam de forma complementar ao ensino convencional para promover acessibilidade e apoio ao processo educacional (25). No âmbito jurídico, o Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento de que operadoras de planos de saúde não estão obrigadas a custear sessões de psicopedagogia realizadas em ambiente escolar ou domiciliar, reconhecendo tal intervenção como serviço educacional, salvo quando prestada em contexto clínico e por profissionais da área da saúde .

6.1.3 Psicologia Terapia comportamental baseada em Análise do Comportamento Aplicada (ABA)

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 (26,27). Para pessoas com 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.

Acerca da especialização pelo método ABA, a possibilidade de Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA) consta entre as intervenções não farmacológicas aplicadas no tratamento do TEA, recomendadas pelo Ministério da Saúde (13). São listadas, contudo, inúmeras outras intervenções: Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), intervenções comportamentais que envolvem familiares ou responsáveis, intervenções com foco na comunicação (verbal ou comunicação alternativa e aumentativa), musicoterapia e o programa de Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children – TEACCH) (13). Apesar de algumas terapias e técnicas terem sido mais exploradas na literatura científica, revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo (28-30).

Quanto à carga horária semanal, uma metanálise conduzida por Sandbank e colaboradores avaliou a relação entre a quantidade de intervenção e os desfechos em crianças autistas, analisando 144 estudos com um total de 9038 participantes. Foram considerados três índices de quantidade de intervenção: intensidade diária (horas/dia), duração total (dias de intervenção) e intensidade cumulativa (horas totais recebidas). Utilizando modelos de meta-regressão, os autores controlaram variáveis como tipo de intervenção, idade dos participantes, viés de detecção e proximidade dos desfechos em relação aos objetivos terapêuticos. O estudo seguiu as diretrizes PRISMA, garantindo rigor metodológico. Os resultados não encontraram

uma associação significativa entre maior quantidade de intervenção e melhores desfechos em qualquer dos índices analisados. Isso indica que aumentar a intensidade ou a frequência das terapias não necessariamente melhora os resultados para crianças autistas. Os autores enfatizam que não há evidências robustas que justifiquem a recomendação de intervenções altamente intensivas (20-40 horas semanais) e sugerem que a adequação individual da terapia deve ser considerada, equilibrando suporte terapêutico com tempo para atividades naturais de desenvolvimento? (31).

6.1.4 Fonoaudiologia.

Sobre a fonoaudiologia, trata-se de área da saúde que se dedica à prevenção, diagnóstico e tratamento de distúrbios relacionados à comunicação humana. Isso inclui aspectos da fala, linguagem, audição, voz e funções orofaciais, como a deglutição e a mastigação. O profissional da saúde graduado em fonoaudiologia trabalha com pessoas que têm dificuldades nessas áreas, promovendo intervenções terapêuticas que buscam melhorar a comunicação e a funcionalidade dos pacientes. Assim como a TO, há evidências sugerindo que atendimentos em fonoaudiologia são capazes de promover ganho na aquisição da linguagem e da comunicação não verbal, de aliviar ecolalia e outros padrões atípicos de fala, e de atenuar a hipersensibilidade a sons (32-34).

6.1.5 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 (35). Destaca-se benefícios em desfechos subjetivos, como autorregulação emocional, até desfechos brutos, como empregabilidade (36).

Sobre o pleito por terapia integrativa sensorial pelo método Ayres - também chamado de Integração Sensorial de Ayres (ISA), entende-se que se tratam de sessões com terapeuta ocupacional que realizará técnicas de integração sensorial pelo método Ayres (37). Publicada em 2019, revisão sistemática buscou avaliar se a intervenção pleiteada pode ser considerada uma prática baseada em evidências científicas (38). 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. Faz-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.

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para o tratamento pleiteado. Não foram anexados orcamentos aos autos pela parte autora.

Não há estudos de custo-efetividade para as terapias pleiteadas para pacientes com transtorno do espectro autista e para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: quanto ao acompanhamento multiprofissional, de modo geral, intervenções multidisciplinares individualizadas apresentam potencial para promover ganhos funcionais e adaptativos; contudo, a superioridade de abordagens específicas, bem como os benefícios de cargas horárias elevadas, permanece controversa na literatura.

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

Conclusão

Tecnologia: atendimento especializado

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: As terapias pleiteadas podem trazer benefícios a pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), especialmente no que se refere a aspectos de comunicação, interação social, desempenho motor e qualidade de vida. Suas indicações, contudo, devem ser sempre individualizadas, à luz do quadro clínico-funcional, das necessidades específicas do paciente e da definição de objetivos terapêuticos claros, mensuráveis e periodicamente reavaliados. Reconhece-se a importância do autor receber a reabilitação intelectual, porém, esta parece que vem sendo realizada com as terapias disponibilizadas no momento.
Ainda que se reconheça o impacto potencialmente deletério do TEA sobre funcionalidade e qualidade de vida, ressalta-se que as intervenções pleiteadas possuem caráter eletivo, não configurando situação de urgência ou risco iminente à vida.
Diante do elevado número de terapias já indicadas no presente caso, impõe-se analisá-las sob a perspectiva das melhores evidências científicas disponíveis, da racionalidade clínica e assistencial e da adequada organização do cuidado. No que se refere ao pleito de terapia ABA, não há evidência científica de superioridade da abordagem específica pleiteada em relação a outras intervenções que podem ser prescritas pelos profissionais de reabilitação. Os estudos que avaliaram a eficácia do método ABA apresentam baixa ou muito baixa qualidade metodológica, estando sujeitos a múltiplos vieses, o que inviabiliza sustentar sua eficácia de forma robusta. Ademais, os comparadores utilizados consistem, em geral, em tratamento usual no ambiente escolar da rede pública ou apenas orientação aos pais, não sendo possível estabelecer superioridade do método ABA em relação a outras abordagens psicopedagógicas, inclusive aquelas já disponibilizadas pelo sistema público de saúde. Ainda que houvesse evidência de superioridade, a ausência de regulamentação e certificação formal no país não assegura a adequada aplicação da metodologia.
Por fim, reforça-se que é solicitada carga horária elevada de atividades. Destacamos que, além da escassez de estudos garantindo eficácia de tratamento intensivo, há riscos atrelados e, por vezes, desconsiderados. Destaca-se que jornadas prolongadas podem gerar fadiga, irritabilidade, queda de engajamento e resistência à intervenção. Ademais, cursam, indiretamente, com a redução do tempo de brincar e socializar, essenciais para o desenvolvimento.
Por ora, justifica-se o parecer desfavorável pela disponibilidade de tratamento no sistema suplementar, 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.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Autism spectrum disorder: Terminology, epidemiology, and pathogenesis - UpToDate [Internet]. 2025 Available from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-asd-in-children-and-adolescents-terminology-epidemiology-and-pathogenesis
2. Baxter AJ, Brugha T, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. Psychol Med. 2015;45(3):601–13.
3. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000;9(3):541–55.
4. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):386–92.
5. Schmidt S, Petermann F. Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). BMC Psychiatry. 2009;9(1):58.
6. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. J Abnorm Psychol. 2002;111(2):279.
7. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
8. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. The Lancet. 2015;385(9983):2190–6.
9. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr. 1998;133(4):544–51.
10. Weissman L, Patterson MC. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions.
11. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. [Internet]. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
12. Ministério da Saúde. 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. [Internet]. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf
13. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo [Internet]. 2022. Report: PORTARIA CONJUNTA No 7, de 12 de ABRIL de 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-no-7-2022-comportamento-agressivo-no-tea.pdf
14. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, et al. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol (Oxf). 2018;32(1):3–29.
15. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. Pediatrics. 2004;114(5):e634–41.
16. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta?analysis. Dev Med Child Neurol. 2011;53(9):783–92.
17. Williams K, Brignell A, Randall M, Silove N, Hazell P. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8).

18. Hirsch LE, Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(6).
19. Jahromi LB, Kasari CL, McCracken JT, Lee LS, Aman MG, McDougle CJ, et al. Positive effects of methylphenidate on social communication and self-regulation in children with pervasive developmental disorders and hyperactivity. J Autism Dev Disord. 2009;39(3):395–404.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ng87
21. Greenfield B, Hechman L. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Expert Rev Neurother. 2005;5(1):107–21.
22. ATTENTION-DEFICIT SO, DISORDER H. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2011;128(5):1007.
23. Jain U, Hechtman L, Quinn D, Turgay A, Yaremko J, Mutch C. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines. Tor Can CADDRA. 2006;
24. Bolea-Alamañac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol (Oxf). 2014;28(3):179–203.
25. Plano Nacional de Educação 2014-2024 [recurso eletrônico] : Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. – 2. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. – (Série legislação ; n. 193).
26. McGrew JH, Ruble LA, Smith IM. Autism spectrum disorder and evidence?based practice in psychology. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2016;23:239.
27. Warren Z, Veenstra-VanderWeele J, Stone W, Bruzek JL, Nahmias AS, Foss-Feig JH, et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 [citado 2026 jan 27]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56343/
28. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015;136(Supplement_1):S60–81.
29. Francis G, Deniz E, Torgerson C, Toseeb U. Play-based interventions for mental health: A systematic review and meta-analysis focused on children and adolescents with autism spectrum disorder and developmental language disorder. Autism Dev Lang Impair. dezembro de 2022;7:23969415211073118.
30. Weitlauf AS, McPheeters ML, Peters B, Sathe N, Travis R, Aiello R, et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update. Rockville (MD); 2014.
31. Sandbank M, Pustejovsky JE, Bottema-Beutel K, et al. Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2024;178(8):763–773.
32. Sumastri H, Pastari M. The Effectiveness of the Combination of Play Therapy and Speech Therapy on the Behavioral Development of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD). Eduvest-J Univers Stud. 2022;2(9):1676–86.
33. Batool I, Ijaz A. EFFECTIVENESS OF SPEECH AND LANGUAGE THERAPY FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER. J Pak Psychiatr Soc [Internet]. 2015 [citado 14 de outubro de 2024];12(1). Disponível em: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=eh

ost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=17268710&AN=108584894&h=NhVYgHmEfSGywIfa6YtJL3uPlckUOVAdb%2BIWNqubClKUAiJrHtVGbPJbqrY9fjWjB0ommULbW109S8rV%2BBcfKQ%3D%3D&crl=c
34. Osman HA, Haridi M, Gonzalez NA, Dayo SM, Fatima U, Sheikh A, et al. A systematic review of the efficacy of early initiation of speech therapy and its positive impact on autism spectrum disorder. Cureus [Internet]. 2023 [citado 14 de outubro de 2024];15(3). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10085252/
35. 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(2):75–83.
36. Scott M, Milbourn B, Falkmer M, Black M, B?lte S, Halladay A, et al. Factors impacting employment for people with autism spectrum disorder: A scoping review. Autism. 2019;23(4):869–901.
37. Santos L de C. Terapia Ocupacional com método Integração Sensorial de Ayres: desenvolvimento de habilidades funcionais através do instrumento PEDI-CAT. 2022;
38. 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.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico (Num. 113969654 - Pág. 21 e Num. 113969654 - Pág. 27), parte autora apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), nível de suporte 2, e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mantendo acompanhamento regular com neuropediatra. Apresenta déficit de interação social, com repercussão na comunicação verbal, além de padrões repetitivos de comportamento e transtorno sensorial. Consta prescrição medicamentosa de risperidona, melatonina e ácido valpróico. Diante desse quadro, foi indicado acompanhamento multiprofissional por tempo indeterminado (Num. 113969654 - Pág. 24). Indicou-se, especificamente, terapia ABA (cinco sessões semanais de duas horas cada, totalizando 10 horas semanais); fonoaudiologia (duas sessões semanais de 50 minutos cada); terapia integrativa pelo método Ayres (duas sessões semanais de 50 minutos cada); terapia ocupacional (duas sessões semanais de 50 minutos cada); musicoterapia; nutrição; psicopedagogia (duas sessões semanais de 50 minutos cada); e psicomotricidade (duas sessões semanais de 50 minutos cada). Ressalte-se que, ao longo do processo, constam múltiplas prescrições terapêuticas, com cargas horárias e frequências distintas. Ademais, verificam-se diversos pedidos de acompanhamento multiprofissional, formulados com pleitos variados.
A paciente vinha realizando acompanhamento terapêutico regular; contudo, houve suspensão parcial dos tratamentos por parte da operadora. Atualmente, a terapia ocupacional não está sendo fornecida; a fonoaudiologia com abordagem ABA é disponibilizada apenas uma vez por semana; e a psicologia com abordagem ABA conta com somente quatro horários, embora tenham sido prescritos dez. Além disso, requer acompanhamento regular com neuropediatra, para avaliação e eventual ajuste do tratamento. A operadora afirmou que a parte autora vem realizando os tratamentos prescritos, conforme consta no laudo mais recente, datado de fevereiro de 2025, a saber: Terapia Ocupacional – 2 sessões semanais pelo período de 4 meses; Psicomotricidade – 2 sessões semanais pelo período de 4 meses; Psicologia ABA – 4

horas semanais; Integração Sensorial – 1 sessão semanal; Fonoaudiologia – 2 sessões semanais; Terapia Ocupacional – 2 sessões semanais, restando pendente apenas uma sessão de Terapia Ocupacional (Num. 120276341 - Pág. 3). Diante disso, a parte autora pleiteia os procedimentos por via jurisdicional.

A presente nota técnica versará sobre a indicação de acompanhamento multiprofissional com carga horária elevada no contexto de transtorno do espectro autista (TEA) e do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Especificamente, serão abordadas as demandas descritas em documento médico mais recente (Num. 117163493 - Pág. 5-10): 1- psicomotricidade, 2- psicopedagogia, 3- psicologia (método ABA), 4- fonoaudiologia e 5- terapia ocupacional (método de integração sensorial).

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, retardo mental e transtorno do déficit de atenção (1). A prevalência global é estimada em 7,6:1.000 e é mais comum em meninos (2).

Em paralelo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ou também denominado transtorno hipercinético, é um dos distúrbios psiquiátricos mais frequentemente diagnosticados na infância, de forma que a prevalência estimada de TDAH entre crianças e adolescentes varia entre 3% a 5%, dependendo do sistema de classificação utilizado (3–5). Normalmente, a doença persiste na vida adulta, acometendo cerca de 3,4% da população em geral (6). Em linhas gerais, o diagnóstico de TDAH baseia-se no reconhecimento de desatenção excessiva, hiperatividade e impulsividade, com evidente prejuízo em funcionamento social ou acadêmico, em crianças menores de 12 anos de idade (7). Em adultos, o TDAH caracteriza-se por sintomas de desatenção, impulsividade, inquietação e disfunção executiva com importante impacto na atividade laboral do paciente. Adultos com TDAH são mais frequentemente desempregados do que a população em geral e, quando empregados, exibem menor produtividade. Ademais, envolvem-se mais frequentemente em acidentes que culminam em maior taxa de mortalidade (8,9).

O tratamento do indivíduo com TEA deve ser altamente individualizado, levando em consideração idade, grau de limitação, comorbidades e necessidades de cada paciente (10–12) . O objetivo deve ser maximizar a funcionalidade e aumentar a qualidade de vida. Embora não haja cura, a intervenção precoce e intensiva está associada com melhor prognóstico.

A base do tratamento envolve intervenções comportamentais e educacionais, usualmente orientadas por equipe multiprofissional. 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 (11). 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.

O tratamento medicamentoso limita-se ao controle de sintomas associados, como a irritabilidade, sempre após intervenções comportamentais focais mostrarem-se insuficientes (10,11). Mesmo nesse caso, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, o uso de medicamento deve ser associado a intervenções psicossociais (13). Naqueles pacientes que necessitarão de tratamento medicamentoso, o PCDT recomenda o uso de risperidona para controle da agressividade. Ganho de peso excessivo, sintomas extrapiramidais ou outros efeitos adversos

que tenham impacto relevante na sau?de e qualidade vida dos pacientes ou familiares podem justificar a suspensão da risperidona, contanto representem risco maior do que o benefi?cio atingido pela reduc?a?o do comportamento agressivo.

Para tratamento de condições associadas, como depressão e ansiedade, generalizam-se dados de pacientes sem diagnóstico de TEA (14). Com relação aos sintomas de ansiedade especificamente, há evidências de alívio com o medicamento risperidona (15). Para tratamento de insônia em pacientes com TEA, sugere-se uso de melatonina (16).

O tratamento medicamentoso para os sintomas de base do TEA (ou seja, déficits em comunicação e interação social, bem como padrões de interesse restritos e repetitivos) segue controverso (14). Revisão Cochrane concluiu que não há evidência para embasar tratamento com antidepressivos (17). Em contrapartida, sugere-se que o fármaco aripiprazol possa atenuar comportamento estereotipado (18) e que o metilfenidato atenue sintomas atencionais em pacientes com TEA (19).

Segundo protocolos internacionais, juntamente com estratégias não-medicamentosas, o uso de estimulantes, como o metilfenidato (independentemente se de ação imediata ou de longa duração), são recomendados como primeira linha de tratamento para crianças maiores de cinco anos de idade diagnosticadas com TDAH (20–24). Para adultos, há possibilidade de tratamento medicamentoso com estimulantes (anfetaminas, metilfenidato) e não-estimulantes (atomoxetina, bupropiona, antidepressivos tricíclicos e venlafaxina).