Nota Técnica 509951

Data de conclusão: 12/05/2026 09:31:38

Paciente

Idade: 10 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Jaru/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 Jaru

Tecnologia 509951-A

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? 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).

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 [16].
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 [18].

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 [30]. Destaca-se benefícios em desfechos subjetivos, como autorregulação emocional, até desfechos brutos, como empregabilidade [31].

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].

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 [35,36]. 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 [18]. 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) [18]. 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 [37-39].

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 [40]. 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.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total *
Terapia ocupacional	Sessão semanal	52	R$ 220,00	R$ 11.440,00
Terapia ocupacional	Consulta	1	R$ 360,00	R$ 360,00

Fonoaudiologia	Sessão semanal	52	R$ 200,00	R$ 10.400,00
Psicologia ABA	Sessão semanal	52	R$ 150,00	R$ 7.800,00
Psicologia ABA	Consulta	1	R$ 300,00	R$ 300,00
Psicopedagogia	Sessão semanal	104	R$ 150,00	R$ 15.600,00
Psicopedagogia	Consulta	1	R$ 250,00	R$ 250,00
Total	R$ 46.150,00			

*Com base no menor orçamento anexado ao processo (Num. 135325738 - Pág. 5, Num. 135325738 - Pág. 9, Num. 135325738 - Pág. 14, Num. 135325738 - Pág. 6).
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. A tabela acima foi elaborada considerando o menor orçamento anexado pela parte autora, com estimativa de tratamento anual.
Não há estudos de custo-efetividade para as terapias pleiteadas para pacientes com transtorno do espectro autista, para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e para transtorno opositor desafiador.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: quanto ao acompanhamento multiprofissional, de modo geral, intervenções multidisciplinares individualizadas apresentam potencial para promover ganhos funcionais e adaptativos; quanto a psicopedagogia, otimizar o desempenho escolar, entretanto carece de provas científicas.

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

Conclusão

Tecnologia: atendimento especializado

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: As terapias pleiteadas podem trazer benefícios a pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Desafiador Opositivo (TOD), 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.
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.
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. Mesmo que não estejam presentes no processo elementos que indiquem de fato urgência, é recomendado que a parte tenha acesso às intervenções pleiteadas com alguma brevidade. Nesse sentido, sugere-se questionar a secretaria de saúde sobre previsão razoável de atendimento em psicologia e Terapia Ocupacional, considerando a precisão de disponibilidade de tais atendimentos na rede pública estadual.

Por ora, justifica-se o parecer desfavorável aos pleitos de psicoterapia pelo método ABA e Terapia Ocupacional, pela disponibilidade de tratamento multidisciplinar no SUS, e considerando que não há evidências que justifiquem o atendimento psicológico com formação específica em ABA. Cabe salientar que há justificativa para atendimento em psicologia, e há indicativos de que a parte autora aguarda atendimento nesta especialidade desde 2023, tempo considerado demasiadamente prolongado.
Em relação à fonoaudiologia, reconhece-se a relevância de o autor ter acesso ao tratamento multidisciplinar indicado. Considerando que aguarda atendimento nesta especialidade desde 2023, período que se mostra excessivamente prolongado e sem perspectiva de início, nos manifestamos de forma favorável ao provimento judicial nesse ponto.
Ficamos à disposição para reavaliação diante de novas informações clínicas ou de comprovação de efetiva desassistência por parte do sistema de saúde.

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]. Disponível em: 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. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics. 2019 Oct;144(4):e20192528.
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. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
11. Waldman ID. Oppositional defiant disorder: Epidemiology, clinical manifestations, course, and diagnosis. This topic last updated: Ago 07, 2024 [online]. Acessado: em 22 de junho de 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/oppositional-defiant-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis?search=Transtorno%20Desafiador%20de%20Oposi%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~120&usage_type=default&display_rank=1
12. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. J Child Psychol Psychiatry. 2007;48(7):703–13.
13. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct disorder. Nat Rev Dis Primer. 2019;5(1):1–25.
14. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol Psychiatry. 2004;45(3):609–21.
15. Weissman L, Patterson MC. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions.
16. 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
17. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2025.
18. 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
19. 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.
20. 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.
21. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta?analysis. Dev Med Child Neurol. 2011;53(9):783–92.
22. 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).
23. Hirsch LE, Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(6).
24. 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.
25. 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
26. Greenfield B, Hechman L. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Expert Rev Neurother. 2005;5(1):107–21.
27. 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.
28. 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;
29. 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.
30. 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.
31. 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.
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=ehost&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. McGrew JH, Ruble LA, Smith IM. Autism spectrum disorder and evidence?based practice in psychology. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2016;23:239.
36. 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/
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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).

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (Num. 135325737 - Pág. 2 e Num. 135325737 - Pág. 3), a parte autora apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno Desafiador Opositivo. Manifesta sintomas compatíveis com tais condições, destacando-se agitação psicomotora intensa, comportamento opositor e desafiador diante de regras, gritos e irritabilidade frente a frustrações e imposição de limites, aversão a alterações no tom de voz, dificuldade em aceitar negativas e imposições, hábito de andar na ponta dos pés, necessidade excessiva de organização e rigidez quanto a rotinas, hiperatividade contínua e dificuldade em permanecer quieto, atraso no desenvolvimento da linguagem escrita e da leitura, confusão quanto à lateralidade (direita/esquerda), além de hipersensibilidade auditiva, com aversão a ruídos.
Nesse contexto, foi encaminhado para acompanhamento multidisciplinar, abrangendo terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia com abordagem ABA (Análise do Comportamento Aplicada) e psicopedagogia, esta última na frequência de duas sessões semanais (Num. 135325737 - Pág. 3). Consta, ainda, encaminhamento para fonoaudiologia em outubro de 2023, classificado sob risco azul (eletivo) (Num. 135325739 - Pág. 2), para psicologia em julho de 2023, igualmente sob risco azul (eletivo) (Num. 135325739 - Pág. 3) e para terapia ocupacional em setembro de 2025, também classificado como risco azul (eletivo) (Num. 135325740 - Pág. 2). Em relação à psicopedagogia, consta resposta administrativa, sobre a ausência de oferta na rede pública do município (Num. 135325745 - Pág. 1). 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) e Transtorno Desafiador Opositivo (TOD). Especificamente, serão abordadas as demandas: 1- terapia ocupacional, 2- fonoaudiologia, 3- psicologia ABA e 4- psicopedagogia.
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].

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição ou DSM-5, para o diagnóstico de Transtorno Desafiador de Oposição (TOD) faz-se necessário que a criança mantenha um padrão de humor raivoso ou irritável com comportamento argumentativo, desafiador ou vingativo por, pelo menos, seis meses [10]. A taxa de prevalência relatada varia de 1 a 10 por cento [11]. Tal comportamento não pode ser direcionado exclusivamente a irmãos e deve ocasionar prejuízo individual ou social. Identificado, normalmente, durante a infância, estima-se que acometa cerca de 10% dos adultos norte-americanos [12]. O TOD é considerado precursor de Transtorno de Conduta, que se caracteriza por comportamentos que violam os direitos dos outros, como agressão física contra pessoas ou animais, roubo e danos materiais [13,14]. Transtorno de Conduta ocorre em cerca de 3% das crianças em idade escolar; em contrapartida, é um dos transtornos psiquiátricos menos reconhecidos e estudados. Além disso, cerca de 90% dos pacientes com diagnóstico de TOD apresentam doenças psiquiátricas associadas, como transtornos de humor (45,8%), ansiedade (62,3%) e uso de substâncias (47,2%). Tanto o TOD quanto o TDAH são considerados Transtornos de Comportamento Disruptivo.

O tratamento do indivíduo com TEA deve ser altamente individualizado, levando em consideração idade, grau de limitação, comorbidades e necessidades de cada paciente [15–17]. 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 [16]. 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 [15,16]. 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 [18]. 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 [19]. Com relação aos sintomas de ansiedade especificamente, há evidências de alívio com o medicamento risperidona [20]. Para tratamento de insônia em pacientes com TEA, sugere-se uso de melatonina [21].

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 [20]. Revisão Cochrane concluiu que não há evidência para embasar tratamento com antidepressivos [22]. Em contrapartida, sugere-se que o fármaco aripiprazol possa atenuar comportamento estereotipado [23] e que o metilfenidato atenue sintomas atencionais em pacientes com TEA [24].

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 [25–29]. Para adultos, há possibilidade de tratamento medicamentoso com estimulantes (anfetaminas, metilfenidato) e não-estimulantes (atomoxetina, bupropiona, antidepressivos tricíclicos e venlafaxina).