Nota Técnica 511832

Data de conclusão: 12/05/2026 08:57:03

Paciente

Idade: 10 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Urupá/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Vara Única de Alvorada do Oeste

Tecnologia 511832

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 (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.

Neuropsicologia
Sobre o pleito por sessões com neuropsicólogo, primeiramente, faz-se necessário esclarecimento acerca do termo neuropsicologia (25,26). A psicologia, como área do conhecimento, engloba um emaranhado de teorias e métodos diversos, oriundos de vertentes filosóficas, sociais e científicas. Nomeou-se de neuropsicologia a intersecção entre psicologia e neurologia, ou seja, o estudo da relação entre distúrbios da fala e lesões cerebrais e, fundamentalmente, da relação entre mente e cérebro. Ao longo da história, tanto psicólogos quanto neurologistas dedicaram-se ao estudo de neuropsicologia. Por exemplo, Karl Spencer Lashley (1890-1958), psicólogo e behaviorista americano, buscou esclarecer as implicações de localização das funções cerebrais. Desde os seus primórdios, a neuropsicologia é, portanto,

uma ciência interdisciplinar. A execução de saberes relativos à neuropsicologia é prevista pelo sistema público de saúde na forma de “acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação” (SIGTAP 0301070040).
Recentemente, conhecimentos de psicometria foram agregados à neuropsicologia (25,26). A avaliação neuropsicológica consiste na análise sistemática dos distúrbios da cognição e do comportamento por, entre outras metodologias, instrumentos formais. No contexto em tela, entende-se que a avaliação neuropsicológica serviria no estabelecimento do diagnóstico da parte autora e na exclusão de doenças comumente associadas ao TEA, como deficiência intelectual. Por vezes, tais instrumentos psicométricos são custosos e são de uso exclusivo de psicólogos. A avaliação neuropsicológica não está prevista nem disponível pelo sistema público de saúde.
Para justificar a busca por profissional com graduação em psicologia e especialização específica de neuropsicologia, é necessário, contudo, assegurar superioridade ao provimento de avaliação com psicologia (independentemente da especialização em neuropsicologia), cuja disponibilidade está prevista no sistema público de saúde. Sabe-se que, desde a década de noventa, o interesse pela neuropsicologia aumentou substancialmente no Brasil (27). É esperado que o profissional seja exposto, durante o curso de formação, há disciplinas básicas (neuroanatomia, neurofisiologia, neuroquímica e neurofarmacologia) e aplicadas (psicometria, psicologia clínica e experimental, psicopatologia e psicologia cognitiva). Na avaliação neuropsicológica, realizam-se entrevistas e testes psicométricos com vistas a identificar comprometimentos em subáreas da função cognitiva. São incertos, contudo, os requisitos mínimos que norteiam, e uniformizam, a formação de um neuropsicólogo. De fato, foram localizados múltiplos cursos de formação de neuropsicólogo, de instituições privadas, com carga horária bastante diversificada, em geral, com duração inferior a um ano e compreendendo aulas teóricas on-line e assíncronas. Ainda que houvesse superioridade constatada pela literatura científica atual, não é possível garantir que o profissional, com especialização em neuropsicologia disponível nas proximidades da parte autora, seja de fato capacitado.
Finalmente, acerca da especialização pelo método ABA, de fato, 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, Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA) 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).

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 (31–33).

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

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 (36). 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 mensal	Valor Unitário	Valor Anual *
Neuropsicologia	Sessão	40 sessões	R$ 175,00	R$ 84.000,00
Fonoaudiologia	Sessão	8 sessões	R$ 150,00	R$ 14.400,00
Fonoaudiologia	Consulta inicial	Única	R$ 150,00	R$ 150,00
Terapia ocupacional	Sessão	8 sessões	R$ 250,00	R$ 24.000,00
Psicopedagogia	Sessão	8 sessões	R$ 100,00	R$ 9.600,00
Total		R$ 132.150,00		

*Com base nos menores orçamentos anexados ao processo (Num. 134930612 - Pág. 1; Num. 134930612 - Pág. 2; Num. 134930614 - Pág. 4; Num. 134930615 - Pág. 1).

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. A tabela acima foi elaborada com base no menor orçamento apresentado pela parte autora, considerando o plano terapêutico para um período de 01 ano.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: o conjunto das intervenções em psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional associa-se à redução de sintomas e à melhora de habilidades sociais, de comunicação, autorregulação emocional e desempenho em atividades acadêmicas, ocupacionais e de vida diária. Em termos práticos, espera-se incremento no funcionamento global, na qualidade de vida e na autonomia do sujeito. A superioridade de abordagens específicas, permanece controversa na literatura.

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. 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.
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. 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.
Ainda 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. Recomenda-se que a parte autora seja encaminhada para atendimento multiprofissional em centro de referência do SUS para reabilitação intelectual/TEA, conforme os fluxos assistenciais vigentes.
Acerca do pleito por acompanhamento com fonoaudiologia frisa-se tratar-se de intervenção prevista pelo sistema público de saúde, em princípio com previsão de oferta pelos municípios. Considerando o cenário em tela, reconhece-se a importância do autor receber a reabilitação intelectual, que pode envolver acompanhamento com fonoaudiólogo. No entanto, no caso em tela não há descrição de atrasos da fala ou na linguagem que justifiquem que o acompanhamento da parte autora tenha que obrigatoriamente ser realizado por profissional fonoaudiólogo.
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 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.

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. 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, Harris HK. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions. UpToDate [Internet].. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/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. 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.
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. Kristensen CH, Almeida RMM de, Gomes WB. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. Psicologia: reflexão e crítica. 2001;14:259–74.
26. Haase VG, de Salles JF, Miranda MC, Malloy-Diniz L, Abreu N, Argollo N, et al. Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. Neuropsicologia Latinoamericana. 2012;4(4).
27. Ramos AA, Hamdan AC. O crescimento da avaliação neuropsicológica no Brasil: uma revisão sistemática. Psicologia: Ciência e Profissão. 2016;36:471–85.
28. 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.
29. 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.
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. 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.
32. 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
33. 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/
34. 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.
35. 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.
36. 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. 134930498 - Pág. 1; Num. 134930603 - Pág. 1), a parte autora apresenta diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), nível II de suporte, encontrando-se em acompanhamento regular com neuropediatra. Além disso, possui diagnóstico de epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Observa-se déficit significativo na comunicação e na interação social, bem como padrões restritos e repetitivos de comportamento, estereotipias motoras e episódios de nervosismo e agressividade. Atualmente, faz uso contínuo de risperidona e metilfenidato. Diante desse quadro clínico, foi encaminhada para acompanhamento multiprofissional, com indicação de neuropsicologia associada à Análise do Comportamento Aplicada (ABA), fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicopedagogia (Num. 134930495 - Pág. 1; Num. 134930603 - Pág. 1). Consta solicitação, via SISREG, para atendimento em fonoaudiologia, neuropsicologia e terapia ocupacional, realizada em fevereiro de 2025, classificada sob risco azul (eletivo) (Num. 134930603 - Pág. 14; Num. 134930603 - Pág. 15; Num. 134930603 - Pág. 16).
Em resposta, a Secretaria Municipal de Saúde informou não dispor de equipe efetiva ou contratada para a realização dos procedimentos pleiteados, esclarecendo que seria necessário aguardar liberação por meio da Regulação Estadual (Num. 134930603 - Pág. 12). Por sua vez, a Secretaria Estadual de Saúde informou que a consulta em fonoaudiologia é de competência do município (Num. 134930608 - Pág. 1). Neste contexto, pleiteia os procedimentos por via jurisdicional.
A presente nota técnica versará sobre a indicação de acompanhamento multiprofissional no

contexto de TEA e TDAH.

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).