Nota Técnica 516313

Data de conclusão: 15/11/2026 22:04:10

Paciente

Idade: 11 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Canoas/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 516313

CID: Q04.3 - Outras deformidades por redução do encéfalo, F84.0 Autismo infantil

Diagnóstico: Transtorno do espectro autista (TEA) e lisencefalia

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

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Atendimento especializado

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Não se 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 [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 [9].

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 Fisioterapia

A fisioterapia, na forma de exercícios físicos, é reconhecida como uma intervenção benéfica para indivíduos com TEA [10-12]. Intervenções de fisioterapia, incluindo treinamento aeróbico e de resistência, demonstraram melhorar a aptidão física e as habilidades motoras em crianças e jovens adultos com TEA com impacto benéfico, inclusive, nos sintomas nucleares do TEA. Programas que incorporam componentes de interação social, como exercícios em grupo ou esportes de equipe, são particularmente promissores. Dessa forma, os exercícios físicos podem ser administrados de maneiras diversas: tanto em sessões individuais quanto em grupos, tanto por profissionais da saúde graduados em fisioterapia quanto por educadores físicos, terapeutas ocupacionais e treinadores esportivos. Há possibilidade, também, de engajamento nessas atividades em ambientes diversos ao contexto de saúde como, por

exemplo, na escola.

Um estudo clínico randomizado (ECR), com avaliadores cegos, realizado em Bangladesh, avaliou 70 crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) para verificar a eficácia combinada de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia na melhora de desfechos físicos e comportamentais. As crianças foram divididas em dois grupos: Grupo A (intervenção combinada) e Grupo B (controle). Os desfechos foram avaliados no início e após 6 semanas de intervenção, utilizando a escala modificada SF-36 para condição física e a GARS-3 para comportamento. Após o tratamento, houve melhora estatisticamente significativa no Grupo A tanto nos aspectos físicos quanto comportamentais, com comparação entre grupos mostrando $p < 0,01$ para ambos os desfechos. Na análise intragrupo, o Grupo A apresentou melhora significativa ($p < 0,01$), enquanto o Grupo B não apresentou mudanças estatisticamente significativas. Os autores concluíram que o programa integrado de reabilitação foi mais eficaz globalmente, reforçando a importância de abordagens multiprofissionais no tratamento de crianças com TEA [13].

Não foram identificados estudos comparativos entre a fisioterapia propriamente dita e as diversas possibilidades de acesso a exercícios físicos.

6.1.2 Hidroterapia

A fisioterapia aquática ou também denominada hidroterapia é um dos recursos da fisioterapia que utiliza os efeitos físicos e fisiológicos advindos da imersão do corpo em piscina aquecida, como recurso para a reabilitação ou na prevenção de alterações funcionais. Consiste na realização de técnicas fisioterapêuticas dentro de uma piscina aquecida (temperatura entre 32 e 34ºC). Difere-se da fisioterapia de solo uma vez que a pressão hidrostática auxilia na diminuição da carga de peso sobre os membro inferiores e a temperatura favorece a circulação periférica, aliviando dor. Ainda, a densidade e viscosidade da água são parâmetros que podem ser alterados de modo a oferecer resistência, ou a facilitar o movimento, e as variações que podem ser produzidas no ambiente aquático, como as turbulências, permitindo trabalho do equilíbrio estático e dinâmico [14].

Embora haja evidência que sugira algum benefício do exercício físico no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo [15,16], bem como da fisioterapia motora [17], a qualidade da evidência disponível é, em geral, baixa. Além disso, poucos estudos avaliaram especificamente a hidroterapia, natação ou fisioterapia aquática. Tais estudos revelam melhora das habilidades no meio aquático e da socialização, mas apresentam limitações importantes, como amostras pequenas e falta de comparação com modalidades terrestres de tratamento [18]. Um ensaio clínico randomizado [19] que comparou duas modalidades de terapia aquática (técnica e recreativa) inseridas no tratamento de crianças com TEA com crianças que mantiveram o tratamento habitual revelou melhora no desenvolvimento motor dos grupos que receberam a intervenção, entretanto, não houve comparação com a introdução de alguma modalidade de exercício físico terrestre. O mesmo pode ser dito em relação à qualidade de vida e saúde mental de pessoas com TEA: embora tenha-se percebido melhora nesses dois domínios em pacientes que participaram de sessões de hidroterapia, o estudo que avaliou essas questões não comparou com a introdução de uma outra atividade terrestre, tendo o grupo controle mantido o tratamento usual [20]. Portanto, embora a hidroterapia seja uma possibilidade terapêutica promissora para crianças com TEA, não há comprovação de superioridade em relação a outras modalidades.

6.1.3 Musicoterapia

A musicoterapia é um processo de intervenção no qual o terapeuta auxilia o paciente a promover sua saúde por meio de experiências musicais e da relação terapêutica. O paciente participa ativamente da música por meio de atividades como audição, performance, composição e improvisação, escolhidas com base em sua necessidade clínica, habilidades, preferências e abordagem do terapeuta. Entre os principais objetivos dessa abordagem estão: estabelecer comunicação com o paciente a partir de seu nível atual, desenvolver a auto expressão, reduzir comportamentos patológicos indesejáveis (como isolamento, hiperatividade e auto agressividade), ajudar na adaptação a mudanças, superar obstáculos emocionais e cognitivos, melhorar a percepção do fluxo temporal e ampliar a comunicação e a interação social, tanto de forma verbal quanto não-verbal [21–25].

Constitui uma prática expressiva individual ou coletiva que utiliza a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, facilitando e promovendo a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, e outros objetivos terapêuticos relevantes, com intuito de favorecer o alcance das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do indivíduo [21].

Revisão sistemática, publicada em 2022 pela Cochrane, investigou a efetividade de musicoterapia no tratamento de pessoas com TEA [22]. Foram identificados 26 estudos, totalizando 1.165 participantes (predominantemente crianças), expostos à musicoterapia por entre três dias e oito meses. A musicoterapia, quando comparada com placebo ou cuidados padrão, apresentou maior probabilidade de melhoria global (RR 1,22; IC 95% 1,06-1,40; 8 estudos, 583 participantes; evidência de certeza moderada). Verificou-se, ainda, pequeno a moderado efeito favorável (SMD 0,28; IC 95% 0,06-0,49; 3 ECA, 340 participantes; evidência de certeza moderada) no que tange a qualidade de vida; e redução considerável de sintomatologia característica do TEA (SMD -0,83; IC 95% -1,41 a -0,24; 9 estudos, 575 participantes; evidência de certeza moderada). Faz-se a ressalva de que a evidência mais robusta se refere a efeitos imediatos pós-intervenção; o efeito a médio ou longo prazo não está bem estabelecido.

6.1.4 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 [26]. Destaca-se benefícios em desfechos subjetivos, como autorregulação emocional, até desfechos brutos, como empregabilidade [27].

6.1.5 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 [28–30].

6.1.6 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 [31].

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 [32-33]. Por ora, não há evidências sugerindo superioridade entre intervenções.

6.1.7 Terapia comportamental baseada em Análise do Comportamento Aplicada (ABA)

O método ABA (do inglês, Análise Aplicada do Comportamento - do inglês, Applied Behaviour Analysis) é uma técnica de intervenção comportamental intensiva que busca reforçar comportamentos desejáveis e diminuir comportamentos indesejáveis. Constitui uma intervenção comportamental intensiva, tendo como objetivo substituir os comportamentos indesejados por respostas mais adaptativas, desenvolvendo habilidades sociais e motoras nas áreas de comunicação e autocuidado. Qualquer profissional pode aplicar o método (psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, entre outros), desde que tenha treinamento em análise de comportamento [34]. Não há estudos comparativos que indiquem superioridade do método em relação a outras abordagens disponíveis para o tratamento da condição alegada.

Em relatório de recomendação da Conitec acerca do tratamento de pessoas com autismo, consta que, entre as intervenções não farmacológicas aplicadas no tratamento do TEA, estão: 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 Autista (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children – TEACCH) [9]. Além destas intervenções, é possível incluir na lista de tratamentos para autismo a abordagem da terapia ocupacional com integração sensorial pelo método Ayres (trabalha os processos neurológicos que organizam as sensações do próprio corpo e do meio ambiente visando as atividades de vida diária) [35] e o treinamento parental por Play project (que se inclui nas intervenções comportamentais que

envolvem familiares ou responsáveis - com intuito de treiná-los para saberem como estimular a criança autista) [9].

Apesar do método Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA) estar listada no relatório de recomendação da Conitec acerca do tratamento de pessoas com autismo, junto a outras abordagens terapêuticas, e já haver o reconhecimento dos benefícios desta terapêutica, assim como de outras, a própria Conitec, a partir de evidências de revisões sistemáticas, não sinalizam sua superioridade científica em relação a qualquer modelo [9]. Outras duas revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções terapêuticas em pacientes com autismo chegaram à conclusão de que elas podem estar associadas a desfechos positivos para crianças com autismo. Todavia, os estudos analisados ainda pecam por serem pouco rigorosos e de baixa qualidade, não se podendo definir se alguma terapia é superior a outra, ou mesmo qual o agente responsável pela sua implementação (cuidador, professor, terapeuta ou combinação deles), a duração de tratamento e a frequência semanal são os mais indicados [35,36].

Mesmo que algumas terapias e técnicas tenham sido mais exploradas na literatura científica, revisões sistemáticas reconhecem os benefícios de diversas intervenções, sem sugerir superioridade de qualquer modelo. Assim, a escolha do método a ser utilizado no tratamento da pessoa com TEA deve ser feita de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado [37]. Outras revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções terapêuticas em pacientes com autismo chegaram à conclusão de que elas podem estar associadas a desfechos positivos para crianças com autismo. Todavia, os estudos analisados ainda pecam por serem pouco rigorosos e de baixa qualidade, não se podendo definir se alguma terapia é superior a outra, ou mesmo qual o agente responsável pela sua implementação (cuidador, professor, terapeuta ou combinação deles), a duração de tratamento e a frequência semanal são os mais indicados [35-39].

Em relação à quantidade e duração semanal das intervenções, os estudos 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 [40].

6.1.8 Psicomotricidade

O psicomotricista não necessariamente compõe equipe mínima multidisciplinar. 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. Conforme descrito acima [9], o psicomotricista não está entre as intervenções previstas em relatório como alternativa terapêutica no manejo de TEA.

Em pesquisa realizada, em outubro de 2025, 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.

Custo:
Item: Terapia ABA
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 10h/semana
Valor Unitário*: R$ 140,00
Valor Anual: R$ 67.200,00
Item: Terapia ocupacional
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 2h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 13.920,00
Item: Fisioterapia
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 1h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 6.960,00
Item: Psicomotricidade
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 1h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 6.960,00
Item: Fonoterapia
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 2h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 13.920,00
Item: Hidroterapia
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 2h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 13.920,00
Item: Musicoterapia
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 1h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 6.960,00
Item: Psicoterapia
Descrição: Sessão de atendimento
Quantidade: 1h/semana
Valor Unitário*: R$ 145,00
Valor Anual: R$ 6.960,00
Item: Total
Descrição: R$ 136.800,00

* Com base em orçamento anexo ao processo (Evento 54, OUT6, Página 1).

Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para procedimentos como o pleiteado, portanto a tabela acima foi construída com valor orçado pela parte, totalizando tratamento por um período de 1 ano. Não consta orçamento para valor da consulta médica com neurologista, a qual foi solicitada na frequência de 1 consulta mensal.

Não foram encontrados estudos, tanto nacionais quanto internacionais, avaliando a custo-efetividade das intervenções pleiteadas.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Das tecnologias: espera-se melhora da funcionalidade global, incluindo aprimoramento da autorregulação emocional e das atividades de vida diária; ganhos na linguagem e comunicação verbal e não verbal; redução de padrões atípicos de fala e de hipersensibilidades sensoriais; desenvolvimento de habilidades sociais; ampliação da autonomia e da participação nas atividades escolares e sociais; melhora da adaptação comportamental e da interação socioemocional; possível redução de comportamentos disruptivos e estereotipados; melhora da organização sensório-motora e do processamento cognitivo; além de suporte ao estado nutricional e ao bem-estar geral. Ressalta-se que a magnitude dos benefícios pode variar conforme características individuais, intensidade e qualidade das intervenções, bem como do grau de integração multiprofissional e da adesão terapêutica. Em relação a hidroterapia e a psicomotricidade, o benefício é indeterminado.

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 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. Também 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.

A terapia ocupacional não integra regularmente a Tabela de Procedimentos do SUS, embora

possa ser ofertada em alguns serviços especializados. Trata-se, portanto, de oferta pontual e sob regulação, não configurando disponibilidade universal do SUS. Ressaltamos que, mesmo que o profissional de terapia ocupacional não esteja disponível na localidade de residência da parte autora, há alternativas igualmente eficazes no que tange a promoção da autonomia do indivíduo com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Acerca do pleitos por acompanhamento com fonoaudiologia, fisioterapia e acompanhamento psicoterápico frisa-se tratar-se de intervenção prevista pelo sistema público de saúde. Ademais, no momento, a parte autora encontra-se vinculada a serviço especializado - conforme consta nos autos, já iniciou atividades de musicoterapia e está aguardando disponibilidade para início de fisioterapia. Está sendo elaborado o Plano Terapêutico Singular (PTS), com objetivo de organizar um cuidado individualizado e integrado, considerando as necessidades biopsicossociais do usuário e promovendo sua autonomia. Dessa forma, não consideramos situação de desassistência nesse momento.

Mesmo considerando o impacto deletério que a patologia acarreta em funcionalidade e qualidade de vida, reforça-se que se tratam-se de intervenções eletivas. Por ora, justifica-se o parecer desfavorável diante da disponibilidade de tratamento no SUS e do fato de a parte autora já estar vinculada ao serviço especializado de referência na região.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Augustyn M. Autism spectrum disorder (ASD) in children and adolescents: Terminology, epidemiology, and pathogenesis. UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-asd-in-children-and-adolescents-terminology-epidemiology-and-pathogenesis](https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-asd-in-children-and-adolescents-terminology-epidemiology-and-pathogenesis?utm_source=chatgpt.com)
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. Weissman L, Patterson MC. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Pharmacologic interventions. UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. Disponível em:[https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions](https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-pharmacologic-interventions?utm_source=chatgpt.com)
4. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf?utm_source=chatgpt.com)
5. 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/

publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf?utm_source=chatgpt.com)
6. Koenig M, Dobyns WB, Di Donato N. Lissencephaly: Update on diagnostics and clinical management. Eur J Paediatr Neurol. novembro de 2021;35:147–52. doi:10.1016/j.ejpn.2021.09.013
7. Guerrini R, Dobyns WB. Malformations of cortical development: clinical features and genetic causes. Lancet Neurol. julho de 2014;13(7):710–26. doi:10.1016/S1474-4422(14)70040-7
8. Tsai MH, Muir AM, Wang WJ, Kang YN, Yang KC, Chao NH, et al. Pathogenic Variants in CEP85L Cause Sporadic and Familial Posterior Predominant Lissencephaly. Neuron. 22 de abril de 2020;106(2):237-245.e8. doi:10.1016/j.neuron.2020.01.027
9. 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](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta-no-7-2022-comportamento-agressivo-no-tea.pdf?utm_source=chatgpt.com)
10. Wang S, Chen D, Yang Y, Zhu L, Xiong X, Chen A. Effectiveness of physical activity interventions for core symptoms of autism spectrum disorder: A systematic review and meta?analysis. Autism Res. 2023;16(9):1811–24.
11. Toscano CV, Ferreira JP, Quinaud RT, Silva KM, Carvalho HM, Gaspar JM. Exercise improves the social and behavioral skills of children and adolescent with autism spectrum disorders. Front Psychiatry. 2022;13:1027799.
12. Chan JS, Deng K, Yan JH. The effectiveness of physical activity interventions on communication and social functioning in autistic children and adolescents: A meta-analysis of controlled trials. Autism. 2021;25(4):874–86.
13. Haque MdS, Islam MM, Khan AH, Akter N, Hossain KMA. Efficacy of physiotherapy with occupational and speech therapy for improving physical & behavioral status among children with autism spectrum disorder (ASD): an assessor blinded randomized clinical trial. BMC Pediatr. 10 de outubro de 2025;25:798. doi:10.1186/s12887-025-05832-0 PubMed PMID: 41068726; PubMed Central PMCID: PMC12512464.
14. Caromano FA. Princípios físicos que fundamentam a hidroterapia. Fisioter Bras. 2002;3(6):394–402. doi:10.33233/fb.v3i6.2991
15. Sowa M, Meulenbroek R. Effects of physical exercise on Autism Spectrum Disorders: A meta-analysis. Res Autism Spectr Disord. 1o de janeiro de 2012;6(1):46–57. doi:10.1016/j.rasd.2011.09.001
16. Sam KLS, Chow B, Tong T. Effectiveness of Exercise-Based Interventions for Children with Autism: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Learn Teach. 2 de dezembro de 2015;1:98–103. doi:10.18178/ijlt.1.2.98-103
17. Ruggeri A, Dancel A, Johnson R, Sargent B. The effect of motor and physical activity intervention on motor outcomes of children with autism spectrum disorder: A systematic review. Autism. 2020;24(3):544–68.
18. Caputo G, Ippolito G, Mazzotta M, Sentenza L, Muzio MR, Salzano S, et al. Effectiveness of a multisystem aquatic therapy for children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2018;48:1945–56.
19. Güeita-Rodríguez J, Ogonowska-Slodownik A, Morgulec-Adamowicz N, Martín-Prades ML, Cuenca-Zaldívar JN, Palacios-Ceña D. Effects of aquatic therapy for children with autism spectrum disorder on social competence and quality of life: A mixed methods study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):3126.

20. Mills W, Kondakis N, Orr R, Warburton M, Milne N. Does hydrotherapy impact behaviours related to mental health and well-being for children with autism spectrum disorder? A randomised crossover-controlled pilot trial. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):558.
21. Buday EM. The Effects of Signed and Spoken Words Taught with Music on Sign and Speech Imitation by Children with Autism. J Music Ther. 1o de outubro de 1995;32(3):189–202.
22. Geretsegger M, Fusar-Poli L, Elefant C, Mössler KA, Vitale G, Gold C. Music therapy for autistic people - Geretsegger, M - 2022 | Cochrane Library [Internet]. [citado 2 de dezembro de 2025]. Disponível em: [https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub4/full?highlightAbstract=music](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004381.pub4/full?highlightAbstract=music\&utm_source=chatgpt.com)
23. Hillecke T, Nickel A, Bolay HV. Scientific perspectives on music therapy. Ann N Y Acad Sci. 2005;1060(1):271–82.
24. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1).
25. What is Music Therapy? | What is Music Therapy? | American Music Therapy Association (AMTA) [Internet]. [citado 17 de outubro de 2025]. Disponível em: [https://www.musictherapy.org/](https://www.musictherapy.org/?utm_source=chatgpt.com)
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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).
30. 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).
31. Kristensen CH, Almeida RMM de, Gomes WB. Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. Psicol Reflex E Crítica. 2001;14:259–274.
32. McGrew JH, Ruble LA, Smith IM. Autism spectrum disorder and evidence?based practice in psychology. Clin Psychol Sci Pract. 2016;23(3):239.
33. Warren Z, Veenstra-VanderWeele J, Stone W, et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Apr. (Comparative Effectiveness Reviews, No. 26.)
34. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 9;5:CD009260.
35. Zwaigenbaum L, 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–S81.

36. Asta L, Persico AM. Differential Predictors of Response to Early Start Denver Model vs. Early Intensive Behavioral Intervention in Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Brain Sci. 2022 Nov 4;12(11):1499. doi:10.3390/brainsci12111499. PMID: 36358426; PMCID: PMC9688546.
37. Cardoso NR, Blanco MB. Terapia de Integração Sensorial e o Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática de Literatura. Revista Conhecimento Online. 2019;1:108–125.
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 & Developmental Language Impairments. 2022;7.
39. Weitlauf AS, et al. Therapies for children with autism spectrum disorder: Behavioral interventions update. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2014.
40. 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. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.1832

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documento médico anexado aos autos (Evento 1, ATESTMED2, Página 1), a parte autora possui diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) e lisencefalia, apresentando déficit importante na comunicação social e na interação social. Apresenta sintomas de ansiedade, hipersensibilidade auditiva, hipossensibilidade visual, hipotonia motora, déficit de coordenação motora com prejuízo à deambulação, estereotipias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, atraso e rigidez cognitiva, além de insônia, com agitação intensa e de difícil manejo. Não há descrição de uso contínuo de medicações. Com vistas à melhora dos sintomas e à aquisição de novas habilidades, foram prescritas as seguintes terapias: terapia ABA (10 horas semanais), terapia ocupacional (2 horas semanais), fisioterapia com profissional com formação em TEA (1 hora semanal), psicomotricidade (1 hora semanal), fonoterapia (2 horas semanais), hidroterapia (2 horas semanais), musicoterapia (1 hora semanal), psicoterapia (1 hora semanal), além de acompanhamento com neurologista em consulta mensal. Há relato de que tais terapias foram iniciadas, porém precisaram ser suspensas por questões financeiras, com posterior piora do quadro clínico. Há relato, ainda, de insucesso na tentativa de obtenção dos referidos tratamentos junto ao Sistema Único de Saúde (Evento 1, INIC1, Página 3), embora não tenham sido anexados os respectivos encaminhamentos ou negativas administrativas. Nesse contexto, a parte autora pleiteou judicialmente o fornecimento das terapias em novembro de 2024. Foi encaminhada ao CERTEA em dezembro de 2024, estando, naquela ocasião, na posição 937 da lista geral de espera da regulação (Evento 36, COMP2, Página 1). Em janeiro de 2025, foi deferida tutela de urgência (Evento 38, DESPADEC1, Página 1-6), determinando o fornecimento das terapias por métodos tradicionais disponibilizados pelo SUS, excetuando-se, naquele momento, a terapia ABA. Posteriormente, em novembro de 2025, após ordem judicial, a parte autora ingressou no Centro de Atendimento em Saúde (CAS) TEAcolhe (Evento 113, PET1, Página 1), tendo sido submetida à avaliação médica por neuropediatra e iniciada avaliação multidisciplinar. Em 07/01/2026 iniciou atendimento semanal no setor de musicoterapia e aguarda disponibilidade

na agenda do especialista para início da fisioterapia. A família foi orientada quanto à elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), que estabelecerá o acompanhamento em reabilitação intelectual pelas especialidades indicadas, pela médica neuropediatra e pelo grupo de orientação parental durante todo o período de permanência no serviço (Evento 117, INF2, Página 6).

A presente nota versará a respeito do acompanhamento multidisciplinar para tratamento de Transtorno do Espectro do Autismo, com foco nas terapias pleiteadas pela parte autora.

O Transtorno do Espectro Autista (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].

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 [3–5]. 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 [4]. 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. 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.

Especificamente sobre o caso em tela, a lisencefalia é uma malformação cerebral grave caracterizada por uma superfície cerebral anormalmente lisa devido à ausência (agiria) ou redução (paquigiria) das dobras e sulcos cerebrais normais, resultante de falha na migração neuronal durante o desenvolvimento fetal. Os lactentes com lisencefalia tipicamente parecem normais ao nascimento, mas desenvolvem sinais durante o primeiro ano de vida, podendo apresentar epilepsia, deficiência intelectual, atraso no desenvolvimento e problemas motores. A etiologia da lisencefalia é sempre genética e o tratamento é sintomático e de suporte, focando principalmente no controle da epilepsia (quando presente), manejo das dificuldades alimentares e suporte ao desenvolvimento [6-8].