

NOTA TÉCNICA 9907**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível da Infância e Juventude

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 17 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Psicoterapia ABA e outros - CONCERTA (METILFENIDATO) 36 MG – 1 comprimido ao dia; SERTRALINA 100MG – 1 comprimido ao dia; RISPERIDONA 1MG/ML SOLUÇÃO – 0,75 ml ao dia

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F84

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG-63436

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0009907

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Oficie-se ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais – NATJUS/TJMG, solicitando a elaboração de Nota Técnica específica sobre o caso dos autos, com base nos relatórios médicos acostados, quanto à eficácia, efetividade, segurança e custo-efetividade do tratamento requerido, à luz das diretrizes da política pública do SUS

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O espectro autista (ou transtorno do espectro autista, TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Esses sintomas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento e causar prejuízo clinicamente significativo no

Nota Técnica nº 9907/2026 NATJUS – TJMG

funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O termo “espectro” reflete a ampla heterogeneidade de manifestações clínicas, variando desde indivíduos com comprometimento intelectual e ausência de linguagem até pessoas com inteligência e linguagem preservadas, mas com dificuldades marcantes na comunicação social e comportamentos rígidos ou repetitivos.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado pela American Psychiatric Association, o diagnóstico requer déficits em três domínios de comunicação e interação social (reciprocidade social-emocional, comunicação não verbal e desenvolvimento/manutenção de relacionamentos) e pelo menos dois dos quatro domínios de comportamentos restritos e repetitivos (movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados; insistência em rotinas; interesses restritos; hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais).

O diagnóstico é clínico, baseado na observação do comportamento e na história do desenvolvimento, pois não existem biomarcadores específicos para o TEA. Os critérios diagnósticos para o transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o DSM-5 — conforme definido pela **Associação Americana de Psiquiatria — exigem:**

A. Déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos não verbais e no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Por exemplo, uma criança pequena pode não responder ao seu nome ou fazer contato visual, uma criança em idade escolar pode ter dificuldade em compreender pistas sociais ou fazer amigos, e um adolescente pode ter dificuldades com conversas recíprocas ou na interpretação de sarcasmo.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes: movimentos estereotipados ou repetitivos, insistência na mesmice ou rotinas, interesses altamente restritos ou hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. Por exemplo, uma criança pequena pode se envolver em movimentos repetitivos com as mãos ou em alinhar brinquedos, enquanto uma criança mais velha pode ter interesses intensos e focados (por exemplo, colecionar informações sobre trens) ou ficar angustiada com pequenas mudanças na rotina

C. Os sintomas devem estar presentes no início do período de desenvolvimento, embora possam não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas posteriormente.

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida

E. Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento; se ocorrerem simultaneamente, os déficits de comunicação social devem exceder os esperados para o nível de desenvolvimento.

A Associação Americana de Psiquiatria enfatiza que o diagnóstico deve integrar a observação clínica, o histórico do cuidador e, quando possível, o autorrelato, visto que as manifestações variam de acordo com a idade, o nível de desenvolvimento e o contexto.

Partindo do quadro diagnóstico, **é importante reconhecer que as manifestações clínicas do transtorno do espectro autista (TEA) variam significativamente de acordo com a idade, o estágio de desenvolvimento e as características individuais.** Em bebês e crianças pequenas, os primeiros sinais geralmente incluem resposta limitada a

Nota Técnica nº 9907/2026 NATJUS – TJMG

estímulos sociais (como não responder ao próprio nome ou evitar contato visual), ausência de gestos típicos (por exemplo, não apontar para indicar interesse) e ausência de brincadeiras interativas (como bater palmas ou esconde-esconde). Comportamentos repetitivos podem se manifestar como bater as mãos, balançar o corpo ou alinhar brinquedos, e sensibilidades sensoriais podem se apresentar como aversão a certas texturas ou sons.

Em crianças em idade pré-escolar e escolar, os déficits na comunicação social podem se tornar mais aparentes por meio de dificuldades em formar relacionamentos com os colegas, compartilhamento limitado de interesses e desafios na compreensão de sinais não verbais (como expressões faciais ou linguagem corporal). Interesses restritos podem ser vistos como foco intenso em tópicos específicos (por exemplo, trens, dinossauros), insistência em rotinas rígidas ou angústia com pequenas mudanças. Linguagem repetitiva (ecolalia) e interesses sensoriais incomuns (como fascínio por luzes ou olfato excessivo) também são comuns. Adolescentes e adultos podem apresentar déficits de comunicação social mais sutis, como dificuldade em manter conversas recíprocas, interpretar sarcasmo ou humor e adaptar o comportamento a diferentes contextos sociais. Interesses restritos podem persistir ou evoluir, e sensibilidades sensoriais podem continuar a impactar o funcionamento diário. A Academia Americana de Médicos de Família destaca que uma avaliação abrangente — incluindo histórico de desenvolvimento, observação direta e informações de cuidadores e professores — é essencial para um diagnóstico preciso, visto que os sintomas podem ser mascarados ou compensados em indivíduos mais velhos

A literatura médica enfatiza consistentemente que o TEA é uma condição heterogênea e que sua apresentação pode ser influenciada por habilidades cognitivas, habilidades linguísticas e apoio

ambiental. Comorbidades como deficiência intelectual, transtorno de linguagem e condições psiquiátricas (por exemplo, ansiedade, TDAH) são frequentemente observadas e devem ser consideradas durante a avaliação.

TRATAMENTO

O tratamento para o transtorno do espectro autista (TEA) é multidisciplinar e deve ser individualizado, focando em minimizar déficits centrais, maximizar independência funcional e prevenir comportamentos problemáticos. O tratamento de primeira linha consiste em intervenções comportamentais intensivas, especialmente a análise do comportamento aplicada (ABA), que demonstrou melhorar habilidades cognitivas, adaptativas e de linguagem, com melhores resultados quando iniciada precocemente e de forma intensiva. A Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics) recomenda ABA como abordagem padrão, além de programas educacionais adaptados, terapia de fala e terapia ocupacional.

Intervenções mediadas por pais, como o Early Start Denver Model, PACT, e outras abordagens naturalísticas, também apresentam benefícios em comunicação social e sintomas do TEA, especialmente em crianças pequenas. O acesso a dispositivos de comunicação alternativa é fundamental para crianças não verbais, promovendo participação social e independência.

Para sintomas associados, como irritabilidade e agressividade, antipsicóticos de segunda geração (risperidona e aripiprazol) podem ser utilizados, sendo aprovados nos EUA para esse fim, mas com monitoramento rigoroso dos efeitos adversos metabólicos. Transtornos comórbidos, como ansiedade e depressão, devem ser tratados com terapia cognitivo-comportamental adaptada para TEA.

Outras intervenções, como musicoterapia e melatonina para distúrbios do sono, têm evidência limitada, mas podem ser consideradas em casos específicos. Não há evidência para tratamentos como agentes antifúngicos, imunoterapia ou oxigênio hiperbárico, e a terapia de quelantes é contraindicada devido ao risco de danos.

O tratamento deve ser ajustado conforme as necessidades do indivíduo, envolvendo família e escola, e priorizando intervenções baseadas em evidências.

Recomenda-se fortemente o início precoce de intervenções comportamentais para indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA), sendo os maiores benefícios observados quando a terapia começa o mais cedo possível, idealmente antes dos 3 anos de idade. Dados de ensaios clínicos randomizados indicam que mesmo uma diferença de 9 meses (por exemplo, começar aos 18 meses em vez de 27 meses) pode resultar em ganhos superiores em linguagem, comunicação social e habilidades adaptativas quando a intervenção é iniciada mais cedo, ressaltando a importância da triagem e do diagnóstico precoces na primeira infância. **A intensidade recomendada para a intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP)** é tipicamente de 20 a 40 horas por semana, administradas por pelo menos 1 a 2 anos, e frequentemente estendendo-se até 4 anos. Meta-análises e revisões sistemáticas mostram que uma maior intensidade de tratamento está associada a maiores melhorias no comportamento adaptativo, no funcionamento intelectual e a reduções na gravidade do TEA, com um número necessário para tratar (NNT) entre 4 e 7 para uma mudança clinicamente significativa.

A Academia Americana de Médicos de Família, em suas diretrizes desenvolvidas com a Academia Americana de Pediatria, também recomenda intervenções intensivas baseadas na análise comportamental aplicada, observando que terapias mais intensivas produzem melhores resultados. **Intervenções comportamentais de desenvolvimento**

naturalistas (ICDN), que incorporam estratégias mediadas pelos pais e baseadas em brincadeiras, também são eficazes e recomendadas para crianças pequenas, com pelo menos 25 horas por semana sugeridas para resultados de desenvolvimento ideais.

Intervenções mediadas pelos pais podem ser benéficas mesmo em intensidades mais baixas, particularmente para crianças muito pequenas ou em ambientes com recursos limitados.

Em resumo, o ideal é iniciar a intervenção comportamental assim que houver suspeita ou diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista), preferencialmente antes dos 3 anos de idade, com uma intensidade recomendada de 20 a 40 horas semanais por pelo menos 1 a 2 anos. Essas recomendações são respaldadas pela Academia Americana de Médicos de Família e pela Academia Americana de Pediatria, bem como por meta-análises e ensaios clínicos randomizados recentes.

A eficácia comparativa da intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) e das intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN) para crianças com transtorno do espectro autista é complexa. Tanto a ICPI quanto as ICDN produzem melhorias pequenas a moderadas no comportamento adaptativo, no funcionamento cognitivo e na linguagem, mas nenhuma das abordagens demonstra superioridade clara sobre a outra em ensaios randomizados de alta qualidade.

A ICPI, geralmente administrada de 20 a 40 horas por semana durante 1 a 4 anos, está associada a melhorias moderadas no comportamento adaptativo (tamanho do efeito $\approx 0,66$), no funcionamento intelectual ($\approx 0,87$) e reduções na gravidade do autismo ($\approx 1,36$), mas as evidências são limitadas pelo desenho do estudo e pelo risco de viés.

As ICDN, que enfatizam habilidades apropriadas ao desenvolvimento em ambientes naturais e frequentemente envolvem cuidadores, mostram tamanhos de efeito semelhantes para linguagem, brincadeiras e comunicação social (0,2–0,4) e são apoiadas por múltiplos ensaios randomizados.

Os resultados a longo prazo para ambas as abordagens indicam ganhos sustentados, porém modestos, na comunicação social e no funcionamento adaptativo, com maior impacto em resultados proximais e específicos da intervenção, em vez de medidas amplas e distais da gravidade do autismo.

Os modelos mediados pelos pais e com envolvimento dos cuidadores, essenciais para as intervenções comportamentais não destrutivas (ICND), são eficazes para melhorar a comunicação social e são adaptáveis a contextos com poucos recursos.

Nenhum subgrupo específico de crianças com transtorno do espectro autista foi consistentemente identificado como beneficiando-se mais das intervenções comportamentais precoces, intensivas e baseadas em evidências (ICPI) em comparação com as ICND. Dados meta-analíticos indicam que crianças com habilidades cognitivas, de linguagem e adaptativas basais mais elevadas e com menos características relacionadas ao autismo apresentam maiores ganhos, independentemente do tipo, intensidade ou idade de início da intervenção. A Academia Americana de Médicos de Família, em suas diretrizes, recomenda intervenções comportamentais precoces, intensivas e baseadas em evidências, sem preferência por ICDN (Método Denver) ou ICPI (ABA) , e enfatiza a individualização e o envolvimento familiar.

As análises comparativas de custo-efetividade mais recentes e os estudos de viabilidade de implementação indicam que a intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) provavelmente não será custo-efetiva na maioria dos contextos de saúde, a menos que os benefícios a longo prazo persistam na idade adulta ou haja um impacto substancial na colocação educacional. A modelagem econômica no Reino Unido, usando um limite de £ 20.000 a £ 30.000 por QALY, encontrou índices de custo-efetividade incremental para ICIP variando de £ 46.768 a £ 189.122 por QALY, dependendo das suposições sobre os resultados a longo prazo, o que excede os limites de

financiamento típicos.

Essas descobertas são consistentes em várias análises, e o programa de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) enfatiza que a ICIP precisaria gerar benefícios maiores ou economia de custos para ser considerada custo-efetiva

Intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN), que exigem menos recursos e frequentemente envolvem a mediação do cuidador, demonstraram efeitos positivos na comunicação social e no comportamento adaptativo, com evidências de viabilidade e acessibilidade em diversos contextos e com poucos recursos, incluindo telemedicina e formatos autodirigidos.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu programas de treinamento de habilidades para cuidadores a fim de facilitar a implementação global, embora a eficácia em contextos locais exija mais estudos.

As ICDN são geralmente mais adaptáveis à comunidade e a ambientes com poucos recursos, com custos mais baixos e eficácia comparável à intervenção comportamental precoce baseada em evidências (ICPBE) para a maioria dos desfechos de desenvolvimento.

Para o planejamento de intervenções individualizadas, as ICDN são preferidas em diversos contextos de saúde devido ao seu menor custo, maior viabilidade e eficácia semelhante à ICIP para a maioria dos desfechos, especialmente quando o envolvimento do cuidador é viável. A ICPBE pode ser considerada se os recursos permitirem e benefícios a longo prazo forem previstos, mas as evidências atuais não comprovam sua relação custo-benefício rotineira.

A intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP), é um tratamento abrangente para crianças pequenas com transtorno do espectro autista (TEA), fundamentado nos princípios da análise do comportamento

aplicada (ABA). A ICPI (ABA) caracteriza-se por alta intensidade (tipicamente de 20 a 40 horas por semana), aplicação individualizada por um adulto e foco no treinamento por tentativas discretas ao longo de 1 a 4 anos. Evidências de uma revisão sistemática da Cochrane indicam que a EIBI pode melhorar o comportamento adaptativo, o QI e os resultados de linguagem, mas os efeitos sobre os sintomas centrais do autismo são limitados e a qualidade das evidências é baixa devido a limitações metodológicas e tamanhos de amostra pequenos.

A literatura médica recomenda que a tomada de decisão clínica para a ICPI incorpore a opinião da família e a experiência clínica prévia, considerando a base de evidências atual.

As intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN), representam uma mudança dos modelos de ABA altamente estruturados para abordagens que integram a ciência do desenvolvimento e são aplicadas em ambientes naturais (por exemplo, brincadeiras, rotinas diárias). As intervenções baseadas em evidências (NDBIs) incluem modelos como o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM), o Tratamento de Resposta Pivotal (PRT) e o Envolvimento e Regulação Simbólica Conjunta em Brincadeiras (JASPER). Essas intervenções enfatizam a interação social iniciada pela criança, o brincar e as consequências naturais, muitas vezes envolvendo os pais como coterapeutas. Meta-análises e revisões sistemáticas mostram que as NDBIs estão associadas a melhorias na linguagem, no brincar e na comunicação social, com tamanhos de efeito pequenos a moderados, mas comparações diretas com outras abordagens de desenvolvimento de intensidade equivalente não mostram diferenças significativas.

Recomenda-se geralmente de 15 a 25 horas por semana, embora ensaios randomizados recentes sugiram que aumentar a intensidade além de 15 horas/semana pode não trazer benefícios adicionais.

O envolvimento do cuidador é fundamental tanto para as intervenções baseadas em evidências (ICIP) quanto para as ICDN, e as intervenções mediadas pelos pais demonstraram benefícios modestos para a comunicação social e as características gerais do autismo.

No geral, ambas as abordagens são baseadas em evidências, mas a força das evidências é modesta e são necessários mais ensaios rigorosos para esclarecer os modelos de intervenção ideais, a intensidade e os resultados a longo prazo.

A American Academy of Family Physicians recomenda a intervenção precoce que geralmente inclui Análise Aplicada do Comportamento (ABA), que se concentra em aprender e reforçar comportamentos aceitáveis enquanto extingue comportamentos problemáticos. A ABA melhora as habilidades cognitivas e o comportamento, mas é um processo intensivo que normalmente requer muitas horas por semana de participação do paciente. A intervenção precoce que inclui ABA melhora o funcionamento cognitivo e as habilidades de linguagem, com melhores resultados de terapia mais intensa

Evidências de eficácia: As intervenções baseadas em ABA demonstram benefícios moderados em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). Uma meta-análise de 2023 com 632 participantes mostrou que intervenções abrangentes baseadas em ABA apresentaram efeitos médios para funcionamento intelectual (diferença média padronizada = 0,51) e comportamento adaptativo (diferença média padronizada = 0,37) em comparação com tratamento usual ou tratamento mínimo.

Uma revisão sistemática de 2020 com 20 estudos encontrou que após 2 anos de tratamento, as intervenções baseadas em ABA favoreceram melhorias no comportamento adaptativo (diferença média 7,00) e na capacidade cognitiva, com ganhos de aproximadamente 10 pontos de QI após 1 ano e 14 pontos após 2 anos.

Abordagens modernas: As intervenções comportamentais desenvolvimentais naturalísticas (ICDN) representam uma evolução do ABA tradicional, incluindo modelos como Pivotal Response Treatment (PRT), Early Start Denver Model (ESDM) e JASPER. Essas abordagens seguem sequências de desenvolvimento típicas mais de perto que os protocolos ABA originais, enfatizando brincadeiras, interação social e iniciativa comunicativa da criança, com consequências naturais em vez de recompensas como alimentos.

Meta-análises de estudos de tratamento NDBI relatam tamanhos de efeito de $d=0,69$ para habilidades adaptativas, $d=0,76$ para QI e aproximadamente $d=0,50$ para habilidades de linguagem após 2 anos de tratamento. Para linguagem, brincadeira e comunicação social, os tamanhos de efeito foram 0,2, 0,3 e 0,4, respectivamente.

Intensidade do tratamento: O tratamento é geralmente administrado de forma intensiva em períodos de 15-20 horas ou mais por semana. Recomenda-se pelo menos 25 horas por semana para alcançar resultados de desenvolvimento ideais, embora um ensaio clínico randomizado de 2021 não tenha demonstrado diferenças nos resultados entre terapias com diferentes intensidades (15 horas/semana versus 25 horas/semana por 12 meses).

Limitações da evidência: Todos os estudos incluídos apresentaram risco de viés, com heterogeneidade substancial e efeitos variando consideravelmente entre os estudos. Health Technology Assessment. Os efeitos a longo prazo permanecem incertos devido à falta de dados de acompanhamento. Health Technology Assessment. As habilidades de linguagem, gra-

vidade dos sintomas e estresse parental não melhoraram além da melhoria nos grupos controle em algumas análises. BMC Psychiatry

Descrição das terapias

Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (ICIP) é um tratamento baseado em princípios de Análise Aplicada do Comportamento (ABA) para crianças com transtorno do espectro autista (TEA), **caracterizado por intensidade de 20-40 horas por semana, duração de 1-4 anos, e ensino individualizado 1:1 com um terapeuta adulto.**

Elementos centrais da ICIP:

A ICIP originou-se do modelo Young Autism Project (também chamado modelo Lovaas) da UCLA e inclui os seguintes componentes principais:

- Procedimento de ensino por tentativas discretas (discrete trial training): técnica estruturada de ensino passo a passo
- Proporção 1:1 adulto-criança nos estágios iniciais do tratamento
- Implementação em casa ou escola por 20-40 horas semanais durante 1-4 anos
- Supervisão por profissionais treinados em ABA que seguem sistematicamente um manual de tratamento
- Programas individualizados baseados no repertório comportamental atual da criança (habilidades de comunicação e sociais)
- Abordagem funcional para diminuir comportamentos desafiadores e ensinar comportamentos de substituição apropriados
- Componente familiar: pais implementam, gerenciam ou auxiliam no planejamento e execução do tratamento

Componentes recomendados em programas abrangentes:

- Abordar os déficits centrais do autismo (déficits sociais e de comunicação, interesses restritos, habilidades de brincadeira, imitação)
- Fornecer instrução em ambientes estruturados e previsíveis

- Manter baixa proporção aluno-professor
- Programar para generalização e manutenção
- Promover envolvimento familiar
- Implementar abordagem funcional para comportamentos desafiadores
- Monitorar progresso ao longo do tempo

Eficácia da ICIP:

A revisão Cochrane mais recente (5 estudos, 202 crianças) encontrou evidências de que a ICIP melhora:

- Comportamento adaptativo: diferença média de 9,58 pontos na escala VABS (IC 95% 5,57-13,60)
- QI: diferença média de 15,44 pontos
- Linguagem expressiva: SMD 0,51
- Linguagem receptiva: SMD 0,55

No entanto, não houve efeito significativo nas características centrais do autismo. A qualidade da evidência foi considerada baixa a muito baixa devido à inclusão de ensaios não randomizados e risco de viés.

Uma meta-análise de 2026 com dados de participantes individuais (15 estudos, 621 crianças) encontrou tamanhos de efeito de 0,66 para comportamento adaptativo, 0,87 para funcionamento intelectual e 1,36 para reduções na gravidade do TEA, com a intensidade do tratamento contribuindo significativamente para as mudanças.

Evolução para abordagens naturalísticas:

Os modelos estão evoluindo da ICIP estruturada tradicional para Intervenções Comportamentais Desenvolvimentais Naturalísticas (NDBI), que incluem:

- Early Start Denver Model (ESDM)
- Pivotal Response Treatment (PRT)

- Joint Attention Symbolic Play and Engagement Regulation (JASPER)
- Early Social Interaction (ESI)

Essas abordagens seguem sequências de desenvolvimento típicas mais de perto, enfatizam brincadeira, interação social e iniciativa comunicativa da criança, e usam consequências naturais em vez de recompensas como alimentos.

Questão sobre intensidade:

Embora intervenções intensivas (mínimo de 20 horas/semana por 2-3 anos) sejam frequentemente recomendadas, a evidência que apoia essas recomendações é limitada principalmente a estudos quase-experimentais pequenos. [Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis.](#)

 JAMA Pediatrics. 2024. Sandbank M, Pustejovsky JE, Bottema-Beutel K, et al.

Uma meta-análise de 2024 encontrou que a intensidade do tratamento contribui significativamente para os resultados, mas apenas um ensaio clínico randomizado foi adequadamente desenhado para testar comparações de quantidade de intervenção separadamente do tipo de intervenção. Autism Research + 1[3][5]

TRATAMENTO FARMACOLOGICO

SERTRALINA

O medicamento **sertralina não pertence** ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (2024), que contempla os medicamentos e insumos disponíveis no SUS. Também não se encontra na lista de medicamentos padronizados do Ministério da Saúde, não existindo nenhum protocolo específico para sua liberação pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

O medicamento **sertralina** é indicado no tratamento de :

- ✓ Sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania;
- ✓ Transtorno obsessivo compulsivo (TOC);
- ✓ Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) em pacientes pediátricos acima de 6 anos de idade;
- ✓ Transtorno do pânico, acompanhado ou não de agorafobia;
- ✓ Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT);
- ✓ Fobia social (transtorno da ansiedade social);
- ✓ Sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual (STPM) e/ou transtorno disfórico pré-menstrual.

Os seguintes medicamentos **estão disponíveis no âmbito do SUS pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)**

- ✓ Amitriptilina
- ✓ Carbonato de lítio
- ✓ Clomipramina
- ✓ Clonazepam
- ✓ Fluoxetina
- ✓ Nortriptilina

Importante: As alternativas terapêuticas mencionadas consideram as indicações clínicas previstas na bula do medicamento, e têm como propósito nortear os usuários da plataforma InfoSUS quanto às opções terapêuticas disponíveis no SUS. Além dos medicamentos citados acima, deverá ser consultada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de cada município, pois conforme o Art. 27, §1º, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

Metilfenidato (Ritalina)

O metilfenidato (Ritalina) é um estimulante do sistema nervoso central indicado para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em pacientes pediátricos com 6 anos de idade ou mais, adultos e para narcolepsia.

A dose inicial típica em crianças é de 5 mg duas vezes ao dia, titulada semanalmente em incrementos de 5 a 10 mg, com um máximo de 60 mg/dia. Os adultos geralmente recebem de 20 a 30 mg por dia em doses divididas, não excedendo 60 mg/dia. A dosagem deve ser individualizada e administrada de 30 a 45 minutos antes das refeições; a última dose deve ser administrada antes das 18h para minimizar a insônia.

Mecanismo de ação: O metilfenidato bloqueia a recaptação de norepinefrina e dopamina no neurônio pré-sináptico e aumenta sua liberação no espaço extraneuronal, aumentando assim as concentrações sinápticas dessas monoaminas. O enantiômero d-treo é o componente farmacologicamente mais ativo. Esta ação melhora a atenção, o controle dos impulsos e o estado de alerta no TDAH e na narcolepsia.

A Ritalina (metilfenidato) 10mg é um medicamento de alto custo usado para TDAH. Pode ser obtida pelo SUS através de protocolos municipais/estaduais é necessário diagnóstico feito por médico do SUS (Psiquiatra/Neurologista), laudo detalhado

O papel da Ritalina (metilfenidato) no tratamento do transtorno do espectro autista (TEA) é restrito ao manejo de sintomas de TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) que frequentemente coexistem com o TEA, como hiperatividade, impulsividade e desatenção. O metilfenidato não é indicado para tratar os sintomas centrais do autismo (déficits de comunicação social, comportamentos repetitivos ou interesses restritos), mas pode ser considerado quando há diagnóstico comórbido de TDAH, conforme critérios do DSM-5. A literatura demonstra que o metilfenidato

pode reduzir hiperatividade e desatenção em crianças e adolescentes com TEA, embora a resposta seja geralmente menor e os efeitos adversos mais frequentes do que em pacientes com TDAH sem TEA. Os efeitos adversos incluem irritabilidade, labilidade de humor, diminuição do apetite e insônia, sendo necessário monitoramento cuidadoso. Não há evidência de benefício sobre os sintomas centrais do autismo, nem sobre comportamentos repetitivos ou habilidades sociais

Diversas diretrizes internacionais, incluindo aquelas identificadas por Tomiyama et al., recomendam o metilfenidato para sintomas de TDAH em pacientes com TEA, mas não para os sintomas centrais do autismo. *Pharmacopsychiatry*. A dose deve ser individualizada, iniciando-se com doses baixas e titulação gradual, conforme tolerância e resposta clínica. Em resumo, Ritalina (metilfenidato) é utilizada apenas para tratar sintomas de TDAH em pacientes com TEA, não sendo eficaz para os sintomas centrais do autismo.

O medicamento não pertence do RENAME, mas faz parte de alguns protocolos municipais/estaduais

RISPERIDONA

Medicamentos como a risperidona e o aripiprazol são os dois únicos medicamentos disponíveis reconhecidos pela Food and Drug Administration, principalmente para tratar os sintomas comportamentais desse distúrbio. Essas drogas têm eficácia limitada e alto potencial de induzir efeitos indesejáveis, comprometendo a adesão ao tratamento.

Risperidona- Autismo Pacientes pediátricos (5 a 17 anos) A dose de risperidona deve ser individualizada de acordo com as necessidades e a resposta do paciente. O tratamento deve ser iniciado com 0,25 mg/dia para pacientes com peso < 20 kg e 0,5 mg/dia para pacientes com peso ≥ 20 kg. No Dia 4, a dose deve ser aumentada em 0,25 mg/dia para pacientes com

peso < 20 kg e em 0,5 mg/dia para pacientes com peso \geq 20 kg. Essa dose deve ser mantida e a resposta deve ser avaliada ao redor do 14^o dia. Apenas para os pacientes que não obtiverem resposta clínica suficiente, aumentos adicionais da dose devem ser considerados. Os aumentos da dose devem ser realizados em intervalos \geq 2 semanas em aumentos de 0,25 mg para pacientes < 20 kg ou 0,5 mg para pacientes \geq 20 kg. Em estudos clínicos, a dose máxima estudada não excedeu uma dose diária total de 1,5 mg em pacientes < 20 kg, 2,5 mg em pacientes \geq 20 kg ou 3,5 mg em pacientes > 45 kg. Doses inferiores a 0,25 mg/dia não se mostraram efetivas nos estudos clínicos. Doses de risperidona em pacientes pediátricos com autismo (total em mg/dia)

Peso	Dias 1-3	Dias 4-14+
< 20kg	0,25 mg	0,5 mg +0,25 mg em intervalos \geq 2 semanas
\geq 20 kg	0,5 mg	1,0 mg +0,5 mg em intervalos \geq 2 semanas
> 45 kg	1,0 mg	2,5 mg*

* pacientes pesando > 45 kg podem necessitar de doses maiores; a dose máxima avaliada foi 3,5 mg/dia. A risperidona pode ser administrada uma ou duas vezes ao dia. Os pacientes que apresentarem sonolência podem se beneficiar de uma mudança na administração de uma vez ao dia para duas vezes ao dia ou uma vez ao dia ao deitar-se. Uma vez que uma resposta clínica suficiente tenha sido obtida e mantida, deve-se considerar a redução gradual da dose para obter um equilíbrio ótimo de eficácia e segurança

O **Aristab** (princípio ativo: aripiprazol). Em 2026, a forma farmacêutica mais comum para o uso infantil é a **suspensão oral (1 mg/ml)**, que facilita o ajuste preciso da dosagem e a deglutição.

Indicações Comuns em Crianças

- **Transtorno do Espectro Autista (TEA):** Indicado para tratar a irritabilidade, agressividade, crises de raiva e mudanças bruscas de humor em crianças de **6 a 17 anos**.

- **Transtorno Bipolar:** Utilizado no tratamento de episódios de mania ou mistos.
- **Esquizofrenia:** Indicado para adolescentes a partir de 13 anos.

Posologia e Administração

- **Dose Inicial:** Geralmente começa com **2 mg/dia** (2 ml da suspensão), podendo ser ajustada conforme orientação médica.
- **Ajuste:** A dose recomendada para autismo costuma ser de **10 mg/dia**, com limite máximo de 15 mg/dia.
- **Uso:** Deve ser tomado uma vez ao dia, com ou sem alimentos.

IV – CONCLUSÕES:

✓ **O espectro autista (ou transtorno do espectro autista, TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades.**

✓ O diagnóstico é clínico, baseado na observação do comportamento e na história do desenvolvimento, pois não existem biomarcadores específicos para o TEA.

✓ Os critérios diagnósticos para o transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o DSM-5

A. Déficit persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos,

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes:

C. Os sintomas devem estar presentes no início do período de desenvolvimento, embora possam não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas posteriormente.

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida

E. Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento

✓ As intervenções podem ser **intervenção comportamental intensiva precoce** (ICIP, exemplo método ABA) ou **intervenções Comportamentais Desenvolvimentais Naturalísticas** (NDBI exemplo Early Start Denver Model, Pivotal Response Treatment ,Joint Attention Symbolic Play and Engagement Regulation , Early Social Interaction

✓ A eficácia comparativa da intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) e das intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN) para crianças com transtorno do espectro autista é complexa.

✓ Tanto a ICPI (Método ABA) quanto as ICDN (Método Denver) produzem melhorias pequenas a moderadas no comportamento adaptativo, no funcionamento cognitivo e na linguagem, mas nenhuma das abordagens demonstra superioridade clara sobre a outra em ensaios randomizados de alta qualidade

✓ Embora intervenções intensivas (mínimo de 20 horas/semana por 2-3 anos) sejam frequentemente recomendadas, a evidência que apoia essas recomendações é limitada principalmente a estudos quase-experimentais pequenos

- ✓ **Em ambas as abordagens são baseadas em evidências, mas a força das evidências é modesta e são necessários mais ensaios rigorosos para esclarecer os modelos de intervenção ideais, a intensidade e os resultados a longo prazo.**
- ✓ Não estão indicados regimes com alta carga horária de terapias que além de apresentarem evidência de eficácia privam o paciente do convívio familiar
- ✓ Intervenções, como musicoterapia e melatonina para distúrbios do sono, têm evidência limitada, mas podem ser consideradas em casos específicos.
- ✓ Não há evidência para tratamentos como agentes antifúngicos, imunoterapia ou oxigênio hiperbárico, e a terapia de quelantes é contraindicada devido ao risco de danos.
- ✓ Para sintomas associados, como irritabilidade e agressividade, antipsicóticos de segunda geração (risperidona e aripiprazol) podem ser utilizados, sendo aprovados nos EUA para esse fim, mas com monitoramento rigoroso dos efeitos adversos metabólicos
- ✓ **Medicamentos como a risperidona e o aripiprazol são os dois únicos medicamentos disponíveis reconhecidos pela Food and Drug Administration, principalmente para tratar os sintomas comportamentais desse distúrbio. Essas drogas têm eficácia limitada e alto potencial de induzir efeitos indesejáveis, comprometendo a adesão ao tratamento.**
- ✓ A risperidona está disponível no SUS para tratamento do autismo

V – REFERÊNCIAS:

Autism Spectrum Disorder: Updated Guidelines from the American Academy of Pediatrics.

American Academy of Family Physicians (2020). 2020. **Guideline**

Comprehensive ABA-based Interventions in the Treatment of Children With Autism Spectrum Disorder - A Meta-Analysis.

BMC Psychiatry. 2023. Eckes T, Buhlmann U, Holling HD, Möllmann A.

Interventions Based on Early Intensive Applied Behaviour Analysis for Autistic Children: A Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis.


Health Technology Assessment. 2020. Rodgers M, Marshall D, Simmonds M, et al.

Autism Spectrum Disorder.


 Lancet. 2018. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J.

Autism Spectrum Disorder: A Review.

Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children With Autism Spectrum Disorders (ASD).

 The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA.

Evidence-Based Support for Autistic People Across the Lifespan: Maximising Potential, Minimising Barriers, and Optimising the Person-Environment Fit.

 The Lancet. Neurology. 2020. Lai MC, Anagnostou E, Wiznitzer M, Allison C, Baron-Cohen S.

Clinically Significant Outcomes of Early Intensive Behavioral Intervention for Children With Autism Spectrum Disorders: An Individual Participant Data Meta-Analysis.

Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research. 2026. Eldevik S, Strømgen B, Eikeseth S, et al. **New**

Autism Spectrum Disorder.

Nota Técnica nº 9907/2026 NATJUS – TJMG

LLancet. 2018. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J.

Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis.

JNJAMA Pediatrics. 2024. Sandbank M, Pustejovsky JE, Bottema-Beutel K, et al.

VI – DATA: 15/06/2026

NATJUS TJMG