

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juíza de Direito Dra. Andreyra Alcantara F. Chaves

**PROCESSO Nº.:** 105203516270

**CÂMARA/VARA:** Vara da Infância e Juventude

**COMARCA:** Governador Valadares

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** LGODJ

**IDADE:** 06 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Terapia Intensiva através do método Aba ou Denver

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** F 84.0, G 40.0

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção terapêutica substituta à alternativa terapêutica disponível na rede pública - SUS

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 52657

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2021.0002431

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Esclarecer pormenorizadamente a obrigação ou desobrigação de fornecimento, a existência ou inexistência de evidência científica para as terapêuticas requeridas no tratamento do Transtorno do Espectro Autista, bem como a inexistência de superioridade dessas quando comparados com os tratamentos convencionais, assegurados regularmente pela requerida e presentes do rol da ANS.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de epilepsia associado ao diagnóstico de transtorno do espectro autista, para o qual foi indicado tratamento complementar com psicologia e terapia ocupacional através de metodologia específica ABA ou Denver.

*“O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno,*

*mas a gravidade de sua apresentação é variável<sup>1</sup>. Trata-se de um transtorno pervasivo e permanente, não havendo cura, ainda que a intervenção precoce possa alterar o prognóstico e suavizar os sintomas. Além disso, é importante enfatizar que o impacto econômico na família e no país, também será alterado pela intervenção precoce intensiva e baseada em evidência”<sup>2</sup>.*

*“O tratamento padrão-ouro para o TEA é a intervenção precoce, que deve ser iniciada tão logo haja suspeita ou imediatamente após o diagnóstico por uma equipe interdisciplinar. Consiste em um conjunto de modalidades terapêuticas que visam aumentar o potencial do desenvolvimento social e de comunicação da criança, proteger o funcionamento intelectual reduzindo danos, melhorar a qualidade de vida e dirigir competências para autonomia, além de diminuir as angústias da família e os gastos com terapias sem bases de evidência científicas”<sup>2</sup>.*

*“Cada criança com TEA apresenta necessidades individualizadas, que estão de acordo com a sua funcionalidade, sua dinâmica familiar e a quantidade de recursos que a comunidade oferece e, portanto, necessita de uma avaliação terapêutica personalizada que permita o estabelecimento de um plano individualizado de intervenção”<sup>2</sup>.*

É consenso a necessidade de que o tratamento do TEA seja instituído o mais precoce possível, e que seja realizado por equipe interdisciplinar, com regularidade, frequência e intensidade adequadas às necessidades individuais de cada paciente. Embora nenhuma metodologia seja considerada superior a outra, e nenhuma delas possua finalidade curativa, a instituição de intervenção interdisciplinar precoce e intensiva está associada com melhor prognóstico. Essa melhora de prognóstico tende a ser alcançada, pela ação conjunta e a expertise de cada especialidade, em seus respectivos campos de atuação.

A escolha entre as metodologias existentes, deve considerar entre outros fatores, a idade, grau de limitação, comorbidades de cada paciente. O tratamento deve ser estruturado em intervenções comportamentais e educacionais, preferencialmente orientadas e conduzidas por ações

interdisciplinares executadas por equipe multiprofissional. Para o atendimento é também importante manter uma rotina clínica (horários, espaço clínico, participantes da sessão, instrumentos, o diálogo como ponto fundamental de inserção da pessoa). A resposta a qualquer uma das terapias, são tão mais significativas, quanto mais individualizadas e precocemente instituídas.

Os ganhos funcionais dependem da associação de diversos fatores/variáveis, tais como: singularidade do indivíduo (gravidade de disfunção neuromotora, reserva individual do paciente), precocidade na instituição da terapêutica, frequência e intensidade em conformidade com a necessidade e evolução individual, continuidade a longo prazo, assistência multidisciplinar, entre outros fatores.

Atualmente há diferentes métodos para o tratamento do autismo. *“Notadamente, em relação a métodos de abordagem específica como ABA, DIR- Floor- Time, TEACCH, PECS, Denver entre outros, é fundamental considerar que todos são aplicáveis, mas não os únicos, não há comprovação de que qualquer um deles seja mais eficiente do que os outros e, principalmente, sua aplicação consistente depende de formação específica do profissional”<sup>12</sup>.*

Para maximizar o sucesso, os programas comportamentais intensivos devem ter uma proporção baixa de aluno para terapeuta. Eles podem ser ministrados em uma variedade de ambientes (por exemplo, casa, sala de aula independente, sala de aula inclusiva, comunidade).

As intervenções comportamentais intensivas buscam atingir os sintomas definidores do TEA, ou seja, défices na comunicação / interação social e interesses, comportamentos e atividades repetitivos e restritos. Eles são baseados nos princípios de modificação de comportamento. Uma dessas intervenções comportamentais intensivas, a Análise do Comportamento Aplicada (**ABA**), busca reforçar os comportamentos desejáveis e diminuir os indesejáveis.

Os objetivos da ABA são ensinar novas habilidades e generalizar as habilidades aprendidas, dividindo-as em seus elementos mais simples. As

habilidades são ensinadas por meio de repetidas tentativas baseadas em recompensas.

A metodologia ABA requer coleta e análise de dados detalhados sobre a resposta da criança à terapia. Quando realizada da maneira como foi desenvolvida, a ABA inclui coleta intensiva de dados, que fornece monitoramento adequado da eficácia dos programas de tratamento individuais e promove mudanças nos programas e metas quando necessário. No entanto, muitas outras intervenções usam princípios comportamentais, incluindo a identificação de um comportamento-alvo e o uso de modificação e modelagem comportamental como parte do tratamento. Porém, na prática, nem todas as intervenções são aplicadas conforme inicialmente previsto, o que pode afetar a eficácia.

Programas de intervenção comportamental intensiva para TEA foram avaliados em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte, a maioria dos quais com limitações metodológicas. Com evidência de benefício de vários estudos bem controlados, o Relatório de Padrões Nacionais do National Autism Center, Fases 1 e 2, revisões sistemáticas da literatura educacional e comportamental revisada por pares (1957 a 2007 e 2007 a 2012), considera a intervenção comportamental intensiva como sendo um tratamento "estabelecido". A revisão da Fase 2 adicionou uma revisão das evidências para o tratamento de adultos. Programas intensivos de comportamento podem melhorar os sintomas básicos de TEA e comportamentos mal adaptativos, mas não se deve esperar que levem a funções típicas.

Os estudos que revelaram os maiores ganhos para programas intensivos de comportamento incluíram um alto nível de intervenção (por exemplo, 30 a 40 horas por semana de serviços intensivos individuais por dois ou mais anos e começando antes dos cinco anos de idade). No entanto, a evidência é insuficiente para fornecer uma recomendação geral de que todas as crianças com TEA requerem este nível de intervenção.

As melhorias mais significativas geralmente são observadas nos

primeiros 12 meses de tratamento. Variáveis de pré-tratamento que estão associadas a melhores resultados incluem a presença de atenção conjunta, habilidades funcionais de jogo, habilidades cognitivas mais altas e redução da gravidade dos sintomas de autismo. Ainda não há evidência científica que permita afirmar que um tipo de intervenção comportamental intensiva é melhor do que outro, como determinar quais crianças com TEA responderão ao máximo a intervenções comportamentais intensivas, e se programas comportamentais intensivos devem ser recomendados para todos os pacientes, em vez de outros tipos de programas de tratamento.

Os métodos ABA mostram-se eficazes quando comparados com intervenções de controle (por exemplo, educação especial), mas não está claro se o ABA é superior a outros métodos de terapia comportamental. Existem poucos estudos comparando ABA com outros modelos de tratamento e esses estudos têm limitações metodológicas. Aqueles realizados comparando ABA com um modelo baseado no relacionamento de diferença de desenvolvimento individual (Floortime) e tratamento e educação de crianças com deficiência física e comunicação relacionada (TEACCH) não encontraram nenhuma diferença na eficácia.

Programas intensivos de comportamento, como o método ABA, podem melhorar os sintomas básicos do TEA e comportamentos mal adaptativos, mas, não se deve esperar que levem ao alcance de funções típicas.

A intervenção intensiva baseada no modelo **Denver**, Early Start Denver Model (ESDM) faz parte do conjunto das abordagens terapêuticas intensivas de intervenção precoce utilizada no tratamento do TEA infantil. O modelo ESDM é uma terapia comportamental, desenvolvida para crianças com diagnóstico de TEA, realizada preferencialmente entre as idades de 12-48 meses, com duração recomendada de dois anos. Baseia-se nos métodos de análise de comportamento aplicada (ABA).

A intensidade do tratamento é importante para a eficácia de qualquer método adotado. No modelo ESDM é preconizado que os encontros ocorram mais de uma vez ao dia, quase todos os dias da semana. A participação da

família é essencial e, pelo menos, um dos pais recebe treinamento nos princípios do método e encorajado a empregá-los no dia a dia. No modelo ESDM o foco é na comunicação verbal e não-verbal, e envolve estratégias de aprendizado com troca interpessoal, afeto positivo e engajamento compartilhado. Qualquer profissional que tenha treinamento pode aplicar o método<sup>8</sup>. No Brasil, não há certificação oficial para este tratamento.

O primeiro estudo que avaliou a eficácia dessa forma de tratamento é de baixa qualidade, estando sujeito a inúmeros vieses, o que faz diminuir a certeza sobre a sua eficácia. O segundo estudo, metodologicamente mais robusto, multicêntrico e de maior tamanho amostral, não conseguiu reproduzir o benefício previamente descrito.

Ademais, o comparador dos ensaios clínicos foi tratamento usual na comunidade, de maneira que não é possível estabelecer comparações entre o modelo pleiteado pelo autor em relação a outras abordagens psicopedagógicas, como as terapias já oferecidas pelo sistema de saúde pública (SUS) e/ou saúde suplementar.

O Ministério da Saúde, através da elaboração de Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo elaborada através de ação conjunta de profissionais, pesquisadores e especialistas com experiências reconhecidas em diversas profissões da área da saúde e pertencentes a sociedades científicas e profissionais, com a participação de representantes da sociedade civil, preconiza o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como a orientação geral para o manejo desses pacientes.

O PTS deve envolver cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação, executados por 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, diante das diferentes necessidades nas mais variadas situações clínicas. Avaliações periódicas da eficácia do tratamento devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do

paciente, a fim de realizar as adequações que se fizerem necessárias ao longo do tempo.

O Ministério da Saúde no documento que versa sobre a linha de cuidado para a atenção às pessoas com TEA e suas famílias, há referência a diversas abordagens terapêuticas específicas, nenhuma superior a outra; entretanto, não há citação sobre o método Denver. Esse mesmo documento ainda menciona: “Não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com transtornos do espectro do autismo. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso”.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução Normativa nº 469 de 09 de julho de 2021, ampliou o acesso dos beneficiários de planos de saúde portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de todo o País que passam a ter direito a número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo, o que se soma à cobertura ilimitada que já era assegurada para as sessões com fisioterapeutas, o que torna possível a instituição de terapêutica interdisciplinar intensiva para os pacientes com diagnóstico de TEA.

*“Altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do Transtorno do Espectro Autista (TEA)”*.

*Art. 1º A presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de novembro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar, para alterar as diretrizes de utilização dos procedimentos sessão com fonoaudiólogo e sessão com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional, para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA).*

Art. 2º Os itens SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO e SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL, do Anexo II da RN nº 465, de 2021, passam a vigorar conforme o disposto no Anexo I desta Resolução.

“O importante é verificar que não há uma única abordagem, uma única forma de treinamento, um uso exclusivo de medicação ou projeto terapêutico fechado que possa dar conta das dificuldades de todas as pessoas com transtorno do espectro do autismo”.

Os estudos realizados não identificaram diferenças significativas nas funções motoras e nas atividades da vida diária pelo uso de metodologias próprias, quando comparadas às práticas convencionais consolidadas, quando realizadas oportunamente, na frequência e intensidade necessárias às peculiaridades dos pacientes. Vários autores observaram que a frequência e a intensidade adequada, é que poderiam ser considerados como os responsáveis pelos ganhos alcançados, independente da denominação do método empregado.

A literatura científica existente, afirma que protocolos de assistência interdisciplinar regular, de intensidade e frequência adequadas ao indivíduo, são significativamente mais eficazes que práticas/ações não integradas.

Não foi encontrada literatura técnico científica que apresente desfechos/comprovação de superioridade de método específico, sobre a adoção de métodos/práticas convencionais, quando adotadas em conjunto por equipes interdisciplinares de forma oportuna, na frequência e intensidade, adequadas a individualidade / particularidade de cada paciente.

### **III – REFERÊNCIAS:**

- 1) Portaria nº 324, de 31 de março de 2016, que aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do comportamento agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo.
- 2) Transtorno do Espectro do Autismo. Manual de Orientação, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 05, abril de 2019.

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Ped.\\_Desenvolvimento\\_-\\_21775b-MO\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_do\\_Autismo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf)

3) Augustyn M. Autism spectrum disorder: Terminology, epidemiology, and pathogenesis. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2019.

4) Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*. 2015 Feb;45(3):601–13.

5) Weissman L. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. In: Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2019.

6) Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo. Ministério da Saúde; 2014.

[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)

7) 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. Ministério da Saúde; 2015.

[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)

8) Goldson E. Advances in Autism-2016. *Adv Pediatr*. 2016 Aug;63(1):333–55.

9) Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2011 May;127(5):e1303–11.

10) Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010 Jan;125(1):e17–23.

11) Rogers SJ, Estes A, Lord C, Munson J, Rocha M, Winter J, et al. A Multisite Randomized Controlled Two-Phase Trial of the Early Start Denver Model Compared to Treatment as Usual. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Sep;58(9):853–65.

12) Parecer da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Métodos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Ampliadas no Tratamento de Indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo, setembro/2019.

<https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/parecer-tea-sbfa-2019.pdf>

13) Código de procedimento - Musicoterapia no SUS – SIGTAP.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0101050089/08/2021>

14) Resolução Normativa nº 469 de 09 de julho de 2021 da ANS. Amplia alcance de decisões judiciais sobre Transtorno do Espectro Autista.

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-amplia-alcance-de-decisoes-judiciais-sobre-transtorno-do-espectro-autista>

15) Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism, Lancet. 2014;383(9920):896-910.

16) 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;5(5):Cd009260.

17) Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C. Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. Pediatrics. 2012;130 Suppl 2:S169-78.

#### **V – DATA:**

08/10/2021

NATJUS – TJMG