

Recomendações e Orientações para o Diagnóstico, Investigação e Abordagem Terapêutica do Transtorno do Espectro Autista (atualização)

Helio van der Linden Junior¹, Carlos Gadia², Paulo Emidio Lobão Cunha³, Júlio Amaro de Sá Koneski⁴, Erasmo Barbante Casella⁵

Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil – Departamento Científico de Transtornos de Neurodesenvolvimento da SBNI e colaboradores

¹ Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo (GO - Brasil)

² Nicklaus Children's Hospital (Florida - USA)

³ Hospital Universitário de Brasília / Universidade de Brasília (DF - Brasil)

⁴ Univille - Universidade da Região de Joinville (SC - Brasil)

⁵ Instituto de Criança / Universidade de São Paulo (SP – Brasil)

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta nos primeiros anos de vida por comportamentos que incluem: dificuldades na interação social/comunicação e presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos. A última atualização do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais — 5.^a Edição (DSM-5)¹ aboliu vários subgrupos existentes e simplificou o diagnóstico com o termo Transtorno do Espectro Autista. Adicionalmente, estabeleceu níveis de gravidade de acordo com a necessidade de suporte do indivíduo, variando de pouco suporte (nível 1 até muito suporte, nível 3).

Para o diagnóstico, as características clínicas (**Quadro 1**) devem estar presentes desde o início do desenvolvimento, em diversos contextos sociais, com uma clara evidência de prejuízo na adaptação ou na qualidade de vida da criança. Além disso, os sintomas não podem ser mais bem explicados pela deficiência intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) ou pelo atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM).

Quadro 1. Características frequentemente presentes em crianças com TEA

Dificuldades Sociais e de Comunicação	Interesses Restritos e Repetitivos
<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade para iniciar e manter conversação• Dificuldade para iniciar ou responder uma interação social• Dificuldade em demonstrar e reconhecer corretamente as emoções• Isolamento social• Pouco contato visual ou contato visual pouco sustentado• Expressão e compreensão empobrecida da linguagem corporal e expressão facial.• Ausência ou dificuldade em estabelecer amigos ou pouco interesse pelos pares• Inabilidade em ajustar o comportamento aos contextos sociais• Dificuldade para entender ironia, metáforas ou piadas• Dificuldade em se colocar no lugar do outro (teoria da mente)• Dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas	<ul style="list-style-type: none">• Estereotípias motoras e/ou vocais• Alinhar, girar ou demais movimentos repetidos com objetos• Sofrimento ou desconforto frente às mudanças• Dificuldade com transições de ambientes ou atividades• Padrões rígidos de pensamento e comportamento• Rituais de saudação e outros contextos• Necessidade de fazer o mesmo caminho ou outros padrões de rigidez• Interesse extremo ou restrito a um assunto• Apego incomum a determinado objeto• Hipo ou hiperreatividade aos estímulos sensoriais (p ex, texturas ou barulhos)• Cheirar ou manipular objetos• Seletividade alimentar em padrões atípicos

*Modificado de DSM-5¹

Por não haver um marcador biológico, o diagnóstico do TEA pode ser um desafio para muitos profissionais. A avaliação diagnóstica requer experiência clínica, habilidade e familiaridade com indivíduos com TEA. Além disso, o profissional deve ter experiência com outros transtornos do neurodesenvolvimento e com a variação normal do desenvolvimento da criança e do adolescente.

Nem sempre é fácil estabelecer com segurança um diagnóstico de TEA, por haver situações clínicas que podem mimetizar sinais e sintomas de TEA, como transtornos mais complexos do desenvolvimento da linguagem, deficiência intelectual, transtorno da comunicação social, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) manifestado em idades precoces, dentre outros. Daí a importância do conhecimento, treinamento e experiência no diagnóstico diferencial dos transtornos do neurodesenvolvimento.

Vale ressaltar que não há necessidade de se estabelecer um diagnóstico preciso na primeira avaliação, se assim não for possível. Para isso, o apoio de outros profissionais na realização de avaliações mais estruturadas podem ser importantes

para o refinamento do diagnóstico. Ademais, o acompanhamento periódico pode ser importante para definição diagnóstica de casos complexos e com sintomatologia discreta ou quando é difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre os transtornos do neurodesenvolvimento.

No entanto, na observação de atrasos de desenvolvimento, mesmo sem diagnóstico definitivo, é de fundamental importância o encaminhamento para abordagem terapêutica, a fim de se aproveitar a plasticidade neuronal inerente às fases precoces do desenvolvimento infantil.

O objetivo deste documento é atualizar as recomendações e orientações para o diagnóstico, avaliação e abordagem terapêutica do TEA no Brasil. Em 2021, o primeiro documento elaborado pelo Departamento Científico de Transtornos do Neurodesenvolvimento - SBNI e seus colaboradores foi publicado no *site* da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil. Desde então, foram publicadas diversos estudos a respeito do tema, o que levou à necessidade de uma atualização deste documento para orientar o neurologista infantil ou qualquer outro médico interessado nos transtornos do neurodesenvolvimento quanto ao desafio do diagnóstico e da orientação terapêutica do TEA.

2. DIAGNÓSTICO

2.1. História e observação Clínica

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, feito a partir da observação da criança e entrevista com os pais, com base nos sinais e sintomas propostos pelo DSM-5¹. Além disso, sintomas comórbidos, tais como agressividade (auto e hétero), problemas de regulação emocional, hiperatividade, desatenção, impulsividade, problemas de sono, distúrbios gastrintestinais também devem ser avaliados^{2,3}.

A interação social, observação direta dos comportamentos e/ou entrevista com a criança ou adolescente é imprescindível, pois o paciente deve ter oportunidade de demonstrar suas habilidades e capacidades, além de suas dificuldades, e deve também incluir avaliação cognitiva, funcionamento adaptativo e de linguagem. Professores e outros cuidadores geralmente trazem informações adicionais muito importantes e podem ser contatados. Adicionalmente, vídeos caseiros podem auxiliar o avaliador a constatar comportamentos pouco frequentes ou que já não estão presentes.

Embora muitas das manifestações clínicas tornem-se mais evidentes entre um e dois anos de idade, muitas vezes é possível identificar sinais de alerta para o TEA

desde os primeiros meses de vida, tais como: falha no contato visual durante as mamadas ou brincadeiras próprias da faixa etária, baixa reciprocidade social, pouca ou nenhuma vocalização, ausência de imitação vocal e motora⁴. No primeiro ano de vida, sintomas como problemas de sono, irritabilidade e dificuldades alimentares são frequentemente observados⁵.

A avaliação do paciente com suspeita de TEA deve incluir uma detalhada história do desenvolvimento neuropsicomotor e anormalidades nos primeiros anos de vida, antecedentes gestacionais e neonatais, como idade dos pais, presença de sangramentos durante a gravidez, diabetes gestacional, infecções e uso de medicamentos. A avaliação da condição e via de parto, vitalidade ao nascimento, intercorrências clínicas no período neonatal devem ser exaustivamente pesquisadas. Avaliação de comportamentos do sono da criança e hábitos alimentares, presença de epilepsia associada, regressão do desenvolvimento, sinais motores deficitários e doenças gastrointestinais são mandatórios.

A segurança no diagnóstico precoce do TEA é um desafio crucial para o profissional que lida com distúrbios do neurodesenvolvimento, uma vez que é difícil estabelecer com precisão os critérios do DSM-5 em crianças de baixa idade. Alguns estudos recentes buscaram estabelecer uma idade em que o diagnóstico precoce de TEA fosse mais estável, considerando uma reavaliação de confirmação ou descarte realizada aos três anos de idade.

Um importante estudo publicado em 2019⁶ avaliou o diagnóstico de TEA em crianças com 12, 14 e 16 meses de idade. Posteriormente, quando eles tinham uma idade em que o diagnóstico poderia ser feito já com maior precisão, entre 3 e 4 anos de idade, as crianças foram reavaliadas, para estabelecer a partir de que idade os diagnósticos tinham uma boa estabilidade.

A pesquisa apontou a partir de 14 meses de idade a taxa de estabilidade do diagnóstico passa a ser consistente e, aos 16 meses, atinge 84%, após reavaliação aos 36 meses de vida⁶. Logicamente, este estudo foi conduzido em um centro de excelência em TEA nos Estados Unidos e contou com profissionais experientes e altamente capacitados. Entretanto, o estudo aponta que é possível e seguro estabelecer um diagnóstico precoce de TEA em muitas crianças com sinais e sintomas típicos. Vale ressaltar que, do total de crianças que tinham sido avaliadas aos 12 meses, 23,8% foi tida como com desenvolvimento típico, mas na reavaliação, entre 3 e 4 anos de idade, estas crianças foram diagnosticadas com TEA, ou seja, eram falsos negativos, demonstrando ainda o grau de complexidade na realização de diagnóstico de TEA em crianças em idades precoces.

Estudos que visam identificar marcadores biológicos para o rastreio do TEA

em faixa etária precoce são abundantes na atualidade, como estudos de ressonância magnética funcional e conectividade, eletroencefalograma com análise quantitativa e padrões de ondas avaliadas por dispositivos de inteligência artificial, estudos bioquímicos e rastreamento visual⁷.

Dentre estes, os dispositivos e aplicativos que utilizam rastreamento visual já são uma realidade em países desenvolvidos e podem em breve ser úteis para auxiliar, ampliar ou validar o diagnóstico de TEA, sobretudo em lactentes e crianças menores^{8,9}. Estudos recentes de rastreamento visual em crianças entre 16 e 30 meses confirmaram os resultados de estudos anteriores e mostraram um alto poder preditivo para o diagnóstico de TEA nas crianças avaliadas, com resultados semelhantes à avaliação clínica realizada por especialistas^{10,11}. Esses achados serviram de base para que o *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos autorizasse a comercialização do primeiro dispositivo baseado em rastreamento visual para crianças entre 16 e 30 meses nos Estados Unidos.

Um aumento do tamanho do crânio é geralmente observado em crianças com TEA nos primeiros anos de vida¹², mas uma macrocrania acentuada acima de dois desvios padrões pode indicar necessidade de exames de neuroimagem. A avaliação da história familiar é de suma importância para pesquisar a presença de parentes com TEA, deficiência intelectual, síndrome do X-frágil, complexo esclerose tuberosa, dentre várias outras condições que podem cursar com hereditariedade¹³. Além disso, é importante verificar as informações presentes na caderneta de vacinação da criança e no teste do pezinho, especialmente para não negligenciar o diagnóstico de fenilcetonúria, uma vez que esta é caracterizada por ADNPM, deficiência intelectual e comportamentos que mimetizam o TEA.

Importante avaliar o ambiente em que essa criança está envolvida. Sabe-se que crianças que vivem em situações de vulnerabilidade social, afetiva, cultural e econômica podem ter menos oportunidades para o desenvolvimento completo das suas habilidades sociais, cognitivas e adaptativas. Ambientes negativos podem ser causa de grave privação afetiva e emocional e impactar negativamente o desenvolvimento da criança. Deve-se considerar que a avaliação de crianças pequenas nestes contextos de vulnerabilidade, podem levar a diagnósticos errôneos de TEA. Estudos que avaliaram a trajetória de crianças de risco e vulnerabilidade emocional com problemas comportamentais, alertam para a instabilidade de diversos diagnósticos precoces^{14,15}.

Estudos têm demonstrado uma conexão entre a exposição precoce e intensa

de crianças às telas e o surgimento de sinais e sintomas que simulam o TEA (*autism-like syndrome*), bem como atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de regulação emocional, níveis elevados de ansiedade, obesidade, distúrbios de sono, entre outros^{16,17}. No entanto, não há evidências de uma relação causal direta entre telas e TEA, ainda que a falta de estímulos adequados (como, por exemplo, brincar de forma livre, ler em conjunto, brincar de fazer de conta) possa causar dificuldades comportamentais pela ausência do desenvolvimento de repertórios associados a essas atividades. Além disso, estudantes e adolescentes muito expostos às telas podem apresentar risco de desenvolver vícios em eletrônicos¹⁷.

2.2. Escalas de avaliação e rastreio

As escalas de avaliação do rastreamento e diagnóstico do TEA são amplamente conhecidas e podem ser usadas para avaliar crianças com sinais de alerta e confirmar diagnósticos, mas nem sempre são acessíveis ou disponíveis para uso livre, sendo que algumas delas requerem treinamento e certificação.

Escalas como *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), Escala de Pontuação para Autismo na Infância - *Childhood Autism Spectrum Disorders Test* (CAST – crianças entre 4 e 11 anos) e Questionário de Comunicação Social (SCQ) foram desenvolvidas para triagem, portanto, não devem ser utilizadas para estabelecer o diagnóstico de TEA.

A escala M-CHAT, traduzida e validada para o português brasileiro¹⁸, é amplamente utilizada para o rastreamento precoce do TEA em nosso país e tem sido recomendada por alguns governos municipais e estaduais como ferramenta a ser usada, atendendo às determinações da Lei Federal no. 13.438 de 2017, que tornou obrigatória “a aplicação de um protocolo ou instrumento para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico de todas as crianças nos seus primeiros 18 meses de vida”.

O M-CHAT está disponível no aplicativo do Governo Federal ‘Meu SUS Digital’ e na 7ª e atual edição da Caderneta da Criança. A Sociedade Brasileira de Pediatria orienta e recomenda aos pediatras a utilização do M-CHAT, e a SBNI reforça esta recomendação como complementação ao atual modelo proposto da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, com seus instrumentos e orientações próprias de acompanhamento do neurodesenvolvimento. Dentro de um arranjo mais estruturado, há a possibilidade de uma entrevista posterior à aplicação, com a utilização de um modelo mais atualizado desta avaliação de rastreio, que é o M-CHAT-R/F, isto é, o mesmo protocolo, mas revisado e com entrevistas de seguimento.

A *Childhood Autism Rating Scale* (CARS-2), embora desenvolvida para diagnóstico e avaliação da gravidade do autismo, tem sido muito utilizada como instrumento de triagem. A sua segunda adaptação permitiu uma adaptabilidade a diferentes faixas etárias e consideração das múltiplas dimensões do comportamento.

Nenhuma ferramenta de observação única é apropriada para todos os cenários clínicos. A ferramenta de observação visa dar suporte à aplicação dos critérios do DSM-5 informados pelo histórico e outros dados¹⁹. Alguns dos instrumentos de investigação diagnóstica foram validados para o português do Brasil, como o *Autism Diagnostic Interview-Revised-ADI-R*, o *Autism Behavior Checklist - ABC*, o CARS-2, o *Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS - 2*, M-CHAT e MCHAT-R/F^{20,21,22,23, 24}.

2.3. Determinação do nível de suporte

O DSM-5 também estabeleceu níveis de gravidade conforme a necessidade de maior ou menor suporte. Sendo assim, aqueles que necessitam de pouco suporte são classificados no nível 1, enquanto aqueles que necessitam de um suporte mais consistente estão no nível 2 e aqueles que são completamente dependentes e precisam de suporte permanente são considerados no nível 3.

Embora haja uma certa relação entre gravidade de sintomas observados nas duas esferas de sintomatologia do TEA, a diferenciação entre os níveis reflete mais a ideia de prognóstico, por consistir em avaliar a necessidade que o paciente requer para as atividades da vida cotidiana e a sua independência funcional. Para tanto, vale ressaltar que os níveis de suporte requerem, pelo menos, uma certa idade e tempo de evolução para serem estabelecidos, devido às próprias características inerentes ao desenvolvimento infantil. Portanto, não é recomendável classificar crianças recém-diagnosticadas ou muito pequenas, pois a gravidade dos sintomas pode variar com a abordagem terapêutica e a maturidade do cérebro.

Recomenda-se que, quando for necessário definir ou classificar os níveis de apoio em crianças muito novas ou recém-diagnosticadas, em documentos ou relatórios médicos, sejam usados termos que esclareçam que o nível de suporte ou apoio se refere àquele momento (ex.: “atualmente classificado como”).

2.4. Investigação complementar

Para todos os pacientes, deve-se realizar o exame físico visando identificar a presença de sinais cutâneos que indiquem a possibilidade de diagnósticos

específicos, como neurofibromatose, complexo da esclerose tuberosa, além de traços dismórficos. É importante, também, avaliar a integridade da audição e da visão. Dessa forma, uma avaliação com o otorrinolaringologista e o oftalmologista pode ser mais adequada para essa análise e poderá ser indicada quando houver alguma dúvida ou suspeita após o exame neurológico.

O exame neurológico é obrigatório e exames complementares poderão ser solicitados. No entanto, eles geralmente não são essenciais para o diagnóstico, mas podem ser úteis para o diagnóstico diferencial, a avaliação de condições médicas coexistentes e a determinação, quando possível, da etiologia do TEA. A **Tabela 1** apresenta a indicação de cada exame¹⁹.

Tabela 1. Padronização para investigação da criança com TEA

Tipo de Exame	Que contexto solicitar
Exames laboratoriais: hemograma, TGO, TGO, ureia, creatinina, eletrólitos, função tireoidiana, CPK	Exames gerais, não relacionados com o TEA, portanto é uma sugestão, já que é importante afastar condições clínicas comuns na nossa população. A CPK aumentada pode ser encontrada em crianças com distrofinopatia, como a distrofia muscular de Duchenne, que podem cursar com comprometimento cognitivo e/ou TEA antes de manifestar sintomas motores aparentes. Vale ressaltar que os valores de CPK podem variar em diversas situações, inclusive fisiológicas, portanto níveis muito elevados é que devem ser valorizados.
Potencial evocado auditivo (BERA) ou Audiometria condicionada	Crianças com atraso importante da linguagem ou desatenção grave ao comportamento verbal, ou quando houver suspeita clínica de déficit auditivo
Ressonância magnética de crânio	Alteração focal do exame neurológico Microcefalia Macrocefalia acentuada (acima de 2DP)
Eletrencefalograma	Pacientes com suspeita ou epilepsia associada. Pacientes com regressão tardia da linguagem (após os 3-4 anos) e/ou outros sintomas que possam sugerir a síndrome de Landau-Kleffner
Pesquisa de X-Frágil	Todos os meninos, mesmo na ausência de fenótipo típico

MECP2	Meninas com fenótipo característico ou sugestivo de síndrome de Rett
Microarranjo genômico (CGH-Array, SNP-Array)	Considerar em todos os casos com diagnóstico definido (vide discussão abaixo no item do sequenciamento do exoma)
Sequenciamento completo do exoma	Considerar em casos familiares, associados a deficiência intelectual, epilepsia, dismorfias, outras alterações congênitas, consanguinidade parental. A American College of Medical Genetics and Genomics recomenda a realização do exoma se x-frágil e CGH não mostrarem alterações. A realização do exoma tem sido cada vez mais ampliada em países desenvolvidos com mais acessibilidade aos testes genéticos, pois tem se tornado prática cada vez mais comum a inclusão do microarranjo genômico (CGH-Array, SNP-Array) no exame de sequenciamento completo do exoma. Caso seja possível essa inclusão, pode-se considerar a indicação do exoma com análise de CNV. No entanto, no Brasil essa opção não está disponível pela medicina privada e pelo SUS. Num país com limitação de acesso como o nosso, recomendamos a indicação do exoma baseada nos critérios acima, podendo ainda ser indicada em outras situações individuais que o médico julgue ser necessário a realização do teste. Caso necessário, o apoio de um geneticista pode ser importante para uma melhor avaliação, e também para fins de aconselhamento genético
Bateria de erros inatos do metabolismo, cromatografia aminoácidos, pesquisa ácidos orgânicos na urina etc.	Não devem ser pedidos de rotina, apenas se houver sinais ou sintomas sugestivos de doença neurometabólica; considerar em pacientes com histórico de regressões atípicas.

A avaliação genética pode ser necessária no aprofundamento da investigação etiológica. Apesar de não ser uma ferramenta diagnóstica, é possível obter informações importantes quanto ao prognóstico, risco de recorrência, tratamento ou prevenção de comorbidades¹⁹. A recomendação da SBNI sobre investigação genética está detalhada na tabela 1.

O TEA, algumas vezes, pode ser identificado como uma característica de uma síndrome genética e, nesses casos, apresenta um padrão de herança mendeliano e nesses casos, o diagnóstico pode ser confirmado mediante teste genético específico para a suspeita clínica. A maioria dos casos, no entanto, são formas não sindrômicas. Esses casos estão intimamente relacionados a formas genéticas mais complexas (herança poligênica) e, geralmente, não surgem de uma única variante gênica²⁵.

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresenta cobertura para investigação inicial com o cariótipo para ambos os sexos e a pesquisa do X frágil para indivíduos do sexo masculino²⁶. O microarranjo genômico (CGH-Array, SNP-Array) só é possível se os exames anteriores forem negativos e o quadro de TEA estiver associado a pelo menos uma das seguintes condições: deficiência intelectual, crises epiléticas, malformação do sistema nervoso central, dismorfias e microcefalia ou macrocefalia. Em caso de identificação de uma variante com significado incerto, o microarranjo será estendido aos pais²⁶. A ANS não disponibiliza cobertura obrigatória para o sequenciamento completo do exoma até o momento, embora haja decisões judiciais pontuais em contrário e seja recomendada a realização do exame nas condições previamente expostas (vide tabela 1).

3. TRATAMENTO

3.1. Abordagem terapêutica

A abordagem terapêutica do TEA caracteriza-se por intervenção precoce por meio de terapias que visam potencializar o desenvolvimento do paciente²⁷. Atualmente as abordagens com maior evidência de eficácia e benefício são baseadas na ciência da Análise do Comportamento Aplicada (ABA - *Applied Behavior Analysis*), associada a terapias eficazes, como fonoterapia, terapia ocupacional com integração sensorial e outras que serão mencionadas abaixo^{28,29}. Outras abordagens devem ser orientadas de acordo com cada caso individual, como terapia mediada por música, terapia motora (fisioterapia, psicomotricidade ou educação física) ou abordagem pedagógica.

Nos últimos anos tem ganhado cada vez mais espaço e reconhecimento um modelo de intervenção que utiliza estratégias mais naturalísticas na abordagem terapêutica de crianças menores de 4 anos de idade. Modelos como Denver, Jasper ou Pivotal Response Training são exemplos de abordagens naturalísticas de intervenção. No entanto, vale ressaltar que essas abordagens se baseiam e utilizam

as técnicas comportamentais da ciência ABA, ou seja, são estratégias mais naturalísticas da ciência ABA e não outro tipo de intervenção. Portanto, é fundamental entender que, tanto abordagens naturalísticas quanto mais estruturadas, são importantes e podem ser utilizadas de maneira alternada em um mesmo paciente, ou seja, há momentos em que o indivíduo pode se beneficiar de técnicas mais estruturadas de ensino, como é possível usar abordagens naturalísticas em outros momentos para estimular de maneira mais adequada diferentes alvos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Independentemente dos profissionais envolvidos e da intensidade das intervenções, a abordagem transdisciplinar é considerada uma das mais efetivas para o TEA³⁰. Ela permite que profissionais de diferentes áreas trabalhem em conjunto para criar um tratamento abrangente e com um plano terapêutico comum. Os programas de ABA são supervisionados por especialistas certificados em análise comportamental, sendo que, no Brasil, são na sua maioria psicólogos com formação específica (pós-graduação *strictu* ou *lato sensu*) e experiência supervisionada na área. No entanto, outros profissionais também podem se especializar em ABA.

As intervenções baseadas em ABA variam desde abordagens altamente estruturadas, direcionadas e controladas, até intervenções que podem ser conduzidas por profissionais que se guiam pela liderança da criança e implementadas no contexto natural do comportamento³¹. A abordagem pode ser abrangente, atuando no desenvolvimento simultâneo de habilidades em diversas áreas, geralmente indicadas para crianças menores ou pacientes com maior nível de suporte, ou focal, quando se concentra em uma ou duas áreas específicas. Dada a heterogeneidade do fenótipo do TEA, a abordagem requer uma análise detalhada e individualizada^{19,32}.

Nos EUA, existem organizações que se propõem periodicamente a revisar os estudos de maior qualidade sobre a terapêutica do TEA, para tornar público esses resultados e para auxiliar a sociedade a buscar por abordagens cientificamente comprovadas e eficazes. Um desses projetos é o *National Standard Project*, do *National Autism Center vinculado à Maryland University*, com publicações periódicas (2009, 2015), indicando práticas com evidência para o TEA²⁹. Outra iniciativa é a do *Frank Porter Graham Child Development Institute (FPG)*, da *University of North Carolina* em Chapel Hill (UNC-Chapel Hill), baseada em revisão sistemática que descreveu 28 práticas baseadas em evidências no TEA^{33,34}, que são:

1. Intervenção baseada em antecedente
2. Comunicação alternativa e aumentativa
3. Intervenção *Momentum* Comportamental

4. Intervenção cognitivo-comportamental
5. Reforçamento diferencial de alternativo, incompatível ou outros comportamentos
6. Instrução direta
7. Ensino por tentativas discretas
8. Exercício e movimento
9. Extinção
10. Avaliação funcional do comportamento
11. Treino de comunicação funcional
12. Modelação
13. Intervenção mediada por música
14. Intervenção naturalista
15. Intervenção implementada por pais
16. Instrução e intervenção implementada por pares
17. Dicas
18. Reforçamento
19. Interrupção e redirecionamento da resposta
20. Autogerenciamento
21. Integração sensorial
22. Narrativas sociais
23. Treino de habilidades sociais
24. Análise de tarefas
25. Instrução e intervenção assistida por tecnologia
26. Atraso de tempo
27. Videomodelação
28. Suportes visuais

É importante salientar que a maioria das abordagens descritas acima são derivadas ou utilizam técnicas da ciência da Análise do Comportamento Aplicada, sendo, portanto, intervenções focais que podem ser implementadas de maneira isolada (nem todas), mas que normalmente aparecem em currículos abrangentes (isto é, que envolve todas as áreas do desenvolvimento), naquilo que é normalmente chamado de “terapia ABA” ou “intervenção ABA” e nomes correlatos.

Outro fato importante e perceptível é que muitas das "terapias" que circulam usualmente na comunidade de pessoas autistas e suas famílias não têm o mesmo suporte de evidências científicas.

3.2. Frequência e carga horária terapêutica

Um dos grandes desafios que recai sobre o médico diz respeito à prescrição da intensidade, ou seja, da frequência e carga horária da abordagem terapêutica. No Brasil, estabeleceu-se que cabe ao médico do paciente indicar, além do tipo de tratamento, a carga horária de cada intervenção. Esta prática é perfeitamente compreensível em termos de tratamentos medicamentosos. No entanto, em casos de abordagem de estimulação ou reabilitação multi, ou transdisciplinar, essa conduta é claramente contrária aos princípios éticos e à racionalidade.

A exigência de que o médico, com base numa avaliação clínica, seja capaz de determinar a quantidade exata de cada abordagem terapêutica para uma variedade de pacientes, é um erro grave e desrespeito ao bom senso. Ademais, indicar o que cada terapeuta deve fazer, inclusive o tempo de duração do tratamento, é interferir na autonomia e no trabalho de cada profissional, o que leva a questões éticas relevantes.

Como já foi mencionado, a abordagem baseada em ABA requer uma avaliação minuciosa e individualizada do paciente. Após esta avaliação, é elaborado um plano terapêutico personalizado visando estimular as lacunas do desenvolvimento deste indivíduo e prevenir comportamentos inadequados. Da mesma forma, outros profissionais que atuam na abordagem terapêutica do paciente também devem avaliar e elaborar o seu plano terapêutico.

Diante deste importante dilema que o médico está exposto na atualidade, o que recomendamos é que, após o estabelecimento do diagnóstico, o médico pode, baseado na sua experiência clínica, indicar uma carga horária inicial que julgue conveniente para cada paciente individual e, após avaliação da equipe terapêutica e sugestão do plano terapêutico individualizado feito por cada profissional envolvido, é possível “refinar” e adequar o relatório às necessidades indicadas pela avaliação multiprofissional. Desta maneira, é possível, mediante uma boa comunicação e relacionamento com os profissionais envolvidos diretamente com a abordagem terapêutica do paciente, indicar uma intensidade de terapias de maneira adequada e ética. Vale ressaltar que é importante conhecer e estar atualizado sobre as bases da abordagem terapêutica do TEA, para que se possa fazer um bom julgamento sobre a indicação da carga horária e necessidade de cada paciente. Isto é fundamental para se evitar situações de tratamentos com intensidade baixa e inadequada para a demanda do paciente, mas também para conter exageros de cargas horárias exorbitantes que são indicadas sem base científica e sem considerar a necessidade individual de cada caso. Outro ponto importante é lembrar que a intensidade da abordagem é variável com a evolução do paciente, sendo o objetivo natural de todo tratamento a redução gradual, de acordo com a boa evolução do paciente. Portanto,

a avaliação periódica da criança, juntamente com a avaliação dos terapeutas, é importante para se adequar a carga horária ao quadro clínico do paciente. Um exemplo desta conduta se refere ao paciente que, após o diagnóstico e apresentando déficits globais, necessita de abordagem mais intensiva e abrangente, mas que com o passar do tempo e melhora clínica, pode ser necessário que ele precise de uma abordagem mais focal, com ênfase em estímulos para desenvolvimento de habilidades mais específicas.

Um ponto crucial diz respeito ao papel dos pais ou cuidadores responsáveis na jornada terapêutica do paciente. Dada a escassez de equipes terapêuticas adequadamente treinadas, capazes e em número suficiente para atender à crescente demanda, bem como a importância das intervenções nas quais os pais participam ativamente de todo o processo, o treinamento e orientação parental tornaram-se um fator relevante para a melhoria da qualidade e desfecho evolutivo dos pacientes³⁴.

É importante salientar que o acompanhamento periódico do paciente, com reavaliação clínica e análise objetiva dos objetivos alcançados e obstáculos a serem superados, deve fazer parte da rotina do médico que lida com pacientes com TEA. O médico deve se certificar de que a abordagem terapêutica está conforme as evidências científicas, se os procedimentos estão resultando em benefício clínico para o paciente, além de pesquisar ativamente comportamentos problemáticos e/ou comorbidades associadas.

3.3. Terapia medicamentosa

Inicialmente, é importante salientar que não existe tratamento farmacológico específico para os sintomas centrais do TEA de uma forma geral. No entanto, é frequente o uso de medicamentos para aliviar sintomas que podem indicar comorbidades, como a agressividade, a irritabilidade, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), distúrbios do sono, transtorno de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno opositor desafiante (TOD), especialmente quando os sintomas são impeditivos para uma atuação adequada das intervenções não medicamentosas.

Para situações que envolvem agressividade e irritabilidade, há duas medicações antipsicóticas disponíveis, a risperidona, liberada para crianças com mais de cinco anos, e o aripiprazol (liberadas pelo FDA), para crianças acima dos seis anos de vida, embora em várias situações estas podem ser necessárias em crianças mais novas. Outros antipsicóticos podem ser necessários em casos de refratariedade clínica, embora sob uso *off label*.

Contudo, vale ressaltar que é importante avaliar bem a causa e função de eventuais comportamentos interferentes ou disruptivos, pois em sua maioria são decorrentes de falha na comunicação, busca por atenção, esquiva, dentre outros. Esta determinação da função do comportamento interferente pode ser melhor analisada por meio de uma análise funcional, atividade frequente do profissional analista do comportamento. Entender bem essa dinâmica é crucial para indicar a abordagem correta para remissão de comportamentos problemáticos, possivelmente sem a necessidade de uso de medicamentos.

Além dos antipsicóticos, os psicoestimulantes podem ser usados no tratamento do TDAH, quando presente em associação com o TEA. Todavia, a resposta pode não ser tão favorável quanto a dos pacientes com TDAH sem TEA, devido à menor tolerância aos efeitos adversos, insônia, irritabilidade e perda de apetite³⁶. A partir de 2024, passou a ser disponível no Brasil a atomoxetina, como uma alternativa aos psicoestimulantes para o tratamento do TDAH. Esta medicação pode ser particularmente útil para pacientes com TEA que não toleram os efeitos colaterais dos psicoestimulantes³⁷. No entanto, a necessidade da cápsula ser engolida é uma dificuldade em crianças menores.

Outros fármacos podem ser tentados em situações específicas e individuais, como a clonidina, para o tratamento de tiques, agressividade, hiperatividade e distúrbios do sono, e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, para os transtornos de ansiedade, depressão ou TOC, apesar do baixo nível de evidências científicas baseadas em estudos clínicos controlados e randomizados específicos com a população com TEA^{38,39}.

Apesar de haver uma grande variedade de estudos sobre o canabidiol, é importante salientar que a maioria deles é de baixa qualidade, o que resulta na falta de evidências fundamentadas para a recomendação do seu uso, que será discutido logo abaixo.

3.4. Avaliação dos distúrbios do sono

Os indivíduos com TEA apresentam uma taxa desproporcionalmente elevada de distúrbios do sono em relação aos seus pares com desenvolvimento normal, o que está relacionado às características comportamentais específicas do transtorno, bem como a diversos fatores neurobiológicos. Um sono de má qualidade pode causar uma piora comportamental, enquanto os sintomas centrais do TEA interferem negativamente no sono, estabelecendo um ciclo vicioso⁴⁰.

A heterogeneidade dos fatores causais e a variedade das manifestações

clínicas dos distúrbios do sono no TEA são fatores que dificultam a definição do tratamento adequado. A higiene do sono, o reforço positivo de comportamentos adequados, a restrição planejada de sono, a redução de estímulos e os despertares programados, além da terapia cognitivo-comportamental e da educação parental, são algumas das técnicas que podem ser utilizadas e devem ser avaliadas individualmente⁴¹.

Ao considerar o tratamento farmacológico, deve-se ter um diagnóstico preciso do distúrbio do sono e o principal sintoma-alvo a ser alcançado com o uso de medicamentos, além de possíveis comorbidades que possam influenciar a decisão. A melatonina é uma opção viável e de maior evidência, sobretudo em distúrbios do ritmo circadiano, demonstrando redução da latência, aumento da duração e melhoria da eficiência do sono⁴². Apesar de ser eficaz, ela não substitui a avaliação adequada da rotina e da higiene do sono, que são os principais fatores que contribuem para a insônia comportamental, que é um distúrbio bastante comum em crianças com TEA⁵. A evidência para os demais medicamentos é ainda mais escassa e o seu uso deve ser limitado a crianças que não respondem a modificações ambientais e à melatonina.

3.5. Dieta, suplementações e demais intervenções não suportadas por evidências científicas

Diversos métodos e técnicas têm sido propostos e/ou usados no nosso meio para o tratamento do TEA, com destaque para dietas, suplementações de vitaminas e outras intervenções biológicas. No entanto, não há evidências científicas confiáveis que comprovem a eficácia ou a indicação do uso dessas terapias ou abordagens para o tratamento do TEA^{43,44,45}. Entre elas estão:

- Ômega 3
- Vitaminas e suplementos sem haver uma deficiência diagnosticada: piridoxina, B12, vitamina D
- Leuprorrelina
- Dieta sem glúten (na ausência de doença celíaca ou intolerância diagnosticada)
- Dieta sem caseína
- Transplante fecal
- MMS
- Ozonioterapia
- Oxitocina

- Quelantes de metais pesados
- Corticoesteróides
- Imunoglobulina
- Antiparasitários
- Células-tronco
- Óleos essenciais, florais
- Sulforafano
- Son-rise, Padovan, psicanálise
- Oxigenioterapia hiperbárica

O canabidiol ainda é objeto de muita especulação e tem sido investigado em vários estudos, com resultados ora positivos, ora negativos ou inconclusivos, ainda sem a qualidade metodológica necessária para aprovação das agências regulatórias e indicação de prescrição^{46,47,48}. Possivelmente, novos estudos que estão por vir poderão indicar ou não a eficácia do canabidiol e outros derivados da *cannabis* para uso em pacientes com TEA. Indicar uso de canabidiol em indivíduos com TEA deve ser considerado, até o momento, experimental e sem garantia de eficácia, baseado na relação do médico-paciente-família, preferencialmente após assinatura de termo de autorização e consentimento.

Alguns estudos podem demonstrar resultados positivos em pequenas séries de casos, sem grupo controle, com análise subjetiva de resultados, como relatos de observação clínica ou escalas não padronizadas, ou de baixa acurácia e muitas vezes com a presença de THC, o que gera preocupações com o possível aumento de risco de desenvolvimento de psicose aguda.

Nos últimos anos alguns estudos sugeriram a possibilidade terapêutica do ácido folínico, forma bioativa do folato, substância importante para síntese de neurotransmissores, reparação do DNA, sinalização sináptica. Esses estudos apontam que um subgrupo de pacientes com TEA podem apresentar títulos elevados de autoanticorpos contra receptor de folato. Desta maneira, o tratamento com ácido folínico demonstrou melhora clínica utilizando algumas escalas como parâmetro comparador entre os grupos testados^{49,50,51,52}. Os pacientes que apresentavam positividade contra os receptores de folato tiveram resultados mais robustos que os soronegativos. A terapia foi bem tolerada, com poucos efeitos adversos. No entanto, a maioria dos estudos disponíveis até agora foram de fase 2 e nem todos demonstraram resultados positivos consistentes, muito provavelmente pela heterogeneidade do TEA. A prevalência de soropositividade ao receptor de folato é incerta, variando entre 10 e 70% nos diferentes estudos. A disponibilidade comercial

ao teste de dosagem de anticorpos contra receptores de folato é limitada no Brasil. Portanto, há necessidade de mais estudos com maior número de pacientes e com melhor padronização de avaliação dos resultados clínicos para confirmar os possíveis resultados positivos. Desta maneira, não se recomenda de maneira rotineira ácido folínico para pacientes com TEA. Da mesma maneira que o canabidiol, uma possível consideração do uso de ácido folínico para pacientes com TEA deve ser criteriosamente avaliada de acordo com o risco x benefício inerente a cada caso individual e a relação entre o médico, paciente e familiares.

3.6. Abordagens não invasivas e naturalísticas

Estudos com estimulação craniana não invasiva (corrente elétrica contínua, estimulação magnética) mostraram resultados positivos, mas estudos com um maior número de participantes ou revisões sistemáticas ainda são necessárias para confirmar e comprovar esses achados⁵³.

Algumas abordagens naturalísticas baseadas em desenvolvimento e diferenças individuais são muito populares em países como os Estados Unidos e Brasil. O DIR/*Floortime* é uma dessas abordagens que contam com uma série de estudos realizados, incluindo do seu criador, Stanley Greenspan. Essa abordagem tem sido indicada como forma de intervenção naturalística precoce baseada em desenvolvimento em crianças com diagnóstico de transtornos do neurodesenvolvimento, como o autismo. Há alguns estudos que demonstram resultados positivos em crianças neste cenário⁵⁴. No entanto, na ampla revisão realizada pelo FPG^{33,34}, as abordagens naturalísticas listadas acima (item 14) não contam com estudos que implementem o *Floortime*, e sim outras abordagens como JASPER, *Milieu Teaching*, *Pivotal Response Training* e outras duas abordagens implementadas por pais, *Project ImPACT* e *Stepping Stones Triple P*. As três primeiras se baseiam em técnicas da ciência ABA. Possivelmente, os estudos sobre *Floortime* não chegaram a ser analisados ao final da revisão por serem excluídos devido a falhas metodológicas ou por não atingirem critérios suficientes para avançar para a revisão final (veja o desenho do estudo no artigo original³³). Vale ressaltar que a revisão do FPG analisou estudos até 2017. Evidentemente, estudos a partir desta data não foram incluídos e é possível que dados de algum estudo relevante terá futuro reconhecimento das principais revisões sistemáticas e metanálises. Ademais, em um extenso documento publicado pela Academia Americana de Pediatria em 2020, ao analisar o DIR/*Floortime*, os autores citam apenas um estudo duplo cego randomizado que comparou o treino parental realizado pela abordagem com a intervenção

comunitária individual, com resultados positivos no que se refere a maior comportamento social no grupo Floortime, mas não houve diferença significativa relativa a QI e linguagem entre os grupos. A conclusão dos autores foi que é necessário mais estudos bem desenhados sobre as abordagens como o Floortime para melhor avaliação de eficácia e uso na comunidade⁵⁵.

Portanto, diante da importante responsabilidade que a Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil tem com a comunidade científica e a sociedade em geral, coube ao nosso grupo utilizar dados da literatura já consagrados e disponíveis publicamente para análise, para que pudéssemos elaborar um documento baseado restritamente às abordagens que apresentam sólida evidência científica de eficácia. Portanto, os dados do FPG e do NAC foram a base utilizada para a realização deste documento, pois estes são instrumentos já consagrados e respeitados no mundo todo no que se refere a práticas baseadas em evidência para o TEA. Da mesma forma que, há alguns anos, abordagens como integração sensorial e musicoterapia não detinham evidência científica suficiente e agora passaram a compor o grupo de abordagens reconhecidas, é possível que, com o tempo e novos estudos futuros, outras abordagens como equoterapia, neuromodulação, DIR/*Floortime* e canabidiol possam também seguir o mesmo caminho. Porém, até a publicação deste documento, tais abordagens ainda não se consolidaram com suficiente comprovação científica para indicação rotineira na prática clínica. A indicação dessas abordagens deve ser decidida de acordo com a avaliação individual do paciente, a experiência pessoal e conhecimento do médico acerca das opções terapêuticas disponíveis e da possibilidade de acesso ao tratamento.

O surgimento das mídias sociais possibilitou a disseminação de uma grande variedade de informações num curto espaço de tempo, o que fez com que a maioria dos pacientes com TEA usasse ou já tivesse usado alguma terapia alternativa sem eficácia comprovada. A prescrição de um tratamento sem comprovação científica pode causar danos significativos (não apenas financeiros), uma vez que, quando a família decide adotar um tratamento alternativo, muitas vezes abandona o tratamento comprovadamente eficaz.

Devido aos riscos de efeitos colaterais, além de gastos desnecessários, a orientação das famílias com filhos com TEA deve incluir a abordagem sobre risco e benefício dos tratamentos alternativos. É importante salientar que as vacinas não causam nem desencadeiam o TEA e que os pacientes com TEA devem tomar todas as vacinas disponíveis para a faixa etária^{56,57,58}.

Ademais, gostaríamos de salientar dois artigos do Código de Ética Médica: o 1, que trata da responsabilidade profissional, que estabelece que o médico não pode

causar danos ao paciente por sua ação ou omissão, caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência; e o 113, que trata da publicidade médica, que proíbe que o médico apresente, fora do meio científico, processos de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja claramente reconhecido cientificamente por órgão competente⁵⁹. Sempre se deve indicar tratamentos baseados nas práticas científicas reconhecidas e respeitando a legislação vigente.

4. RELATÓRIO MÉDICO

O relatório médico tem sido um tema de grande discussão entre os médicos que lidam com pacientes portadores de TEA, sobretudo devido à crescente demanda de familiares, terapeutas, professores e outros profissionais (por exemplo, advogados) que solicitam mudanças diante das possibilidades de aquisição de direitos e às dificuldades de relacionamento com as Operadoras de Saúde.

Embora cada profissional possua uma metodologia própria de redação dos seus documentos, o nosso grupo decidiu simplificar uma série de questionamentos e aspectos técnicos da saúde complementar, para auxiliar os médicos na elaboração de um relatório ético e responsável.

4.1. Diferenças entre laudo e relatório médico

A Resolução do CFM 2.381/2024, que regulamenta a emissão de documentos médicos, determina que o termo "laudo médico" está relacionado à descrição dos resultados de exames complementares, enquanto o laudo médico-pericial é um documento técnico emitido por um perito oficial para fins processuais⁶⁰.

O relatório médico seria o documento mais adequado, sendo apresentado dois tipos: o primeiro é o circunstanciado emitido pelo médico que atendeu o seu paciente, contendo a data de início do acompanhamento, o resumo do quadro evolutivo, o diagnóstico e a terapia empregada ou indicada. É fornecido ao paciente que esteja em acompanhamento médico regular por, no máximo, seis meses.

O segundo tipo de relatório, o especializado, pode ser emitido para um paciente assistido ou não pelo médico, para fins de perícia. Este documento apresenta um enfoque mais detalhista do que circunstanciado, incluindo resultados de exames complementares e acréscimos da discussão técnica da literatura científica e legislação, quando aplicável⁶⁰. Devido à necessidade de estudo e pesquisa, o CFM reserva o direito de cobrança de honorários pelo médico quando estiver em serviço privado, para a elaboração deste relatório especializado.

4.2. Indicação da carga horária e modelo terapêutico

No âmbito da Saúde Suplementar, a Resolução Normativa (RN) nº 469/2021 da ANS, que trata do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, determina cobertura obrigatória em número ilimitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para o tratamento/manejo do paciente com TEA⁶¹, enquanto a RN nº 541/2022 reserva o fim do limite de consultas e sessões com os profissionais já citados e fisioterapeutas, passa a ser válido para pacientes com qualquer diagnóstico, de acordo com a indicação do médico assistente⁶².

A respeito da técnica ou ciência a ser empregada nas intervenções, a RN nº 539/2022 estabelece que a operadora deve fornecer assistência por um prestador capaz de aplicar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente⁶³. De acordo com o Parecer Técnico no 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022 da ANS, não havendo indicação do método ou técnica pelo médico assistente, cabe ao terapeuta definir, de acordo com a sua preferência, aprendizado, segurança e capacidade profissional⁶⁴.

Dessa maneira, é possível prescrever a intensidade e o método ou formação específica que considerar adequado para o caso, caso sejam técnicas ou ciências que apresentem abordagens cientificamente comprovadas e eficazes. Já discutimos a importância do planejamento terapêutico em conjunto com a equipe multi ou transdisciplinar, enfatizando a individualização do tratamento, pois nem todos necessitarão de uma elevada carga horária ou de todo o "pacote de terapias" que, muitas vezes, são impostos aos familiares e que nem sempre atende às necessidades individuais de todos os pacientes.

Outra questão pertinente que gera dúvidas é sobre cargas horárias intensivas. Como disposto neste documento, sabemos que em um quadro clínico caracterizado como espectro, haverá casos que necessitarão de carga horária baixa e outros que irão precisar de abordagens muito intensivas e abrangentes. Desta maneira, vale ressaltar que situações particulares e específicas podem ocorrer. Uma criança pequena com recém diagnóstico pode apresentar um atraso tão importante e ausência de pré-requisitos básicos para estabelecimento de interações sociais, que a introdução escolar certamente não trará benefícios e poderá até acarretar mais sofrimento. Em situações assim, pode ser importante iniciar a abordagem terapêutica intensiva com a criança e, após melhora progressiva das habilidades básicas como imitação, seguimento de instrução, melhora da comunicação, a escola passa a ser um ambiente altamente recomendável para a estimulação global da criança, mesmo que com adaptações.

Outra situação que nos deparamos na prática são indivíduos com nível de suporte 3 (ou autismo profundo), não verbais, com auto e heterolesivo, transtorno do desenvolvimento intelectual, completamente dependente para atividades da vida diária, cuja tentativa de adaptação ao ambiente escolar não tem sido exitosa, apesar de todas as adaptações, suporte terapêutico e tratamento medicamentoso. Manter estes indivíduos forçadamente no ambiente escolar sob pretexto de uma “inclusão” não parece razoável. Em casos assim, a avaliação médica, da equipe terapêutica e da família é fundamental para se encontrar alternativas que tragam mais conforto, segurança e eficácia na abordagem terapêutica e escolar do paciente. Escolas especiais são uma opção nesses casos, embora no Brasil haja uma carência destes estabelecimentos, que ainda por cima lutam com a falta de recursos e apoio para funcionamento. Há ainda modelos de clínica-escola, algumas já em implementação no Brasil. Algumas clínicas de intervenção também oferecem estrutura para que o indivíduo possa permanecer o dia inteiro sob orientação e intervenção. Nesses casos extremamente delicados e especiais, a carga horária de intervenção pode chegar à indicação de até 40 horas semanais (estimulação exclusiva em ambiente terapêutico).

4.3. Procedimentos que não apresentam cobertura obrigatória

O Parecer Técnico nº 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 disserta sobre as abordagens, técnicas e métodos utilizados no tratamento dos transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o TEA. Em síntese, ele reafirma todas as resoluções anteriormente citadas, mas ressalta que a cobertura do atendimento está condicionada às seguintes condições⁶⁵.

- Prescrição do médico assistente;
- Execução em estabelecimento de saúde ou por meio de telessaúde, conforme a legislação vigente;
- Execução de procedimentos que estejam cobertos pelo Rol (consultas ou sessões com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou outros);
- Execução por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação dos seus respectivos conselhos profissionais.

No entanto, é importante salientar que procedimentos realizados fora desses critérios estão excluídos da cobertura obrigatória pelas operadoras, que inclui:

- atendimentos em domicílio, escola e outros ambientes que não são estabelecimentos de saúde;

- Atendimentos realizados por profissionais que não são da área da saúde;
- Procedimentos que requerem uma infraestrutura de grande porte e não se encaixam nos procedimentos que poderiam ser oferecidos em consultórios ou ambientes ambulatoriais convencionais, como equoterapia e hidroterapia.

O ponto central do roteiro regulatório apresentado é a ausência de cobertura para o acompanhante terapêutico nos ambientes sociais da criança. É importante salientar que a indicação deste modelo de tratamento dependerá das necessidades individuais do paciente, sendo que a atuação do acompanhante estará sujeita à orientação e ao acompanhamento do supervisor. Além disso, não há uma regulamentação de âmbito nacional sobre os critérios para supervisão e acompanhante terapêutico, o que deve ser objeto de discussão para a melhoria da assistência e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança.

Como é possível constatar com tudo que foi exposto, há uma grande complexidade envolvida em todas as questões que envolvem indicação e carga horária terapêutica, o que é amparado ou não pela legislação vigente, o papel do plano de saúde e da escola. Desta maneira, sabemos que a intervenção, além de ser realizada em ambiente clínico estruturado, a depender da evolução e necessidade de cada caso, deve também incluir ambientes naturais que a criança frequenta, como escola, domicílio, dentre outras. Diante da variabilidade clínica decorrente da noção de espectro no autismo, haverá casos em que será necessário um auxiliar ou assistente terapêutico na escola para estimular e ajudar o indivíduo nas atividades pertinentes a este ambiente, como haverá casos em que apenas medidas de pequenas adaptações serão necessárias. Evidentemente, a qualidade deste profissional é fundamental para um bom aproveitamento do aluno em ambiente escolar, aproveitando os diversos momentos de aprendizado e de relações sociais possíveis neste rico ambiente. Portanto, é recomendável que, quando possível, o assistente ou auxiliar de escola deve fazer parte da equipe terapêutica da criança. No entanto, atualmente pela legislação vigente, cabe a escola o fornecimento do profissional que irá acompanhar a criança no período escolar. Ademais, não há ainda regulamentação sobre a formação profissional deste acompanhante. O que a SBNI recomenda é que a escola permita que esse profissional que irá acompanhar a criança possa receber orientações da equipe terapêutica e que escola, equipe terapêutica e família trabalhem em parceria para ofertar todos os recursos disponíveis para o desenvolvimento pleno indivíduo com TEA.

4.4. Sugestões para a elaboração de um relatório

O relatório médico, independentemente se circunstanciado ou especializado, deverá seguir a seguinte estrutura:

- Dados do Paciente (nome e CPF) e do Médico (nome, CRM/UF e RQE, quando houver);
- Dados de contato profissional (endereço, telefone e/ou e-mail);
- Histórico Clínico (desde quando a criança ou adolescente faz acompanhamento; quais os tratamentos ou terapias foram indicados);
- Diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- Relatar as dificuldades e impedimentos clínicos e sociais relacionadas ao quadro da criança;
- Descrição do tratamento indicado ou instituído (intervenções e/ou medicamentos).

Novamente, não é necessário mencionar o nível de suporte. Se considerar relevante, é recomendável empregar termos que demonstrem de forma clara que o nível de suporte ou apoio está relacionado àquele momento, especialmente em crianças pequenas ou recém-diagnosticadas. A descrição de como o transtorno afeta a vida do paciente é mais importante do que a classificação.

Alguns tópicos podem ser incluídos no relatório, tais como os resultados de exames complementares realizados, os dados das avaliações multi ou transdisciplinares, bem como a discussão técnica ou legislação aplicável, mas não são obrigatórios, especialmente na estruturação do relatório médico circunstanciado, que deve ser analisado de forma individual por cada médico.

Quanto à possibilidade de mudança da intensidade das intervenções conforme a evolução do paciente, consideramos importante descrever que a carga horária poderá ser modificada periodicamente conforme a evolução do paciente, como também pelos membros que realizam a assistência terapêutica daquela criança.

Uma questão bastante controversa é a pressão que alguns médicos sofrem para descrever "urgência" no início das terapias nos relatórios. A Resolução CFM 1451/95 define urgência como a ocorrência inesperada de um problema de saúde, com ou sem risco potencial de vida, que requer assistência médica imediata⁶². Dessa forma, o TEA não é uma emergência médica e, portanto, a definição deste termo é inadequada, apesar de considerarmos primordial o início precoce das intervenções conforme já foi mencionado anteriormente.

Por fim, mencionamos que existe um projeto de Lei (PL 3749/2020) que, até a publicação deste documento, tramita na Câmara dos Deputados, que determina a

validade indeterminada de laudo que ateste o transtorno do espectro autista. Contudo, algumas Unidades Federativas já possuem legislação própria, sendo assim, o relatório médico pericial deve ter validade indeterminada nestes locais.

CONFLITO DE INTERESSES:

Nenhum dos autores apresenta conflito de interesses para elaboração deste documento.

AGRADECIMENTOS:

Agradecemos à diretoria da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (2024-2025), pelo apoio e incentivo para elaboração deste documento. Também agradecemos a Lucelmo Lacerda, atualmente pesquisador visitante da Universidade da Carolina do Norte, pela contribuição de revisão da seção relacionada à sua área de expertise.

REFERÊNCIAS:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. McGuire K, Fung LK, Hagopian L et al. Irritability and problem behavior in autism spectrum disorder: A practice pathway for pediatric primary care. *Pediatrics* 2016;137(S2): e20152851L.
3. Mayes SD, Calhoun SL, Murray MJ et al. Anxiety, depression, and irritability in children with autism relative to their neuropsychiatric disorders and typical development. *Rev Autism Spectr Disord* 2011;5:474-85.
4. Elder JH, Kreider CM, Brasher SN, Ansell M. Clinical impact of early diagnosis of autism on the and prognosis and parent-child relationship. *Psychol Res Behav Manag* 2017;10:283-92.
5. Buckley AW, Hirtz D, Oskoui M et al. Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2020;12.
6. Pierce K, Gazestani VH, Bacon E et al. Evaluation of the diagnostic stability of the early autism spectrum disorder phenotype in the general population starting at 12 months. *JAMA Ped* 2019;173:578-87.
7. Frye RE, Vassall S, Kaur G et al. Emerging biomarkers in autism spectrum disorder: a systematic review. *Ann Transl Med* 2019;7:792.
8. Jones W, Klin A. Attention to eyes is present but in decline in 2-6 month-olds later diagnosed with autism. *Nature* 2013;19:427-31.
9. Moore A, Wosniak M, Yousef A et al. The geometric preference subtype in ASD: identifying a consistent, early-emerging phenomenon through eye tracking. *Mol Autism* 2018;9:19
10. Jones W, Klaiman C, Richardson S et al. Development and replication of objective measurements of social visual engagement to aid in early diagnosis and assessment of autism. *Jama Netw Open* 2023 (9):e2330145.
11. Jones W, Kaiman C, Richardson S, et al. Eye-Tracking-Based measurement of social visual engagement compared with expert clinical diagnosis of autism. *JAMA* 2024;330:854-65.
12. Sacco, R., Gabriele, S., & Persico, A. M. (2015). Head circumference and brain size in autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 234(2), 239-251. Montenegro MA, Celeri EHRVB, Casella EB. Transtorno do Espectro Autista: Manual Pratico de

- Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Thieme-Revinter; 2018.
13. Stringer D, Kent R, Briskman J et al. Trajectories of emotional and behavioral problems from childhood to early adult life. *Autism* 2020; 24:1011-24.
 14. Hollocks MJ, Meiser-Stedman R,, Kent R et al. The association of adverse life events and parental mental health with emotional and behavioral outcomes in young adults with autism spectrum disorder. *Autism Res* 2021;14:1724-35.
 15. Heffler KF, Sienko DM, Subedi K et al. Association of early-life social and digital media experiences with development of autism spectrum disorder-like symptoms. *JAMA Ped* 2020
 16. Alrahili N, Almarshad NA, Alturki RY et al. The association between screen time exposure and autism spectrum disorder-like symptoms in children. *Cureus* 2021;13
 17. Robins D, Fein D, Barton M, Resegue RM (Trad. Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses, Revisado, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-F/F)TM [Internet]. 2009 Available from: <http://www.mchatscreen.com>
 18. Hyman SL, Levy SE, Myers SM, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* 2020;45:e20193447
 19. Becker MM, Wagner MB, Bosa CA et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2012;70:185-90.
 20. Marteleto MRF, Pedromônico MRM. Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. *Braz J Psychiatry* 2005;27:295-301.
 21. Pereira A, Riesgo RS, Wagner MB. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:487-94.
 22. Pacífico MC, de Paula CS, Namur VS et al. Preliminary evidence of the validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. *Trends Psychiatry Psychother* 2009;41:218-26.
 23. Losapio, M. F., Siquara, G. M., Lampreia, C., Lázaro, C. P., & Pondé, M. P. (2022). Translation into Brazilian Portuguese and validation of the M-CHAT-R/F scale for early screening of autism spectrum disorder. *Revista Paulista de Pediatria*, 41, e2021262.
 24. Caglayan A. Genetic causes of syndromic and non-syndromic autism. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010; 52(2):130-8.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Edição 40, seção 1, página 115, Brasília, 2 de março de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>
26. Steinbrenner JR, Hume K, Odom SL, et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism (2020). The University of North Carolina at Chapel Hill, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.
27. Schoen SA, Lane SJ, Mailloux Z et al. A systematic review of Ayres sensory integration intervention for children with autism. *Autism Res* 2019;12:6-19.
28. National Autism Center. Findings and conclusions: National standards project, phase 2 2015
29. Brinster MI, Brukilacchio BH, Fikki-Urbanovsky A, Shahidullah JD, Ravenscroft S. Improving Efficiency and Equity in Early Autism Evaluations: The (S)TAAR Model. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(1):275-284.
30. Leaf JB, Leaf JA, Milne C, et al. An evaluation of a behaviorally based social skills group for individuals diagnosed with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(2):243–259
31. Dimler ML, Sandberg EH. Análise Comportamental Aplicada. In: Sandberg EH, Spritz BL E. H. e SPRITZ, B. L. Breve guia para tratamento do autismo. 1 ed. São Paulo: M. Books do Brasil, 2017. v.1, cap.3, p.174.
32. Wong C et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: a comprehensive review. *Journal of Autism and Dev Dis* 2015;45.
33. Liberalesso P, Lacerda L. Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências. 1ª Edição 2020.
34. Akhani A, Dehghani M, Gharraee B, et al. Parent training intervention for autism symptoms, functional emotional development, and parental stress in children with autism disorder: a randomized clinical trial. *Asian J Psychiatr* 2021;62:102735.
35. Kim SJ, Shonka S, French WP et al. Dose-Response Effects of Long-Acting Liquid Methylphenidate in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD): A Pilot Study. *J Autism Dev Disord* 2017;47:2307-13.
36. Arnold LE, Aman MG, Cook AM et al. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1196-205.
37. Schiltz HK, McVey AJ, Lord C. Anxiety Disorders in Autistic People: A Narrative

- Review. *Psychiatr Clin North Am*. 2024;47(4):753-73.
38. Banas K, Sawchuk B. Clonidine as a Treatment of Behavioural Disturbances in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(2):110-20.
 39. Bangerter A, Chatterjee M, Manyakov NV et al. Relationship Between Sleep and Behavior in Autism Spectrum Disorder: Exploring the Impact of Sleep Variability. *Front Neurosci*. 2020;14:2-13.
 40. Cuomo BM, Vaz S, Lee EAL et al. Effectiveness of Sleep-Based Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Synthesis. *Pharmacotherapy*. 2017;37(5):555-78.
 41. Nogueira HA, de Castro CT, da Silva DCG et al. Melatonin for sleep disorders in people with autism: Systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2023;123:110695.
 42. James S, Montgomery P, Williams K. Omega-3 fatty acids supplementation for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11:CD007992.
 43. Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Chil Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015;24:117-43.
 44. Sathe N, Andrews JC, McPheeters ML, Warren ZE. Nutritional and Dietary Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics* 2017;13:e2017346.
 45. Holdman R, Vigil D, Robinson K et al. Safety and efficacy of medical cannabis in autism spectrum disorder compared with commonly used medications. *Cannabis Cannabinoid Res* 2022;7:451-63.
 46. Kirkland A, Fadus MC, Gruber SA et al. A scoping review of the use of cannabidiol in psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2022;308:1143-47.
 47. Aran A, Rand DC. Cannabinoid treatment for the symptoms of autism spectrum disorder. *Expert Opin Emerg Drugs* 2024;29:65-79.
 48. Frye RE, Rossignol DA, Scahill L et al. Treatment of folate metabolism abnormalities in autism spectrum disorder. *Semin Pediatr Neurol* 2020;35:100835.
 49. Bobrowski-Khoury N, Ramaekers VT, Sequeira JM et al. Folate receptor alpha autoantibodies in autism spectrum disorders: diagnosis, treatment and prevention. *J Pers Med* 2021;11:710.
 50. Frye RE, McCarty PJ, Werner BA et al. Binding folate receptor alpha autoantibodies is a biomarker for leucovorin treatment response in autism spectrum disorder. *J Per Med* 2024;14:62.

51. Zhou J, Liu A, He F et al. High prevalence of serum folate receptor autoantibodies in children with autism spectrum disorders. *Biomarkers* 2018;23:622-24.
52. Oberman LM, Francis SM, Lisanby SH. The use of noninvasive brain stimulation techniques in autism spectrum disorder. *Autism Res* 2024;17:17-26.
53. Madsen K, Hviid A, Vestergaard M et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine* 2002;347:1477-82.
54. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ et al. Home-based DIR/Floortime intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: preliminary findings. *Phys Occup Ther Pediatr* 2014;34:356-67.
55. Hyman SL, Levy SE, Myers SM et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020;145:e20193447.
56. Glickman G, Harrison E, Dobkins K. Vaccination rates among younger siblings of children with autism. *N Engl J Med* 2017;377:1099-101.
57. Hviid A, Hansen JV, Frisch M et al. Measles, Mumps, Rubella vaccination and autism: a nationwide cohort study. *Ann Int Med* 2019;170:513-2.
58. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM; 2019.
59. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.381, de 20 de junho de 2024. Normatiza a emissão de documentos médicos e dá outras providências. Brasília, DF: CFM, 2024. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381>
60. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 469, de 09 de julho de 2021. Edição 129, seção 1, página 81, Brasília, 12 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-469-de-9-de-julho-de-2021-331309190>
61. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 541, de 12 de julho de 2022. Edição 131, seção 1, página 179, Brasília, 13 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rn-n-541-de-11-de-julho-de-2022-414771275>
62. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 539, de 23 de junho de 2022. Edição 118, seção 1, página 93, Brasília, 24 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI1Ng==>

63. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parecer Técnico N° 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022. 39, Brasil, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-daans/2020/parecer_tecnico_no_39_2021_terapias_e_metodos_-_transtorno_do_espectro_autista_rn539.pdf
64. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parecer Técnico N° 39/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024. 39, Brasil, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-39_2024_terapias-e-metodos-transtorno-do-espectro-autista_rn-539-2022_rn-541-2022.pdf
65. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência e emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. Brasília, DF: CFM, 1995. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>