



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº488/2022

Vitória, 11 de Abril de 2022.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 1º Vara da Infância e Juventude de Linhares - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Gideon Drescher, sobre o procedimento: **“Tratamento fonoaudiológico pela terapia ABA e monitor escolar.”**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, de 3 anos, possui transtorno do espectro autista com atraso do desenvolvimento neurológico, com alterações de linguagem, comportamentais e dificuldade de interação social. Está em tratamento fonoaudiológico no município, contudo não vincula com a profissional, não mantém contato visual e não possui linguagem oral, neste sentido foi indicada a fonoaudiologia com enfoque terapia ABA 2vezes/semana pela profissional. Além disso a neurologista assistente prescreve além da terapia ABA, o acompanhamento com monitor em ambiente escolar. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.
2. Às fls. 11439846 - Pág. 1 , consta relatório médico para judicialização do acesso à saúde emitido em 11/01/2022 pela Dra. Sâmia T. Ferreira CRMES 15435, informando



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

- que a paciente apresenta importante atraso de linguagem, dificuldade de interação social e estereotípias e diagnóstico de autismo. Solicita tratamento fonoaudiológico intensivo, terapia aplicada a comportamento(ABA)
3. Às fls. 11439846 - Pág. 3, laudo médico emitido em 21/12/2021 pelo neurologista Dr. Fábio Paton Furieri, informando que a Requerente encontra-se em acompanhamento médico e apresenta importante atraso na fala necessitando tratamento fonoaudiológico intensivo.
 4. Às fls. 11439846 - Pág. 4, laudo médico emitido em 17/05/2021 pela neurologista Dra. Amanda Canal Rigotti CRMES 13762, informando que a paciente apresenta quadro compatível com transtorno do espectro autista e necessita de fonoaudiólogo, Terapia Aplicada a comportamento (ABA) e monitor em ambiente escolar.
 5. Às fls. 11439846 - Pág. 5, laudo da fonoaudióloga Larissa Melo Marândola de Oliveira, informando que a criança não vincula com a terapeuta, não mantém contato visual e não possui linguagem oral de acordo com a idade cronológica, além de apresentar alterações comportamentais significativas. Relata que a mesma necessita de uma conduta através da terapia ABA, que não está disponível na unidade de saúde onde a mesma é atendida.
 6. Em anexo identificamos nota técnica emitida pela equipe de demandas judiciais em Saúde da SESA, que conclui que não há evidências científicas comprovando a eficácia e a superioridade do método ABA em relação a terapia convencional, e que caso o médico que acompanha a criança julgue necessária a referida terapia é necessário que preencha a justificativa de acordo com a lei orgânica vigente. Sugere que a paciente se apresente em uma Unidade de Saúde próxima a sua residência, munido de laudos médicos que indiquem o tratamento a ser fornecido em especial o receituário com indicação de psicoterapia para que seja efetuado o agendamento que deve ser realizado pelo município. Ainda destaca que o monitor escolar é de competência da secretaria municipal de educação.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

II- ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

- 1. A Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- 2. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

- 3. A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. O **autismo** é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica. Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo (anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas constitucionais inatos, predeterminados biologicamente). Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes, mas as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes.
2. O conceito do Autismo Infantil (AI), portanto, se modificou desde sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou Invasivos) do Desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o Autismo; a Síndrome de Asperger; e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação. A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. Há uma necessidade crescente de possibilitar a identificação precoce desse quadro clínico para que crianças com Transtorno do espectro autista (TEA) possam ter acesso a ações e programas de intervenção o quanto antes. Sabe-se que manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os três anos de idade da criança, fator que favorece o diagnóstico precoce.

3. O diagnóstico do TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores, o que torna o uso de escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados uma necessidade. Nesse sentido, não deve prescindir da participação do médico especialista (psiquiatra e/ou neurologista), acompanhado de equipe interdisciplinar capacitada para reconhecer clinicamente tais transtornos. A equipe deverá contar com, no mínimo: médico **psiquiatra ou neurologista**, **psicólogo** e **fonoaudiólogo**. Cada profissional, dentro de sua área, fará sua observação clínica.
4. Embora os primeiros sinais de transtornos do espectro do autismo se manifestem antes dos 3 anos, é a partir dessa idade que um diagnóstico seguro e preciso pode ser feito, pois os riscos de uma identificação equivocada (o chamado “falso-positivo”) são menores. Na 10^a edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde (CID-10/OMS), e na 4^a edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – APA), o grupo dos “Transtornos Invasivos (ou Globais) do Desenvolvimento” incluem as seguintes categorias diagnósticas:
 - a) Autismo infantil: é mais prevalente em meninos (quatro meninos/uma menina) e sempre se instala antes dos 3 anos de idade. Os critérios diagnósticos atuais incluem prejuízos persistentes em três áreas, apresentadas a seguir:
 - Interação social recíproca: a criança pode evitar contato visual, recusar contato físico, praticamente não demonstrar iniciativa para se aproximar de outras pessoas e compartilhar com elas os seus interesses, manter-se isolada em situações sociais,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

não atender quando chamada pelo nome. Não é incomum que a criança apresente vínculo específico e exagerado com uma pessoa (um dos pais, uma babá ou um irmão, por exemplo), tendo dificuldades para se afastar dela. Algumas pessoas um pouco mais velhas com autismo podem demonstrar interesse por contatos, mas não entendem as regras que regem o jogo social, mostrando-se inadequadas e não percebendo as necessidades ou o sofrimento do outro. Outras vezes, a aproximação de outras pessoas é considerada por elas um “instrumental”, que utilizam uma parte do outro (a mão e o braço, geralmente) para conseguir um objeto ou para que possam ser levadas ao lugar que desejam.

- Comunicação verbal e não verbal: os usos da linguagem e de expressões faciais ou gestos objetivando a comunicação, assim como as habilidades de imitação, estão ausentes, seriamente prejudicados ou são inadequados e idiossincráticos. O surgimento da fala pode estar atrasado e boa parte das crianças não chega a desenvolver fala funcional, pronunciando ou balbuciando algumas poucas palavras. Quando a fala não aparece até os cinco anos, é menos provável que isso venha a ocorrer mais tarde. Aquelas que falam costumam não usar a primeira pessoa (“eu”), referindo-se a si mesmas na terceira pessoa. A entonação e o ritmo da fala podem ser estranhos ou monótonos. Ecolalia é comum, assim como a repetição estereotipada de frases fora do contexto, como diálogos de desenhos animados ou comerciais de TV. Há dificuldade na generalização de conceitos abstratos, que só serão usados na situação em que foram aprendidos. Da mesma forma, lhes é difícil entender o duplo sentido, o humor ou a ironia e, nos casos mais graves, a simples compreensão de ordens ou solicitações é prejudicada.
- Repertório de interesses e atividades: é restrito e estereotipado. Os jogos de faz-de-conta e as brincadeiras de imitação estão comumente ausentes. O foco de interesse da criança pode estar exageradamente ligado a um objeto ou a uma atividade específica. Pode haver apego e manipulação do objeto selecionado, que nem sempre é um brinquedo e não parece ser usado simbolicamente. Há preocupação com a manutenção de rotinas, rituais e ordenação de brinquedos ou outros objetos,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

surgindo angústia se algo se modifica. Nas crianças mais graves, podem existir vocalizações e movimentos corporais repetitivos (por exemplo, balançar o tronco ou a cabeça, girar o corpo, bater palmas). Os movimentos de alguns objetos, especialmente os que são contínuos e previsíveis (como o girar de um ventilador ou das rodas de um carrinho ou o fluxo de água de uma torneira), exercem uma grande atração sobre essas crianças, que podem passar longos períodos absorvidas em sua observação.

b) Síndrome de Asperger: é considerada o polo mais leve do espectro do autismo. Esta síndrome – cujo nome homenageia a descrição feita por Hans Asperger em 1944 – engloba crianças com características autistas, exceto quanto à linguagem, que está presente, acompanhada por um bom nível cognitivo. As crianças com a síndrome costumam falar de modo pedante ou com “inflexão de adulto”, podendo usar palavras rebuscadas ou neologismos e perseverar em assuntos específicos e idiossincráticos sem perceber se o interlocutor está interessado em escutá-las. Por não entenderem as sutilezas subentendidas na comunicação, elas têm pouco senso de humor ou interpretação literal do que escutam. São desajeitadas no contato social, faltando-lhes empatia, o que as leva a preferir atividades isoladas. Porém, podem apresentar apego e interesse por algumas figuras (geralmente familiares). Seu repertório limitado de atividades pode fazê-las se tornar “especialistas” em algum tema (como informática, história ou astronomia), demonstrar “memória prodigiosa” em relação a assuntos restritos (calendários, listas telefônicas etc.) ou levá-las a colecionar objetos. Estereotípias motoras são menos comuns. A Síndrome de Asperger sempre foi considerada menos comum do que o autismo típico, mas nos últimos anos tem havido popularização desse diagnóstico, com identificação cada vez maior de indivíduos antes considerados apenas “estranhos”, que demonstram evitação social e, às vezes, alguma habilidade específica bem desenvolvida. Esse aumento na visibilidade da síndrome tem provocado efeitos diferentes; entre eles, a organização dos portadores adolescentes ou adultos, que se autodenominam “Aspies”, demandando que não sejam tomados como portadores de uma patologia, mas sim de uma organização mental e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

cerebral diferente.

c) Transtorno desintegrativo: este quadro representa uma exceção à regra de que no autismo sempre há alguns sinais antes dos 3 anos de idade, pois aqui há o desenvolvimento normal da criança até 2 ou mesmo 6 anos de idade, seguido de perda definitiva e rápida, no decorrer de alguns meses, das habilidades já adquiridas da fala, da brincadeira, da interação social e da autonomia, associada a maneirismos e estereotípias motoras, podendo haver perda no controle da urina e das fezes. O resultado final é um misto de quadro autista e retardo mental.

d) Autismo atípico: este diagnóstico é reservado para aqueles indivíduos portadores do espectro do autismo nos quais não é possível demonstrar a presença de prejuízos em todas as três áreas destacadas no diagnóstico de autismo (interação social recíproca, comunicação verbal e não verbal e repertório de interesses e atividades) e/ou quando o início do quadro ocorre após os 3 anos de idade. Muitas vezes se refere a pessoas com retardo mental significativo e que também apresentam aspectos autistas. No DSM-IV é nomeado de transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação.

e) Síndrome de Rett: esta síndrome tem causalidade genética definida (mutação no gene MECP2, localizado no cromossomo X) e hoje é estudada de forma melhor como categoria específica, fora do espectro do autismo, embora próxima a ele. Nesse quadro, que praticamente só atinge meninas – e cujo nome homenageia o médico austríaco Andreas Rett –, há desenvolvimento normal, que pode ir de 7 a 24 meses, seguido de perda dos movimentos voluntários das mãos, estereotípias manuais (a mais típica é o movimento repetitivo de “lavagem de mãos”, com os braços flexionados e as mãos se esfregando na altura do tórax), risos não provocados, hiperventilação e desaceleração do crescimento do crânio.

5. Vale ressaltar que a tendência atual é a de que essa visão categorial, que enxerga os diversos quadros de autismo como entidades nosológicas mais ou menos independentes entre si, seja substituída pela noção dimensional de espectro do autismo, que entende as variações do transtorno do espectro do autismo como pontos



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

distintos de um mesmo “*continuum psicopatológico*” – com a exceção da síndrome de Rett.

DO TRATAMENTO

1. Após o diagnóstico, um dos objetivos fundamentais do atendimento aos indivíduos com TEA é o de habilitá-lo para participar de modo ativo e independente nas atividades que lhe são apresentadas. Para isso, ganham destaque as ações de habilitação e reabilitação coordenadas por equipe multiprofissional, incluindo intervenções educativas e comportamentais direcionadas aos sintomas nucleares do TEA (ex: dificuldades sociais, de comunicação e de interesses). Temos também nas terapias “ABA” (do termo em inglês Applied Behavior Analysis e pode ser traduzido para o português como Análise do Comportamento Aplicada) e “Floortime,” duas das abordagens educacionais mais comumente utilizadas para crianças com TEA, os provedores trabalham passo a passo com a criança para desenvolver habilidades de linguagem, sociais e de brincar. A maioria dos professores e terapeutas treinados utilizam uma combinação da abordagem bastante estruturada da ABA e dos métodos interativos, de brincar, e altamente afetivos Floortime.
2. Todo projeto terapêutico singular para a pessoa com transtorno do espectro do autismo precisa ser construído com a família e a própria pessoa. Deve envolver uma equipe multiprofissional e estar aberto às proposições que venham a melhorar sua qualidade de vida.
3. Em síntese, os objetivos de tratamento do indivíduo com TEA visam ampliar os ganhos funcionais, auxiliar a busca pela independência e melhorar a qualidade de vida. Para tanto, uma equipe multidisciplinar deve arcar com variadas estratégias, sobretudo, baseadas em intervenções não farmacológicas.
4. Concomitante, encontra-se a farmacoterapia, como o uso de antipsicóticos, que, apesar de não ser parte do objetivo central do tratamento por não produzirem melhoras nas



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

características centrais do TEA, podem alcançar um balanço favorável sobre o controle de determinados sintomas acessórios do autismo em alguns pacientes (ex: agitação, agressividade e irritabilidade).

5. Nos quadros do espectro do autismo, cabe à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência desenvolver estratégias terapêuticas de modo acolhedor e humanizado, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Tais ações são direcionadas por meio de processos de habilitação e reabilitação focados nas dimensões cognitivas e de linguagem oral, escrita e não verbal, na condição de vetores básicos à circulação e à pertença social dos indivíduos.
6. As ações de habilitação e reabilitação do Centros Especializados de Reabilitação (CER) e dos Serviços Habilitados na Rede SUS (diagnóstico, tratamento e acompanhamento), serão desenvolvidas por equipe multiprofissional, que contará com profissionais das seguintes áreas da Saúde: Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Enfermagem.

DO PLEITO

1. **Tratamento fonoaudiológico intensivo pela terapia ABA e monitor escolar.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente, de 03 anos, foi diagnosticada com transtorno do espectro autista, com importante atraso no desenvolvimento de linguagem, dificuldade de interação social e estereotípias. Foi solicitado tratamento fonoaudiológico intensivo, terapia ABA além de monitor escolar pela médica especialista (neurologista) desde maio de 2021.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

2. Sabe-se que a resposta terapêutica ao tratamento multiprofissional, está na dependência da idade em que a criança inicia o tratamento, do funcionamento cognitivo superior, horas de tratamento, gravidade do diagnóstico, habilidade de linguagem dos pacientes. O tratamento do paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) necessita de intervenções comportamentais e educacionais para a melhoria do prognóstico e que os objetivos do tratamento visam ampliar os ganhos funcionais, auxiliar a busca pela independência e melhorar a qualidade de vida. Para isso, ganham destaque as ações de habilitação e reabilitação coordenadas por equipe multiprofissional. É importante que se possa contar com uma equipe de, no mínimo, psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo/psicopedagogo e fonoaudiólogo, segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) do Ministério da Saúde.
3. No caso em tela, não identificamos os relatos de quais os tratamentos realizados pela Requerente, se está em acompanhamento com outros profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta , dentre outros. O que verificamos é que a mesma realiza acompanhamento somente com fonoaudiólogo, segundo a Inicial por período de 2 vezes/semana.
4. **Concluimos que a técnica ABA é uma opção de tratamento do TEA, mas poderá ser substituída por outra metodologia que estiver disponível no Município, desde que o tratamento seja multiprofissional e de forma intensiva (ou seja, diária), visto que não há evidência suficiente para corroborar a preponderância da ABA sobre outras alternativas.**
5. Este Núcleo entende que **são disponibilizados no SUS** tratamentos multidisciplinares para o seguimento do paciente com transtorno do espectro autista, assim como nas APAE's, incluindo o tratamento com fonoaudióloga. Em conclusão, **este NAT sugere que o Município defina com a equipe de saúde multiprofissional um plano de intervenção junto ao paciente que atenda às necessidades da mesma.**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

6. Vale lembrar que para obter êxito no tratamento, o mesmo deve ser **intensivo**, bem como é necessário que os profissionais tenham experiência e conhecimento sobre o autismo e, principalmente, habilidade de trabalhar em equipe e com a família. É imprescindível também a participação efetiva da família, com manutenção de atividades prescritas para serem realizadas em casa.
7. Em relação ao apoio escolar, este Núcleo entende que todo paciente com Deficiência Intelectual necessita de um planejamento pedagógico individualizado com estratégias que visem melhorar sua qualidade de vida, autonomia, independência e diminuir os problemas de comportamento através do ensino de novas habilidades, porém **isso não significa um cuidador individualizado e/ou professor de apoio para cada criança com autismo**. Cabe à equipe pedagógica informar sobre a situação atual do aluno e estratégias planejadas para seu aprendizado. A **presente demanda, entretanto extrapola a área de saúde, e deve ser abordada pela comunidade escolar em conjunto com a secretaria municipal de educação, acompanhado dos representantes legais**, para que cheguem a um consenso e providenciem pessoal em número e qualificação adequados para promoção de educação inclusiva.
8. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina).





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

REFERÊNCIAS

Brasília – DF, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), Ministério da Saúde, 2014, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde – ministério da saúde, 2015, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

Fernandes, FDM; Amato, CAH. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. CoDAS 2013;25(3):289-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n3/16.pdf>

Tiura, M. et al. Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. Research in Developmental Disabilities 70 (2017) 185–197. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/560ebc1fe4b0a57a7752c170/t/5b8f194c4ae237d9c09990a2/1536104783271/Tiura+et+al+2017+Predictors+of+longitudinal+ABA+treatment+outcomes+for+children+with+Autism.pdf>