

NOTA TÉCNICA 3205**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****SOLICITANTE:** MM. JUIZ DE DIREITO Dr Vinícius Pereira de Paula**PROCESSO Nº.:**50081904020228130394**CÂMARA/VARA:**1ª Vara Cível, Criminal e da Infância e Juventude**COMARCA:**Abre-Campo**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****REQUERENTE:** VHMB**IDADE:** 09 anos**PEDIDO DA AÇÃO:**COBERTURA**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** TEA**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Tratamento de TEA**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMRS- 29588**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003205**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Solicita informações técnicas acerca dos medicamentos/procedimentos postulados, bem como de sua pertinência em relação à patologia existente, tratamento prescrito e à cobertura oferecida pelo plano de saúde, no prazo de 05 (cinco) dias.

III– CONSIDERAÇÕES E REPOSTAS

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento de base biológica, caracterizado por déficits persistentes na comunicação / interação social e padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades.

O transtorno do espectro autista (TEA) é caracterizado por deficiências persistentes em comunicação social e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamentos, interesses ou atividades. Desenvolvimento anormal está presente durante a primeira infância, mas pode se manifestar somente mais tarde. Há uma história de atraso na linguagem (atraso na fala de palavras isoladas ou frases simples) e 25% das crianças perdem habilidades de linguagem previamente adquiridas (regressão). Crianças que atendem aos critérios apresentam um diagnóstico de "transtorno do espectro autista" e, além disso, são qualificadas pelo nível de gravidade. Aproximadamente 20% a 30% das crianças desenvolvem epilepsia e 50% têm deficiência intelectual; outras têm capacidade na média ou acima da média. No entanto, muitas pessoas têm um perfil cognitivo irregular, e apresentam pontos cognitivos relativos fortes e fracos no teste cognitivo. Além dos sintomas básicos de TEA, a maioria das pessoas tem condições coexistentes (por exemplo, dificuldade para dormir). Muitos jovens e adultos com TEA têm problemas de saúde mental como ansiedade. Essas condições associadas costumam ser mais difíceis de tratar que o TEA propriamente dito.

A solicitação apresentada é de terapia ocupacional com integração sensorial método Ayres três vezes por semana, psicologia método ABA 30 horas semanais, fonoaudiologia método PROMOT quatro vezes por semana, fisioterapia três vezes por semana. Levando-se em conta o tempo médio de cada sessão de 60 minutos (deslocamento, adaptação, procedimento propriamente dito) a **solicitação exigiria um total de 40 horas semanais para uma criança de 09 anos que apresenta necessidade de descanso diurno, alimentação, tempo de brincar e interagir com familiares.**

Estudos bem conduzidos já demonstraram que não existe superioridade entre os métodos mais comumente prescritos (ABA, Denver, Promot, TEACCH, Floortime) e terapias tradicionais. Trata-se de doença complexa sem fisiopatologia bem definida e portanto de tratamento controverso. Dos especialistas consultados submeter uma Nota Técnica nº 3205 /2022 NATJUS – TJMG Processo nº: 50081904020228130394

criança de 04 anos a 34 horas de terapias semanais a despeito de todo e qualquer benefício que cada terapia poderia trazer não está indicado.

A Análise do Comportamento Aplicada (**ABA**) é uma abordagem utilizada para o planejamento de intervenções de tratamento e educação para pessoas com transtornos do espectro do autismo, 8 que prioriza a criação de programas para o desenvolvimento de habilidades sociais e motoras nas áreas de comunicação e autocuidado. Um dos princípios básicos da ABA é que um comportamento é qualquer ação que pode ser observada e contada, com uma frequência e duração, e que este comportamento pode ser explicado pela identificação dos antecedentes e de suas consequências. É a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do organismo. Para estabelecer estas relações devemos especificar a ocasião em que a resposta ocorre à própria resposta e as consequências reforçadoras. O método ABA procura intencionalmente ensinar a criança a exibir comportamentos mais adequados no lugar dos comportamentos problemas.

O Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children (**TEACCH**) é um programa educacional e clínico com uma prática predominantemente psicopedagógica que observa os comportamentos das crianças autistas em diversas situações frente a diferentes estímulos, empregando pressupostos da teoria comportamental e da psicolinguística. O programa TEACCH foi desenvolvido por Eric Schopler no final dos anos 1970. Os princípios do ensino estruturado da TEACCH incluem:

- Compreender a cultura do autismo;
- Desenvolver um plano individual e centrado na família para cada aluno, em vez de usar um currículo padrão;
- Estruturação do ambiente físico de uma forma que auxilie alunos com autismo para entender o significado;

- Usar suportes visuais para tornar a sequência de atividades diárias previsíveis e compreensível;
- Usar suportes visuais para tornar as tarefas individuais compreensíveis

O **Floortime** é uma das estratégias do Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação (D.I.R.®). O Floortime, "tempo de chão", é uma técnica em que o terapeuta ou professor segue os interesses emocionais da criança ao mesmo tempo em que a desafia a ir em direção ao maior domínio das capacidades sociais, emocionais e intelectuais. Ou seja, utiliza o que a criança apresenta para construir e expandir, assim, ajudando-a a interagir e envolver-se com os outros mais efetivamente. Interações por meio da música, movimento, arte, jogos ou até mesmo através de conversas geralmente são mais espontâneas e improvisadas dentro deste elemento.

The effectiveness of parent training for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses

A eficácia do treinamento dos pais para crianças com transtorno do espectro do autismo: uma revisão sistemática e meta-análises

Antecedentes: Várias intervenções de treinamento dos pais demonstraram ter algum efeito sobre os sintomas de crianças com autismo. Realizamos uma revisão sistemática e meta-análises para avaliar a eficácia do treinamento parental para crianças com autismo em seus sintomas e estresse parental.

Métodos: Quatro bases de dados eletrônicas, CINAHL, EMBASE, MEDLINE e PsycINFO foram pesquisadas até março de 2020 para literatura relevante. Dois revisores examinaram independentemente as bibliografias usando uma lista de verificação de elegibilidade e extraíram os dados

usando um proforma estruturado. Também realizamos meta-análises quando os dados estavam disponíveis para agrupamento.

Resultados: Dezesete artigos de 15 estudos foram incluídos para análise dos dados. Quinze artigos mostraram efeito positivo do tratamento quando comparado ao grupo controle, embora nem sempre significativo. A meta-análise baseada em dados agrupados de apenas dois estudos em cada intervenção respectiva, mostrou efeitos de tratamento pequenos a moderados para três intervenções, DIR/Floortime, Pivotal Response e treinamento focado nos pais, respectivamente.

Conclusões: **Como em revisões sistemáticas anteriores, houve efeitos de tratamento leves a moderados de três tipos específicos de intervenções, respectivamente.** No entanto, foi difícil tirar qualquer conclusão definitiva sobre a eficácia e generalização de qualquer intervenção por causa da grande variação nas intervenções, grupos de controle, medidas de resultados, pequeno tamanho da amostra, pequeno número de estudos em meta-análise, sobreposição entre a intervenção e procedimentos de controle utilizados nos estudos incluídos. Há uma necessidade urgente de especialistas em vários centros internacionais para padronizar conjuntamente uma intervenção de treinamento de pais para crianças com autismo e realizar um ECR em larga escala para avaliar sua eficácia clínica e econômica. Número de Identificação Único do Registro de Pesquisa: reviewregistry915.

Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes (Intervenção analítica do comportamento aplicada para o autismo na primeira infância: meta-análise, meta-regressão e meta-análise dose-resposta de múltiplos resultados)

Vários ensaios clínicos e estudos de um único sujeito foram publicados medindo a eficácia da intervenção analítica de comportamento aplicada (ABA) abrangente e de longo prazo para crianças pequenas com autismo. No entanto, a apreciação global desta literatura por meio de medidas padronizadas tem sido dificultada pelos vários métodos, desenhos, características de tratamento e padrões de qualidade dos estudos publicados. Na tentativa de preencher essa lacuna na literatura, métodos meta-analíticos de última geração foram implementados, incluindo avaliação de qualidade, análise de sensibilidade, meta-regressão, meta-análise dose-resposta e meta-análise de estudos de diferentes Métricas. Os resultados sugeriram que a intervenção ABA abrangente e de longo prazo leva a efeitos (positivos) médios a grandes em termos de funcionamento intelectual, desenvolvimento da linguagem, aquisição de habilidades da vida diária e funcionamento social em crianças com autismo. Embora os efeitos favoráveis fossem aparentes em todos os resultados, os resultados relacionados à linguagem (QI, linguagem receptiva e expressiva, comunicação) foram superiores ao QI não verbal, funcionamento social e habilidades da vida diária, com tamanhos de efeito próximos de 1,5 para linguagem e comunicação receptiva e expressiva Habilidades. Os tamanhos dos efeitos dependentes da dose foram aparentes pelos níveis de horas totais de tratamento para os escores compostos de linguagem e adaptação. **São discutidas questões metodológicas relacionadas a ensaios clínicos ABA para autismo.**

Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review (dados copilados)

Nota Técnica nº 3205 /2022 NATJUS – TJMG Processo nº: 50081904020228130394

Introdução: A terapia ocupacional pediátrica busca melhorar o envolvimento e a participação das crianças na vida papéis. Existe uma grande variedade de abordagens de intervenção. Nosso objetivo foi resumir a melhor intervenção disponível provas para crianças com deficiência, para ajudar as famílias e os terapeutas escolhem cuidados eficazes.

Métodos: Realizamos uma revisão sistemática (RS) usando a metodologia Cochrane, e relatou os resultados de acordo com o PRISMA. CINAHL, Biblioteca Cochrane, MEDLINE, OTSeeker, PEDro, PsycINFO foram pesquisados. Dois revisores independentes: (i) determinaram se os estudos atender a inclusão: RS ou ensaio clínico randomizado (RCT); um intervenção de terapia ocupacional para crianças com deficiência; (ii) intervenções categorizadas com base no nome, núcleo componentes e população diagnóstica; (iii) qualidade nominal de evidências e determinaram a força da recomendação usando os critérios GRADE; e (iv) fez recomendações usando o Sistema de Semáforos de Alerta de Evidências.

Resultados: 129 artigos foram incluídos (n = 75 (58%) RSs; n = 54 (42%) ECRs, medindo a eficácia de 52 intervenções, em 22 diagnósticos, permitindo a análise de 135 indicações de intervenção. Trinta por cento das indicações avaliadas (n = 40/135) foram classificadas como 'faça' (verde-Vai); 56% (75/135) 'provavelmente faz' (Medida Amarela); 10% (n = 14/135) 'provavelmente não faz' (Medida Amarela); e 4% (n = 6/135) 'não faça isso' (Parada Vermelha). As luzes verdes foram: Intervenções Comportamentais; Bimanual; Treinamento; Cognitivo Cog-Fun & CAPS; CO-OP; CIMT; CIMT mais Bimanual; Focado no Contexto; Idem; Intervenção Precoce (ABA, Developmental Care); Cuidado Centrado na Família; Intervenções alimentares; Treinamento Direcionado a Objetivos; Prática Específica de Tarefas de Caligrafia; Programas Domésticos; Atenção Conjunta; Intervenções em Saúde Mental; terapia ocupacional após toxina; Kinesiotape; Gestão da Dor; Educação dos Pais; PECS;

Posicionamento; Cuidados com a Pressão; Treinamento de Habilidades Sociais; Treinamento em esteira e perda de peso 'Mighty Moves'.

Conclusão: **As evidências suportam 40 indicações de intervenção, com o maior número no nível de atividades da Classificação Internacional de Funções. Intervenções de luz amarela deve ser acompanhado por uma medida de resultado sensível para monitorar o progresso e as intervenções de luz vermelha poderiam ser descontinuadas porque existiam alternativas eficazes.**

PALAVRAS-CHAVE deficiência, intervenção e prestação de serviços, terapia ocupacional, pediatria, revisão sistemática.

Implicações clínicas

Terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças e seus pais têm várias intervenções baseadas em evidências para escolher. O ponto forte deste artigo é que ele fornece um resumo sistemático, claro e conciso de todas as intervenções disponíveis por diagnóstico com um resumo da eficácia. Existem alguns aprendizados importantes:

A. Parceria dos pais no terapeuta ocupacional intervenção é eficaz e vale a pena. Os terapeutas ocupacionais abraçam os princípios do cuidado centrado na família (Hanna & Rodger, 2002), onde o pai é o tomador de decisão e o especialista em saber seu filho e o terapeuta é um recurso técnico para a família. Descobrimos que 13% das intervenções de terapia ocupacional pediátrica são direcionadas aos pais, para que os pais possam entregar a intervenção em casa dentro de dias paternidade. Evidências sugerem que o parto dos pais intervenção é igualmente eficaz para o terapeuta intervenção (Baker et al., 2012), o que não é surpreendente dado o conhecimento dos pais sobre as preferências de seus filhos e estilo de engajamento, e o volume de cuidados eles realizam (Smith, Cheater & Bekker, 2015). No diagnósticos estudados (TDAH, TEA, Em risco, Comportamental Distúrbios, BI, CP, DD, LD, obesidade), ficou mui-

to claro que os pais respondem bem à educação e treinamento dos pais (Antonini et al., 2014; Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett, 2012; Case-Smith & Arbesman, 2008; Dykens, Fisher, Taylor, Lambert & Mio-drag, 2014; Feinberg et al., 2014; Hanna & Rodger, 2002; Howe & Wang, 2013; Kuhaneck, Madonna, Novak & Pearson, 2015; Lawler, Taylor & Shields, 2013; Tanner, Mão, O'toole & Lane, 2015; Zwi, Jones, Thorgaard, York e Dennis, 2011), consistente com a filosofia centrada na família sobre aspirações dos pais de criar bem, para ajudar seus filhos (Hanna & Rodger, 2002). Além disso, pais e **crianças realizam a intervenção de forma eficaz em casa, e portanto, programas domésticos**

B. Intervenções 'de cima para baixo' baseadas em atividades entrega mganhos maiores. Existem inúmeras intervenções de terapia ocupacional, visando a melhora motora, comportamental e funcional resultados (Fig. 3), oferecendo muitas opções para as famílias e clínicos. O maior número de verde efetivo intervenções leves estava no nível de atividade da CIF, indicando que o treinamento de habilidades para a vida diária usando uma abordagem “de cima para baixo” é um ponto forte da profissão de terapia ocupacional. Exemplos incluem: Treinamento Bimanual; CIMT; CO-OP; JOGOS; Treinamento Direcionado a Objetivos; Treinamento de Tarefas de Caligrafia; Programas Home usando o Treinamento Goal Directed; Treinamento de Habilidades Sociais; e Tarefa Treinamento. Consistente com o conhecimento atual sobre as condições para induzir neuroplasticidade (Kleim & Jones, 2008), a luz verde, ‘top-down’, nível de atividade todas as intervenções têm os seguintes ingredientes-chave em comuns: (1) começar com o objetivo da criança, otimizar motivação e relevância da prática; (2) prática de atividades da vida real em ambientes naturais para otimizar a aprendizagem da criança e a variabilidade da prática; (3) repetições intensas para ativar a plasticidade, incluindo prática domiciliar; e (4) prática de andaimes para o “desafio certo” para permitir o sucesso em condições de resolução de problemas autogeradas, para

otimizar o prazer .Em contraste, alguns dos mais estabelecidos intervenções de terapia ocupacional NDT/Bobath e SI foram originalmente desenvolvidos como intervenções “de baixo para cima”.NDT/Bobath e SI originaram-se em uma era da medicina quando a intervenção visava remediar o corpo da criança déficits estruturais, a função de pensamento emergiria (Rodger et al., 2005; Rodger et al., 2006). No entanto, ao longo vez que as abordagens NDT/Bobath e SI foram ampliado para também acomodar o uso de abordagens de treinamento funcional 'de cima para baixo'. Fidelidade ao original **A abordagem NDT/Bobath e SI, portanto, varia muito (Mayston, 2016) e, como tal, um dos principais especialistas em Bobath declarou recentemente que Bobath “não representa mais uma abordagem de terapia universal válida” (Mayston, 2016, p.994).** Isso significa que interpretar o significado das evidências históricas de pesquisa NDT/Bobath e SI sobre eficácia no contexto da clínica contemporânea prática é desafiadora. A eficácia de ambos END/Bobath e SI foram criticados dentro de RSs (Boyd &Hays, 2001; Brown & Burns, 2001; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith, Clark & Schlabach, 2013; CaseSmith, Weaver & Fristad, 2015; Lang et al., 2012; MayBenson & Koomar, 2010; Novak et al., 2013; Sakzewski,Ziviani & Boyd, 2009; Sakzewski et al., 2013; Steultjens et al., 2004; Watling & Hauer, 2015; Weaver, 2015) **e estes dados referem-se principalmente a ensaios mais antigos. Os autores SR têm concluiu que NDT/Bobath e SI raramente conferem ganhos superiores a nenhuma intervenção, mas os RCTs contêm tantas falhas metodológicas que as recomendações para uso ou descontinuação do uso na prática não pode ser feita com certeza (Boyd & Hays, 2001; Brown &Queimaduras, 2001; Case-Smith & Arbesman, 2008; Case-Smith et al., 2013; Case-Smith et al., 2014; Lang et al., 2012;May-Benson & Koomar, 2010; Novak et al., 2013; Sakzewski et al., 2009, 2013; Steultjens et al., 2004; Watling& Hauer, 2015; Weaver, 2015).** Alguns terapeutas têm interpretou a incerteza do NDT/Bobath e SI evidência sistemática como justificativa de continuidade,enquanto **outros profissionais recomendam a**

descontinuação devido ao crescente corpo de evidências “de cima para baixo” que oferecem alternativas eficazes (Rodger et al.,2006). Um especialista em Bobath recomendou que o caminho de bom senso para a profissão é escolher intervenções que promovam a atividade e a participação resultados (Mayston, 2016) e usar uma linguagem consistente para descrever as opções de intervenção. Por exemplo,descrevendo intervenções por terminologia uniforme e clara

(ou seja, 'dividir') pode ser mais útil do que 'agrupar' intervenções no guarda-chuva expandido de END/Bobath termos. Analisamos a repartição da eficácia de intervenções motoras, acima e abaixo da linha vale a pena (Fig. 3), em termos de 'de baixo para cima' vs. 'de cima para baixo', e surgiu a tendência que favorece o 'top-down'. Dos sete motores indicações de intervenção abaixo da linha “worth it line”, codificadas no GRADE como negativo fraco ou negativo forte (vermelho), 7/7 (100%) foram abordagens “de baixo para cima”. Do motor 22 indicações de intervenção acima da linha 'vale a pena' oito eram verdes e 14 eram amarelos: 8/8 (100%) indicações verdes (forte positivo) eram 'de cima para baixo'. Uma tendência semelhante surgiu na análise de eficácia comparativa de intervenções funcionais. Das sete indicações de intervenção funcional acima da linha “vale a pena”, codificadas em GRADE como forte positivo (verde), 4/4 (100%) foram 'de cima para baixo'. Houve um pequeno número de estudos usando Sle a abordagem sensorial para melhorar a função codificada em GRADE como positivo fraco, mas os estudos tiveram um risco alto de viés e autores de RS recomendaram interpretar os resultados positivos com cautela (Case-Smith et al., 2014; Case-Smith et al., 2015; Watling & Hauer, 2015). As seguintes áreas da base de evidências se beneficiariam de mais pesquisas: (1) Educação dos Pais: Nenhum dos abordagens de educação dos pais foram ineficazes. Desta forma, mais pesquisas valem a pena explorar os estilos de aprendizagem preferidos dos pais e os níveis de apoio necessários para gerenciar o es-

tres de criar uma criança com deficiência. Existem potenciais ganhos financeiros para o sistema de saúde compreendendo completamente as intervenções efetivas dos pais, porque a intervenção fornecida pelos pais é igualmente eficaz e menos dispendioso; (2) Comparações diretas: comparações diretas de diferentes intervenções com o objetivo de alcançar os mesmos resultados, em ensaios bem controlados com dados de custo-efetividade, permitir que as determinações sobre as melhores práticas sejam feitas a partir de boas evidências e, assim, informar a tomada de decisão dos pais e formuladores de políticas; (3) Estudos de comparação de 'Dose': estudos de comparação de 'Dose' usando ensaios de intensidade permitiriam aos terapeutas ocupacionais informar melhor os pais sobre “quanto” a intervenção é suficiente; e (4) Intervenções de Participação: Existe uma lacuna clara na base de evidências sobre intervenções que melhorar diretamente a participação da criança na vida e deve ser o foco de futuros ECRs e outros rigorosas metodologias. CIMT, Programa Bimanual e Doméstico intervenções de terapia ocupacional foram medidos para confirmar se eles conferiram ou não participação ganhos, e os ensaios clínicos não demonstraram entre diferenças de grupo (Adair, Ullenhag, Keen, Granlund & Ims, 2015). Esses resultados indicam que há uma clara necessidade de desenvolver intervenções que visem especificamente participação, ao invés de antecipar atividades baseadas intervenções irão conferir ganhos de participação amontante. As mudanças na participação são multifatoriais e envolvem fatores individuais, fatores contextuais, a natureza da atividade de participação e o ambiente em que o atividade está sendo realizada (Immsetal., 2017). Qualquer novo intervenção de participação inventada, terá de abordar todos esses fatores para ter sucesso.

Limitações

Nossa revisão tem várias limitações. Primeiro, incluímos apenas SRs e RCTs porque nosso objetivo era analisar as melhores evidência, mas sig-

nifica que algumas abordagens de intervenção foram excluídos e negligenciados porque nenhum ensaio ou e existiam revisões. Em segundo lugar, esta foi uma análise do secundário fontes de dados e viés de reportagem e viés de publicação pode mostrar em operação, porque os resultados positivos têm uma maior chance de ser publicado. Esta evidência pode existir sugerindo que algumas intervenções são ineficazes que estávamos incapaz de revisar. Terceiro, nossos termos de pesquisa incluíram “terapia ocupacional” e, portanto, terão excluído outras intervenções eficazes usadas por terapeutas ocupacionais, mas não inventado ou publicado por terapeutas ocupacionais, por exemplo. 'Triplo P' para crianças com PC. Quarto, nosso artigo foi projetado para fornecer uma visão geral para os médicos que indicam quais intervenções são eficazes, no entanto, não fornecer detalhes suficientes sobre qualquer intervenção para orientar administração ou treinamento em qualquer intervenção específica. Os médicos precisam consultar diretamente o artigo citado e mais amplamente na literatura publicada para esta informação. Nossas descobertas devem ser interpretadas dentro do contexto das limitações do nosso estudo.

Conclusão

Esta revisão fornece um resumo de alto nível de Intervenções de Terapia Ocupacional Pediátrica. Existem 39 indicações de intervenções eficazes, oferecendo famílias e médicos muitas opções para combinar com suas preferências e conhecimentos. **O trabalho infantil a base de evidências terapêuticas sugere uma tendência crescente para nível de atividades, abordagens “de cima para baixo” e educação dos pais, além das abordagens “de baixo para cima”. Lá são importantes implicações éticas de traduzir essas opções eficazes de intervenção de terapia ocupacional baseadas em evidências na prática clínica para dar às**

- Os sintomas tornam-se aparentes quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. A gravidade é determinada pela deficiência funcional e pode ser crítica na capacidade de acessar os serviços.
- Deficiência intelectual, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e epilepsia são comuns em crianças com TEA.
- A patogênese do TEA não é completamente compreendida. O consenso geral é que o TEA é causado por fatores genéticos que alteram o desenvolvimento do cérebro, resultando no fenótipo neurocomportamental. Fatores ambientais e perinatais são responsáveis por poucos casos de TEA, mas podem modular fatores genéticos subjacentes.
- **Trata-se de doença que patogênese não é completamente definida e dessa forma o tratamento também não é bem definido**
- **Programas intensivos de comportamento podem melhorar os sintomas básicos de TEA e comportamentos mal-adaptativos, mas não se deve esperar que levem a funções típicas**
- **Os programas intensivos de comportamento exigem alto grau de intervenção exemplo, 30 a 40 horas por semana de serviços intensivos individuais por dois ou mais anos e começando antes dos cinco anos de idade) para obter maiores ganhos. No entanto especialistas questionam custo/benefício de submeter criança ao excesso de terapias**
-
- **Na literatura não existem dados que comprovem a eficiência/superioridade das terapias pleiteadas em comparação com os tratamentos convencionais**
- Mais estudos são necessários para avaliar a eficácia e segurança do tratamento de neurodesenvolvimento para esse fim e, até lá, as

evidências atuais não suportam seu uso rotineiro na prática.

- A conclusão definitiva sobre a eficácia e generalização de qualquer intervenção é muito improvável por causa da grande variação nas intervenções, grupos de controle, medidas de resultados, pequeno tamanho da amostra, pequeno número de estudos em meta-análise, sobreposição entre a intervenção e procedimentos de controle utilizados nos estudos incluídos
- Há uma necessidade urgente de especialistas em vários centros internacionais para padronizar conjuntamente uma intervenção de treinamento de pais para crianças com autismo e realizar um ECR em larga escala para avaliar sua eficácia clínica e econômica

V - REFERÊNCIA:

- Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Aust Occup Ther J.* 2019 Jun;66(3):258-273. doi: 10.1111/1440-1630.12573. Epub 2019 Apr 10. PMID: 30968419; PMCID: PMC6850210.
- Virués-Ortega J. Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clin Psychol Rev.* 2010 Jun;30(4):387-99. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.008. Epub 2010 Feb 11. PMID: 20223569.
- Hodgson R, Biswas M, Palmer S, Marshall D, Rodgers M, Stewart L, Simmonds M, Rai D, Le Couteur A. Intensive behavioural interventions based on applied behaviour analysis (ABA) for young children with autism: A cost-effectiveness analysis. *PLoS One.* 2022 Aug 16;17(8):e0270833. doi: 10.1371/journal.pone.0270833. PMID: 35972929; PMCID: PMC9380934.
- Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism, *Lancet.* 2014;383(9920):896-910

- **Resolução Normativa n 469 de 09 de julho de 2021 da ANS. Amplia alcance de decisões judiciais sobre Transtorno do Espectro Autista.** <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-amplia-alcance-dedecisooes-judiciais-sobre-transtorno-do-espectro-autista>
- Virues-Ortega J, Julio FM, Pastor-Barriuso R. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):940-953. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.005.1.Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism, Lancet. 2014;383(9920):896-910
- O’Haire ME. Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. J Autism Dev Disord. 2013;43(7):1606-1622. doi:10.1007/s10803-012-1707-5.
- Bass MM, Duchowny CA, Llabre MM. The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. J Autism Dev Disord. 2009;39(9):1261-1267. doi:10.1007/s10803-009-0734-3.
- .Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(1):8-38.
- Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):Cd009260.
- ✓ Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C. Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. Pediatrics. 2012;130 Suppl 2:S169-78.

- ✓ Farrell P, Trigonaki N, Webster D. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Behavioral and educational interventions. *Educ Child Psychol.* 2005; 22:29.
- ✓ Fuller EA, Oliver K, Vejnaska SF, Rogers SJ. The Effects of the Early Start Denver Model for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Brain Sci.* 2020 Jun 12;10(6):368. doi: 10.3390/brainsci10060368. PMID: 32545615; PMCID: PMC7349854..Gray C, Ford C. Bobath Therapy for Patients with Neurological Conditions: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Nov 28. PMID: 30896897.
- ✓ Boshoff K, Bowen H, Paton H, Cameron-Smith S, Graetz S, Young A, Lane K. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. *Can J Occup Ther.* 2020 Apr;87(2):153-164. doi: 10.1177/0008417419899224. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32013566.
- ✓ Praphatthanakunwong N, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Nopmaneejumruslers K. Factors associated with parent engagement in DIR/Floortime for treatment of children with autism spectrum disorder. *Gen Psychiatr.* 2018 Oct 31;31(2):e000009. doi: 10.1136/gpsych-2018-000009. PMID: 30582122; PMCID: PMC6234967.
- ✓ Deb SS, Retzer A, Roy M, Acharya R, Limbu B, Roy A. The effectiveness of parent training for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses. *BMC Psychiatry.* 2020 Dec 7;20(1):583. doi: 10.1186/s12888-020-02973-7. PMID: 33287762; PMCID: PMC7720449

VI – DATA: 02 de novembro 2022

