

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. José Honório de Rezende

PROCESSO N.º: 51018244120198130024

CÂMARA/VARA: Vara Cível da Infância e da Juventude

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: CERLN

IDADE: 06 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Metodologia Denver

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F 84.9, F 84.1, F89.0, G 40.8, D 43

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Terapia multidisciplinar intensiva através de metodologia específica Denver

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 28367

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2021.0002496

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Existe evidência para as terapêuticas no tratamento do atraso no desenvolvimento global que acomete o requerente? **R.: Atualmente há diferentes métodos de terapia multidisciplinar intensiva. Não foi encontrada literatura técnico científica que apresente desfechos/comprovação de superioridade de qualquer método específico, sobre a adoção de métodos/práticas convencionais, quando adotadas em conjunto por equipes interdisciplinares de forma oportuna, na frequência e intensidade adequadas a individualidade / particularidade, potencialidade de cada paciente.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de tumor intracraniano (papiloma de plexo coroide) e hidrocefalia derivada, que precocemente, com um ano de idade, foi submetido a tratamento cirúrgico do tumor em dezembro/2016 e janeiro/2017. Paciente evoluindo desde então com atraso global do desenvolvimento,

“comportamento autístico” e epilepsia (crises epilépticas associadas a alteração eletroencefalográfica).

Consta que atualmente o paciente faz tratamento farmacológico com o uso de oxcarbazepina + risperidona para tratamento da epilepsia e “sintomas do autismo”, sendo proposto acompanhamento multidisciplinar sistemático por tempo indeterminado, a ser realizado através de metodologia específica (Early Start Denver Model).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é usado predominantemente nos Estados Unidos e foi atualizado em 2013. A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde, revisão 10 (CID-10) é usada em outros países em todo o mundo. Uma versão da 11ª revisão (CID-11) foi lançada em 2018 para iniciar os preparativos para implementação, a utilização pelos Estados-Membros está prevista para o ano de 2022.

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10), os diagnósticos propostos para o paciente correspondem a:

F 84.9 – transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

F 84.1 – autismo atípico: transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. Esta categoria deve ser utilizada para classificar um desenvolvimento anormal ou alterado, aparecendo após a idade de três anos e não apresentando manifestações patológicas suficientes em um ou dois dos três domínios psicopatológicos (interações sociais recíprocas, comunicação, comportamentos limitados, estereotipados ou repetitivos), implicados no autismo infantil; existem sempre anomalias características em um ou em vários destes domínios. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.

F89.0 – transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico.

G 40.8 – outras epilepsias (epilepsias e síndromes epilépticas não

determinadas como focais ou generalizadas).

D 43 – neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo e do sistema nervoso central.

O atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ocorre quando a criança não atinge os marcos deste desenvolvimento no período esperado. Estes marcos são, por exemplo, a idade de sentar, de andar ou de iniciar a fala. A idade em que cada um destes marcos deve ser alcançado é estabelecida de acordo com a média de idade em que ocorre; existem algumas variações de um indivíduo para outro, e quando não é atingido ao prazo máximo, configura-se o atraso. Este pode ocorrer em uma ou várias áreas, por exemplo, habilidades motoras, linguísticas, sociais ou de coordenação motora refinada.

O atraso no desenvolvimento neuropsicomotor pode ter muitas causas diferentes, sendo as principais genéticas (como a Síndrome de Down), ou complicações da gravidez e parto (como prematuridade, asfixia, infecções, baixo peso) e afecções neurológicas.

Atualmente, a perspectiva mais amplamente aceita é a que considera a definição do atraso global do desenvolvimento como um atraso significativo (dois ou mais desvios-padrão abaixo da média) em duas ou mais áreas do desenvolvimento (motricidade fina e/ou grossa, nível cognitivo, linguagem ou competências sociais e pessoais), sendo restrito à população com idade igual ou inferior a 5 anos.

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais na sua versão mais recente, DSM V, no capítulo dos transtornos do neurodesenvolvimento, traz a descrição das características do atraso global do desenvolvimento: *“Este diagnóstico está reservado a indivíduos com menos de 5 anos de idade, quando o nível de gravidade clínica não pode ser avaliado de modo confiável durante a primeira infância. Esta categoria é diagnosticada quando um indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas da função intelectual, sendo aplicada a pessoas que não são capazes de passar por avaliações*

sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. É uma categoria que requer reavaliações após um período de tempo”.

Transtorno do Espectro Autista: As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D).

“O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade de sua apresentação é variável. Trata-se de um transtorno pervasivo e permanente, não havendo cura, ainda que a intervenção precoce possa alterar o prognóstico e suavizar os sintomas. Além disso, é importante enfatizar que o impacto econômico na família e no país, também será alterado pela intervenção precoce intensiva e baseada em evidência”⁴.

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

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

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

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

A intervenção baseada no modelo Denver, Early Start Denver Model (ESDM) faz parte do conjunto das abordagens terapêuticas intensivas de intervenção precoce utilizada no tratamento do transtorno do espectro autista - TEA infantil. O modelo ESDM é uma terapia comportamental, desenvolvida para crianças com diagnóstico de TEA, realizada preferencialmente entre as idades de 12-48 meses, com duração recomendada de dois anos. O método baseia-se nos componentes da análise de comportamento aplicada (Applied Behavior Analysis - ABA). Consiste em ensinar habilidades dividindo-as em etapas e recompensando as respostas corretas. Esta terapia pode ser usada para corrigir comportamentos e também para ajudar a adquirir novas habilidades.

A intensidade do tratamento é importante para a eficácia de qualquer método adotado. No modelo ESDM é preconizado que os encontros ocorram mais de uma vez ao dia, quase todos os dias da semana. A participação da família é essencial e, pelo menos, um dos pais recebe treinamento nos princípios do método e encorajado a empregá-los no dia a dia. No modelo ESDM o foco é na comunicação verbal e não-verbal, e envolve estratégias de aprendizado com troca interpessoal, afeto positivo e engajamento compartilhado. Qualquer profissional que tenha treinamento pode aplicar o

método. No Brasil, não há certificação oficial para este tratamento.

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

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

Um plano de acompanhamento/abordagem multidisciplinar deve envolver cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação, executados por profissionais/equipes de referência com trabalho interdisciplinar, levando em consideração as necessidades individuais do paciente e da família, diante das diferentes necessidades nas mais variadas situações clínicas.

Avaliações periódicas da eficácia do acompanhamento / tratamento devem ser feitas de modo conjunto, entre a equipe e a família do paciente, a fim de realizar as adequações que se fizerem necessárias ao longo do tempo.

Considerando o diagnóstico de quaisquer dos transtornos do desenvolvimento, não há evidência científica de que qualquer método específico, como o proposto/requerido, tenha benefício superior sobre a adoção de protocolo individual interdisciplinar em conformidade com as peculiaridades e necessidades do paciente. Observa-se que são descritos ganhos de habilidades neuromotoras funcionais, independente da modalidade empregada: terapias convencionais ou terapias alternativas através de “métodos específicos”, quando realizadas na frequência e intensidade adequadas a individualidade / particularidade, potencialidade de cada paciente.

Os estudos realizados não identificaram diferenças significativas nas

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

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

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

A parte autora requer tratamento através de método específico Denver. Um plano de cuidados intensivos interdisciplinares, instituído oportunamente, tende a melhorar os sintomas principais do atraso global do desenvolvimento e comportamentos mal adaptativos, mas não se espera que levem ao alcance de funções típicas.

Até o momento, o que a literatura científica permite afirmar, é que a soma da abordagem conjunta dos cuidados de cada especialidade envolvida na assistência, é que faz a diferença, e não uma metodologia específica. O paciente terá benefício com um plano individualizado de terapia multidisciplinar.

No **caso concreto**, conforme os elementos técnicos, o atraso global do desenvolvimento apresentado pelo paciente é de natureza multifatorial (tumor intracraniano, hidrocefalia e epilepsia), afecções essas que ocasionam/justificam o atraso global no neurodesenvolvimento apresentado pelo paciente. O comprometimento das habilidades neuropsicofuncionais, está presente no transtorno global do desenvolvimento, decorrente das mais

variadas causas/etiologias.

O paciente necessita de abordagem multidisciplinar na frequência e intensidade adequadas a individualidade / particularidade, potencialidade do mesmo. Não há na literatura, tão pouco foram identificados elementos técnicos, que permitam afirmar imprescindibilidade de emprego/abordagem através da metodologia específica (Denver). Os dados atuais da literatura científica não permitem uma definição genérica de qual a melhor frequência semanal para realização das atividades multidisciplinares.

IV – REFERÊNCIAS:

1) CID 10 e DSM - V.

2) Desenvolvimento Infantil.

https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4268711/mod_resource/content/1/Desenvolvimento_Infantil.pdf

3) Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009>

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/rWNf3F7qSTGLbWRP6hzLkRP/?format=pdf&lang=pt>

4) Transtorno do Espectro do Autismo. Manual de Orientação, Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 05, abril de 2019.

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf

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

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

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

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

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

