

NOTA TÉCNICA 2591**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Jose Honório de Rezende**PROCESSO Nº.:** 5161072352019813.0024**CÂMARA/VARA:** Vara Cível da Infância e da Juventude**COMARCA:** Belo Horizonte**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****REQUERENTE:** PBOA**IDADE:** 8 anos**PEDIDO DA AÇÃO:** terapias e consultas com especialistas**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** R482**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** controle sintomas**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG- 55317**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2021.0002591**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Oficie-se, via SEI, ao NATJUS-TJMG (Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário Mineiro), com cópia integral dos autos, para que traga aos autos parecer técnico sobre o caso, esclarecendo os subsídios técnicos aos tratamentos: a) Fonoaudiologia, no método Prompt; b) Terapia Ocupacional, no método Integração Sensorial; c) Psicóloga, com ênfase no método Dir Floortime; d) Contra-turno escolar especializado com Psicopedagogo ou Psicóloga; e)Psicomotricidade,d); Musicoterapia,e e) Equoterapia. Prazo de 60 dias.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

A presente demanda traz dois relatórios, um deles do NATS (Núcleo de Tecnologia em Saúde)-UFMG com data de 2016 e outro do PRAIA (Programa de Atenção Interdisciplinar ao Autismo)- UFMG sem data

assinado pela Professora Doutora em Terapia Ocupacional Ana Amélia Cardoso Rodrigues. Como o segundo relatório não contém data mostra-se imprestável para qualquer comparação. As tecnologias são avaliadas dentro de um contexto de tempo. O relatório do NATS está no contexto do que estava disponível, o que era aceito como evidência em 2016.

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.

A terminologia e os critérios de diagnóstico para TEA variam geograficamente. 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 2022.

DSM-5 - O diagnóstico DSM-5 de TEA é caracterizado por :

- Défis persistentes na comunicação e interação social (por exemplo, déficits na reciprocidade social; comportamentos comunicativos não-verbais; e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos),
- Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos

Esses sintomas devem estar presentes no início do desenvolvimento. No entanto, como os sintomas podem não ser aparentes até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, nenhum limiar de idade para "desenvolvimento precoce" é especificado.

O diagnóstico de TEA é qualificado por uma série de especificadores, incluindo três níveis de gravidade (classificados separadamente para comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos) e a presença ou ausência de condições associadas (por exemplo, deficiência intelectual, deficiência de linguagem, etc.) Na classificação CID em contraste com o DSM-5, que usa TEA como um único rótulo de diagnóstico, o CID-10 classifica o TEA como "transtornos invasivos do desenvolvimento" e inclui vários subtipos, incluindo autismo infantil, autismo atípico e síndrome de Asperger, entre outros. O sistema CID-10 fornece dois conjuntos de diretrizes: 1) descrições clínicas e diretrizes diagnósticas e 2) critérios diagnósticos para pesquisa.

A versão da CID-11 lançada em 2018 (prevista para uso em 2022) indica que a classificação da CID-11 de TEA será semelhante à do DSM-5. TEA é o termo "pai", que é ainda caracterizado pela presença ou ausência de um distúrbio do desenvolvimento intelectual e / ou deficiência ou ausência de linguagem funcional. As descrições clínicas da CID-11 e as diretrizes diagnósticas e os critérios diagnósticos para pesquisa ainda não estão disponíveis. As descrições clínicas e diretrizes diagnósticas da CID-10 devem ser usadas até janeiro de 2022, quando a transição para a CID-11 está programada para ocorrer.

EPIDEMIOLOGIA

Três bancos de dados nacionais são usados para estimar a prevalência de TEA nos Estados Unidos:

- A Rede de Monitoramento de Deficiências de Desenvolvimento e Autismo (ADDM) identifica TEA por meio de triagem e abstração de registros de saúde e educação existentes, documentando comportamentos consistentes com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) entre crianças de oito anos em locais de estudo selecionados. Em 2016, a prevalência foi de 18,5 por 1000; 1 em 54 no geral (um aumento relativo de 10 por cento desde 2014), 1 em 34 meninos e 1 em 145 meninas. As estimativas de prevalência variaram amplamente

por local. Eles também variaram por grupo racial / étnico, com taxas mais baixas entre as crianças hispânicas (15,4 por 1000); a disparidade anterior na prevalência entre crianças negras e brancas não hispânicas não foi mais observada.

- A Early ADDM Network identifica o TEA por meio de triagem e abstração de registros de saúde e educação existentes, documentando comportamentos consistentes com os critérios do DSM entre crianças de quatro anos em 7 dos 13 locais de estudo do ADDM. A prevalência estimada de TEA entre crianças de quatro anos aumentou de 13,4 por 1000 crianças em 2010 para 15,6 por 1000 crianças em 2016 . As estimativas de prevalência variaram amplamente por local, mas não por raça / etnia. A vigilância aos quatro anos de idade pode incluir crianças com sintomas mais graves ou condições coexistentes (por exemplo, deficiência intelectual).

- O National Health Interview Survey (NHIS) estima a prevalência de TEA em crianças de 3 a 17 anos, de acordo com o relatório dos pais de um diagnóstico médico . No NHIS 2016, a prevalência estimada de TEA foi de 25 por 1000 ; aproximadamente 1 em 40 crianças no geral, 1 em 26 meninos e 1 em 93 meninas.

A prevalência de TEA aumentou ao longo do tempo, particularmente desde o final da década de 1990 . Revisões sistemáticas de estudos epidemiológicos sugerem que mudanças na definição de caso e aumento da conscientização são responsáveis por grande parte do aparente aumento . Outros fatores que podem desempenhar um papel incluem detecção precoce, disponibilidade de serviços de desenvolvimento mais especializados, substituição diagnóstica ou seja, aumentos na prevalência de TEA acompanhados por diminuições na prevalência de distúrbios de aprendi-

zagem, distúrbio de linguagem do desenvolvimento e / ou deficiência intelectual , bem como um verdadeiro aumento da prevalência. As estimativas da prevalência de TEA variam com a metodologia do estudo e a população avaliada. A prevalência geral de TEA na Europa, Ásia e Estados Unidos varia de 2 a 25 por 1000, ou aproximadamente 1 em 40 a 1 em 500 .

Tratamento

As intervenções comportamentais intensivas buscam atingir os sintomas definidores de TEA (ou seja, déficits na comunicação / interação social e interesses, comportamentos e atividades repetitivos e restritos. Eles são baseados nos princípios de modificação de comportamento. Uma dessas intervenções comportamentais intensivas, a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), busca reforçar os comportamentos desejáveis e diminuir os indesejáveis . Os objetivos da ABA são ensinar novas habilidades e generalizar as habilidades aprendidas, dividindo-as em seus elementos mais simples. As habilidades são ensinadas por meio de repetidas tentativas baseadas em recompensas.

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

Exemplos de programas específicos de intervenção intensiva de comportamento incluem :

- Discrete trial training (DTT), que é a forma mais estruturada de terapia comportamental intensiva; foi desenvolvido por Ivar Lovaas.
- Programas ABA contemporâneos, que ocorrem em ambientes mais naturalísticos; eles incluem treinamento de resposta fundamental (PRT), paradigmas de linguagem e ensino incidental (ensino à medida que os eventos ocorrem no contexto do ambiente natural).

- Intervenção comportamental intensiva precoce (EIBI).

Esses programas comportamentais intensivos têm algumas evidências de eficácia em estudos randomizados e observacionais . No entanto, muitas outras intervenções usam princípios comportamentais, incluindo a identificação de um comportamento-alvo e o uso de modificação e modelagem comportamental como parte do tratamento.

Os programas de intervenção comportamental intensiva têm um corpo maior de evidências de suporte do que outros tipos de intervenções . Uma razão para isso é que a metodologia ABA requer coleta e análise de dados detalhados sobre a resposta da criança à terapia. Quando realizada da maneira como foi desenvolvida, a ABA inclui coleta intensiva de dados, que fornece monitoramento adequado da eficácia dos programas de tratamento individuais e promove mudanças nos programas e metas quando necessário. No entanto, na prática, nem todas as intervenções são aplicadas conforme inicialmente previsto, o que pode afetar a eficácia.

Programas de intervenção comportamental intensiva para TEA foram avaliados em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte, a maioria dos quais com limitações metodológicas . Com evidência de benefício de vários estudos bem controlados, o Relatório de Padrões Nacionais do National Autism Center, Fases 1 e 2, revisões sistemáticas da literatura educacional e comportamental revisada por pares (1957 a 2007 e 2007 a 2012) considera a intervenção comportamental intensiva como sendo um tratamento "estabelecido" . A revisão da Fase 2 adicionou uma revisão das evidências para o tratamento de adultos . **Programas intensivos de comportamento podem melhorar os sintomas básicos de TEA e comportamentos mal-adaptativos, mas não se deve esperar que levem a funções típicas** . Os estudos que revelaram os maiores ganhos para programas intensivos de comportamento incluíram um alto nível de intervenção (**por exemplo, 30 a 40**

horas por semana de serviços intensivos individuais por dois ou mais anos e começando antes dos cinco anos de idade) . No entanto, a evidência é insuficiente para fornecer uma recomendação geral de que todas as crianças com TEA requerem este nível de intervenção. As melhorias mais significativas geralmente são observadas nos primeiros 12 meses de tratamento . Variáveis de pré-tratamento que estão associadas a melhores resultados incluem a presença de atenção conjunta, habilidades funcionais de jogo, habilidades cognitivas mais altas e redução da gravidade dos sintomas de autismo . Embora a pesquisa esteja em andamento, não está claro se um tipo de intervenção comportamental intensiva é melhor do que outro, como determinar quais crianças com TEA responderão ao máximo a intervenções comportamentais intensivas e se programas comportamentais intensivos devem ser recomendados em vez de outros tipos de programas de tratamento . Os métodos ABA parecem ser eficazes quando comparados com intervenções de controle (por exemplo, educação especial), mas não está claro se o ABA é superior a outros métodos de terapia comportamental . Existem poucos estudos comparando ABA com outros modelos de tratamento e esses estudos têm limitações metodológicas. Aqueles realizados comparando ABA com um modelo baseado no relacionamento de diferença de desenvolvimento individual (Floortime) e Tratamento e educação de crianças com deficiência física e comunicação relacionada (TEACCH) não encontraram nenhuma diferença na eficácia .

Terapia musical (musicoterapia)

Pessoas com autismo têm deficiências na interação social e na comunicação. A teoria por trás do uso da musicoterapia é que certos processos que ocorrem na improvisação musical podem ajudar as pessoas com TEA a desenvolver sua capacidade de interação social e habilidades comunicativas. A musicoterapia é geralmente fornecida como terapia indivi-

dual para pessoas com TEA. Uma meta-análise conduzida (Cochrane Collaboration) de três pequenos estudos concluiu que a musicoterapia pode ajudar a melhorar as habilidades comunicativas de crianças com TEA. No entanto, apenas os efeitos de curto prazo foram examinados e, portanto, ainda não se sabe quão duradouros são os efeitos nas habilidades comunicativas verbais e não verbais. **Os efeitos sobre os problemas comportamentais não foram significativos.** Outro estudo controlado randomizado concluiu que havia evidências de apoio na musicoterapia promovendo desenvolvimentos sociais, emocionais e motivacionais em crianças com autismo . No entanto, um tamanho de amostra pequeno foi usado neste estudo e o poder do teste foi baixo. Ambos os estudos devem, portanto, ser interpretados com cautela.

Terapia de equitação

O uso da equitação terapêutica (equoterapia) para crianças com TEA é baseado na hipótese de que a equitação estimula múltiplos domínios do funcionamento, como social, cognitivo e motor grosso . Em um estudo não randomizado realizado, crianças com autismo demonstraram melhorias na distração, atenção e motivação social em comparação com os controles . O estudo teve muitas limitações; **portanto, mais estudos são necessários antes que essa terapia possa ser recomendada.** É importante observar que andar a cavalo está associado a risco de lesões, portanto, supervisão é necessária em todos os momentos.

TEACCH (Tratamento e educação de crianças autistas e com deficiência de comunicação)

Este é um método de ensino estruturado que foi estabelecido na década de 1970 por Schopler e colegas. Inclui elementos importantes como a organização do ambiente físico, sequência previsível de atividades, rotinas com flexibilidade, sistemas estruturados de trabalho / atividade e atividades visualmente estruturadas . Ele também fornece serviços clínicos, como jogos sociais e grupos de recreação, grupos de apoio aos pais e treinamento, avaliações diagnósticas, treinamento individual para grupos autistas de alto funcionamento e emprego com suporte (autismspeaks.org). As crianças trabalham em um ambiente altamente estruturado e são avaliadas para identificar novas habilidades e, em seguida, o trabalho se concentra em aprimorá-las. Os programas são conduzidos em sala de aula ou podem ser em casa. Dois estudos que foram feitos comparando intervenções TEACCH com intervenções de educação pública encontraram diferenças significativas nas pontuações no Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) em testes de acompanhamento . Outro estudo em 2009 concluiu que a eficácia do TEACCH foi confirmada, mostrando resultados positivos nos ambientes naturais e revelando seu valor inclusivo .

Dados de revisões (dados copilados)

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

Dezessete publicações de 15 estudos foram incluídos para análise de dados. Quinze artigos mostraram um efeito positivo do tratamento quando comparado ao grupo controle, embora nem sempre significativo. 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.

Como em revisões sistemáticas anteriores, houve efeitos leves a moderados do tratamento 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 as intervenções e procedimentos de controle usados nos estudos incluídos. Há uma necessidade urgente de especialistas em vários centros internacionais para padronizar em conjunto uma intervenção de treinamento de pais para crianças com autismo e realizar um estudo clínico randomizado em grande escala para avaliar sua eficácia clínica e econômica. Número de identificação único do registro de pesquisa: [reviewregistry915](https://www.crd4.org/record/view/915).

Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children

Há evidências limitadas de que as intervenções de base verbal e alternativa and augmentative communication (ACC) melhoram a comunicação falada e não verbal em crianças minimamente verbais com TEA. Um número substancial de estudos investigou intervenções de comunicação para crianças minimamente verbais com TEA, mas apenas dois estudos preencheram os critérios de inclusão para esta revisão, e consideramos a qualidade geral das evidências como muito baixa. No estudo que utilizou uma intervenção de AAC, houve ganhos significativos na frequência de uso de Picture Exchange Communication System (PECS) e iniciações verbais e não verbais, mas não em vocabulário expressivo ou comunicação social imediatamente após a intervenção. No estudo que investigou uma intervenção com base verbal, não houve ganhos significativos na pós-intervenção de linguagem expressiva, mas as crianças com linguagem expressiva inferior no início do estudo melhoraram mais do que aquelas com linguagem expressiva melhor no início do estudo. Nenhum dos estudos investigou eventos adversos, outras habilidades de comunicação,

qualidade de vida ou resultados comportamentais. Futuros ensaios clínicos randomizado (ECRs) que comparem duas intervenções e incluam um grupo de controle nos permitirão entender melhor os efeitos do tratamento no contexto da maturação espontânea e permitirão uma maior comparação de diferentes intervenções, bem como a investigação de fatores moderadores.

IV – CONCLUSÕES:

- O transtorno do espectro do autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento de base biológica, caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social e padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses ou atividades.
- 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.
- As estimativas de prevalência variam com a metodologia do estudo e a população avaliada e variam de 1 em 40 a 1 em 500.
- A prevalência de TEA aumentou ao longo do tempo, especialmente desde o final dos anos 1990, principalmente como resultado de mudanças na definição de caso e aumento da consciência.
- 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 (**por exemplo, 30 a 40 horas por semana de serviços intensivos individuais por dois ou mais anos e começando antes dos cinco anos de idade**) para obter maiores ganhos
- No caso em tela o paciente está com oito anos de idade
- Na literatura não existem evidências para recomendar musicoterapia e/ou equoterapia para tratamento do TEA

V – REFERÊNCIAS:

- Autism spectrum disorder in children and adolescents: Behavioral and educational interventions'
Farrell P, Trigonaki N, Webster D
- BMJ BEST PRACTICE. Transtorno do Espectro Autista. BMJ BEST Pract. 2018. - Maskey M, Warnell F, Parr JR, Le Couteur A, McConachie H. Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2013;43(4):851- doi:10.1007/s10803-012-1622-9.
- Maglione, MA et al. Nonmedical Interventions for Children With ASD: Recommended Guidelines and Further Research Needs. PEDIATRICS Volume 130, Supplement 2, November 2012. - Medavara S et al.

- Where is the Evidence? A Narrative Literature Review of the Treatment Modalities for Autism Spectrum Disorders. Cureus. 2019 Jan 16;11(1):e3901.
- Weissman L.; Bridgemohan C. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. Uptodate 2018. Disponível em www.uptodate.
- 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.
- Brignell A, Chenausky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT. Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Nov 5;11(11):CD012324. doi: 10.1002/14651858.CD012324.pub2. PMID: 30395694; PMCID: PMC6516977.

VI – DATA: 10 de janeiro de 2022

NATJUS – TJMG