NOTA TÉCNICA 2900

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. José Honório de Rezende
PROCESSO Nº. 51652132920218130024
CÂMARA/VARA:Vara Cível da Infância e da Juventude
COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: DBFD

IDADE: 04 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Sessões de psicologia intensiva, sessões de fonoaudiologia, sessões de terapia ocupacional e acompanhamento com médico psiquiatra especializado.

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F840

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Melhorar o desenvolvimento, intervenções intensivas com profissionais de diferentes áreas para aprimorar habilidades em atraso.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM- 47594

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002900

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Esclarecer a eficácia das terapias solicitadas em relação às terapias convencionais: -A adequação dos tratamentos pretendidos a idade do autor, em especial em relação ao tratamento de psicologia pelo método Denver; -Esclarecimentos técnicos sobre a importância da carga horária prescrita, em cada terapia, para o desenvolvimento do autor; -A existência no Estado de Minas Gerais de profissionais especializados nas terapias prescritas e/ou pesquisas ou cursos voltados para o atendimento ESPECIALIZADO de pessoas diagnosticadas com TEA; -Os benefícios do tratamento precoce em crianças diagnosticadas com TEA e a urgência e necessidade de tal tratamento; -Possíveis riscos ao desenvolvimento infantil relacionados a súbita mudança de técnicas terapêuticas; -Avaliar se o uso do

método de terapia ocupacional em integração sensorial, pode aumentar as chances de integração do paciente ao ambiente social; -Deferência ao contrato e a necessária observância das diretrizes e parâmetros elaborados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que delimitam a cobertura contratada; -Ineficácia científica e caráter experimental das abordagens eletivas buscadas para as terapêuticas almejadas, o que impede a relativização do rol da ANS; -Violação ao equilíbrio econômico financeiro do contrato, com aumento nas mensalidades dos demais consumidores e ofensa à mutualidade; -Qualificação técnica e adequação dos profissionais disponibilizados pela requerida através de prestadores credenciados em sua rede própria, existente e disponível; -Não preenchimento dos requisitos autorizadores de reembolso e inocorrência de danos morais por negativa fundada na interpretação do contrato.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

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:

● Déficits persistentes na comunicação e interação social (por exemplo, déficits na reciprocidade social; comportamentos comunicativos não-ver-

bais; e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos),

● Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritas 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 aprendizagem, 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**. 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 eficáci**a.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 interven-**

ção 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 pareçam 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.

REVISÃO DE LITERATURA DADOS COPILADOS

The Efficacy of Early Start Denver Model Intervention in Young Children with Autism Spectrum Disorder Within Japan: A Preliminary Study

Esta meta-análise examinou os efeitos do Early Start Denver Model (ESDM) para crianças pequenas com autismo em medidas de resultados de desenvolvimento. Os 12 estudos incluídos relataram resultados de 640 crianças com autismo em 44 tamanhos de efeito exclusivos. O tamanho do efeito agregado, calculado usando uma meta-análise de estimativa de variância robusta, foi de 0,357 (p = 0,024), que é um tamanho de efeito moderado com uma média ponderada estatisticamente significativa que favoreceu os participantes que receberam o ESDM em comparação com as crianças nos grupos de controle, com heterogeneidade moderada entre os estudos. Este resultado foi amplamente impulsionado por melhorias na cognição (g = 0,412) e na linguagem (g = 0,408). **Não foram observados efeitos significativos para medidas de sintomatologia do autismo, comportamento adaptativo, comunicação social ou comportamentos restritivos e repetitivos.**

Declaração de conflito de interesse :Sally J. Rogers recebeu royalties da Guilford Press e honorários por palestras relacionadas a este artigo.

Dados de literatura**Bobath Therapy for Patients with Neurological Conditions: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines**

Uma revisão sistemática e quatro ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia clínica da terapia Bobath para o tratamento de pacientes com condições neurológicas foram incluídos nesta revisão.

No geral, a evidência sugere que a terapia Bobath é mais eficaz do que nenhuma terapia para o tratamento de adultos com doenças neurológicas. Quando comparada com outras terapias baseadas na reabilitação física, os estudos nesta revisão mostraram que a terapia Bobath foi tão eficaz quanto outras terapias para o tratamento do funcionamento físico,

equilíbrio e estabilidade. Para a atividade funcional, estudos mostraram que a terapia de Bobath foi tão ou menos eficaz do que outros comparadores de fisioterapia. Os resultados geralmente sugerem que a terapia Bobath não foi mais eficaz do que outros tipos de fisioterapia para o tratamento de condições neurológicas. Isso é consistente com a evidência de uma revisão sistemática anterior de 16 estudos, que concluiu que o conceito de Bobath não era superior a outras formas de reabilitação física.

Os estudos incluídos eram de qualidade moderada e estavam sujeitos a algumas limitações. Existe uma limitação importante no que diz respeito à generalização limitada dos resultados. Os pacientes examinados nos estudos incluídos deveriam ter um nível básico de função física e cognitiva que permitisse a compreensão do protocolo de tratamento e a participação em exercícios físicos. Cada RCT indicava a exclusão de pacientes que não atendiam a esses critérios de elegibilidade. Portanto, não se sabe como os pacientes com deficiências mais graves devido ao AVC teriam um benefício com o tratamento com a terapia de Bobath. Uma limitação adicional com respeito à generalização é que existem muitas condições neurológicas, no entanto, apenas estudos examinando AVC foram identificados para inclusão neste relatório. Esta revisão não fornece uma visão sobre a eficácia da terapia Bobath para o tratamento de outras condições neurológicas

Esta revisão não encontrou evidências que sugiram que a terapia Bobath difere de outras terapias físicas. Os autores da revisão sistemática concluíram que a terapia Bobath foi mais eficaz do que nenhuma terapia, mas não diferiu de outras terapias no que diz respeito ao tratamento da atividade e deficiência dos membros superiores.A terapia Bobath teve um efeito negativo significativo na meta-análise em comparação com o usual cuidados, levando-os a concluir que havia evidências suficientes para desencorajar o uso rotineiro na prática clínica. Os autores da revisão encontraram um efeito positivo a favor da terapia Bobath em comparação

com nenhuma reabilitação, o que eles interpretaram como significando que algum tipo de reabilitação é mais eficaz do que não fazer qualquer reabilitação física. Mais pesquisas abordando o uso de Bobath para outros pacientes que experimentaram deficiências graves devido a acidente vascular cerebral ou outras condições neurológicas são necessárias para determinar sua eficácia nessas populações. Evidências de custo-efetividade não foram identificadas nesta revisão e nenhuma orientação baseada em evidências foi identificada para informar as melhores práticas.

Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review

Resultados de Desenvolvimento Infantil de Programas Baseados em DIR/Floortime TM: Uma Revisão Sistemática

Objetivo.: Esta revisão serve para informar a tomada de decisão do profissional sobre o uso deste modelo, pois não existem revisões sistemáticas sobre os resultados do desenvolvimento infantil.

Métodos.: A busca sistemática incluiu Medline, Embase, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Cochrane. Para avaliação crítica, foi utilizada a Revisão Crítica de McMaster.

Resultados.: Nove estudos foram identificados com diferentes níveis de qualidade. Os resultados foram relatados principalmente para o aumento do desenvolvimento socioemocional.

Implicações.: A base de evidências para este modelo está emergindo de uma perspectiva de pesquisa publicada. **Recomenda-se que o uso deste modelo seja apoiado por processos de raciocínio clínico sólidos, fidelidade de intervenção, uso de medidas de resultado válidas e monitoramento regular. Pesquisas de maior qualidade são urgente-**

mente necessárias para progredir na base de pesquisa para esta intervenção.

Factors associated with parent engagement in DIR/Floortime for treatment of children with autism spectrum disorder

Fatores associados ao envolvimento dos pais no DIR/Floortime para tratamento de crianças com transtorno do espectro do autismo

Introdução: O modelo Developmental, Individual-diferences, Relationship-based (DIR/Floortime) é uma das terapias mais conhecidas para o transtorno do espectro autista (TEA), em que seu princípio principal é promover o desenvolvimento holístico de um indivíduo e as relações entre os cuidadores e as crianças. O envolvimento dos pais é um elemento essencial para o tratamento DIR/Floortime e está envolvido em vários fatores. Encontrar esses fatores de apoio e eliminar fatores que possam ser um obstáculo para o envolvimento dos pais são essenciais para que crianças com TEA recebam todos os benefícios do tratamento.

Objetivo: Examinar a associação entre pais, filhos e fatores do provedor e do serviço com o envolvimento dos pais no tratamento DIR/Floortime.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal com pais de filhos de 2 a 12 anos diagnosticados com TEA. Os dados foram coletados por meio de um questionário de fatores para pais, filhos, provedores e serviços. Patient Health Questionaire-9, Clinical Global Impressions-Severity e Childhood Autism Rating Scale também foram usados para coletar dados. Para o envolvimento dos pais em DIR/Floortime, avaliamos a qualidade do envolvimento dos pais em DIR/Floortime e a aplicação dos pais

de técnicas de DIR/Floortime em casa. Finalmente, Impressões Globais Clínicas-Melhoria e Nível de Desenvolvimento Emocional Funcional foram usados para avaliar o desenvolvimento infantil.

Resultados: Pais casados, com menor renda e maior conhecimento da teoria DIR/Floortime foram mais propensos a ter maior engajamento dos pais ($\chi2=4,43$, $p=0,035$; $\chi2=13,1$, $p<0,001$ e $\chi2=4,06$, $p=0,044$ respectivamente). Além disso, a gravidade do diagnóstico e a continuação do tratamento correlacionaram-se significativamente com o envolvimento dos pais ($\chi2=5,83$, $p=0,016$ e $\chi2=4,72$, $p=0,030$, respectivamente). Constatou-se que os pais que aplicaram as técnicas por mais de 1 hora/dia, ou tiveram um envolvimento dos pais de alta qualidade, correlacionaram-se significativamente com melhor melhora no desenvolvimento infantil ($t=-2,03$, $p=0,049$; $t=-2,00$, $p =0,053$, respectivamente).

Conclusão: **Os fatores associados aos pais, filhos e fatores do provedor e serviço tiveram correlação significativa com o envolvimento dos pais no DIR/Floortime em que as crianças cujos pais tiveram mais envolvimento nas técnicas de DIR/Floortime tiveram melhor melhora no desenvolvimento infantil.**

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: Dezessete 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 de 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 efi-

cácia clínica e econômica. Número de Identificação Único do Registro de Pesquisa: reviewregistry915.

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 (como o método ABA, DENVER) **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 paciente com três anos e seis meses

- O método ABA demonstra ser eficaz 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

- Não foram observados efeitos significativos para medidas de sintomatologia do autismo, comportamento adaptativo, comunicação social ou comportamentos restritivos e repetitivos com utilização do método Denver, e/ou ABA

- Na literatura não existem dados que comprovem a eficiência/superioridade das terapias pleiteadas em comparação com os tratamentos convencionais

V – REFERÊNCIAS:

1.Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism, Lancet. 2014;383(9920):896-910

2.Rogers SJ, Vismara LA. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. J Clin Child Adolesc Psychol. 2008;37(1):8-38.

3. 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.

4. 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.

5. Farrell P, Trigonaki N, Webster D. Autism spectrum disorder in children and adolescents: Behavioral and educational interventions. Educ Child Psychol. 2005; 22:29.

6. Fuller EA, Oliver K, Vejnoska 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/brain-sci10060368. PMID: 32545615; PMCID: PMC7349854.

7.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.

8-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.

9- 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.

10- 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 julho de 2022

NATJUS – TJMG