NOTA TÉCNICA 3113

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. JUIZ de Direito Dr. José Honório de Rezende
PROCESSO Nº.:51371575420198130024
CÂMARA/VARA: VARA CÍVEL DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE
COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: TFC

IDADE: 06 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Terapias especializadas : sessões de psicologia, fonoaudiologia,terapia ocupacional e musicoterapia.

DOENÇA(S) INFORMADA(S):F84.0

FINALIDADE / INDICAÇÃO:O requerente necessita se submeter a terapias diárias para seu desenvolvimento e crescimento, sob pena de ter os sintomas de sua patologia agravados para o resto de sua vida.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG- 53404

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003113

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Necessidade de prova documental para exame das questões processuais pendentes.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Trata-se de TFC hoje com 06 anos de idade com diagnostico de TEA.

Indicado tratamento pelo método ABA . A indicação do tratamento s deu em 2019 devendo portanto ser revista

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-verbais; 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.

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. comportamentais, incluindo a identificação de um comportamento-alvo e o uso de modificação e modelagem comportamental como parte do tratamento.

Revisão de Literatura

Intensive behavioural interventions based on applied behaviour analysis (ABA) for young children with autism: A cost-effectiveness analysis

Antecedentes: Os custos econômicos e sociais do autismo são significativos. Este estudo avalia a relação custo-benefício de intervenções preco-

ces baseadas em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) para crianças autistas em idade pré-escolar no Reino Unido.

Métodos: Uma análise econômica de novo foi desenvolvida no Microsoft Excel comparando intervenções precoces intensivas baseadas em ABA em comparação com o tratamento usual (TAU). A análise utilizou um horizonte de tempo de 15,5 anos, com custos e benefícios descontados em 3,5%. A estrutura do modelo foi baseada na estrutura de coorte para capturar mudanças no comportamento adaptativo e na capacidade cognitiva ao longo do tempo. A análise foi informada por uma meta-análise de dados de pacientes individuais (IPD) das evidências disponíveis.

Resultados: Adotando uma perspectiva do setor público, terapias intensivas precoces baseadas em ABA foram associadas a maiores custos incrementais e maiores benefícios. Quando suposições pessimistas foram feitas em relação aos efeitos a longo prazo do tratamento, os custos incrementais foram de £ 46.103 e os anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs) foram de 0,24, resultando em uma relação custo-benefício incremental (ICER) de £ 189.122 por vida ajustada pela qualidade ano (QALY). Quando suposições otimistas foram feitas sobre os efeitos de longo prazo, os custos incrementais foram de £ 39.233 com benefícios incrementais de 0,84 QALYs. O ICER resultante foi de £ 46.768 por QALY. As análises de cenário enfatizaram a importância das suposições feitas sobre os resultados dos adultos e o tipo de escola frequentada, os quais afetam significativamente os resultados da análise.

Conclusões: Os resultados desta análise econômica sugerem que as intervenções precoces intensivas baseadas em ABA provavelmente não representam valor para o dinheiro, com base em um limite de £ 20.000 a £ 30.000 por QALY normalmente adotado para informar as decisões de financiamento de saúde do Reino Unido. No entanto, lacunas importan-

tes nas evidências disponíveis limitam a força das conclusões que podem ser extraídas da análise apresentada. **Mais pesquisas, com foco na trajetória de crianças autistas após a intervenção, provavelmente serão altamente benéficas para resolver algumas dessas incertezas.**

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)

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 minclusão: 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 52intervenções, em 22 diagnósticos, permitindo a análise de135 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); e4% (n = 6/135) ‘não faça isso’ (Parada Vermelha). As luzes verdes foram:Intervenções Comportamentais; Bimanual; Treinamento; CognitivoCog-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 Es-

pecífica 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 esteirae 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 os 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 muito 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 & Miodrag, 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 terapiaocupacional.Exemplosincluem:TreinamentoBimanual;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 TarefaTreinamento. 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; Steultjenset 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-Smithet 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 o**utros 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 umsurgiu a tendência que favorece o 'top-down'. Dos sete motores indicações de intervenção abaixo da linha "worth it line", codificadano GRADE como negativo fraco ou negativo forte (vermelho), 7/7 (100%) foram abordagens "de baixo para cima". Do motor 22indicações 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 SIe a abordagem sensorial para melhorar a função codificada emGRADE 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 estres 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 feitasa 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 éo 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 rigorosos 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 significa 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 mostar 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 deIntervenções 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 crianças o melhor chance de atingir seus objetivos.

Figura 3

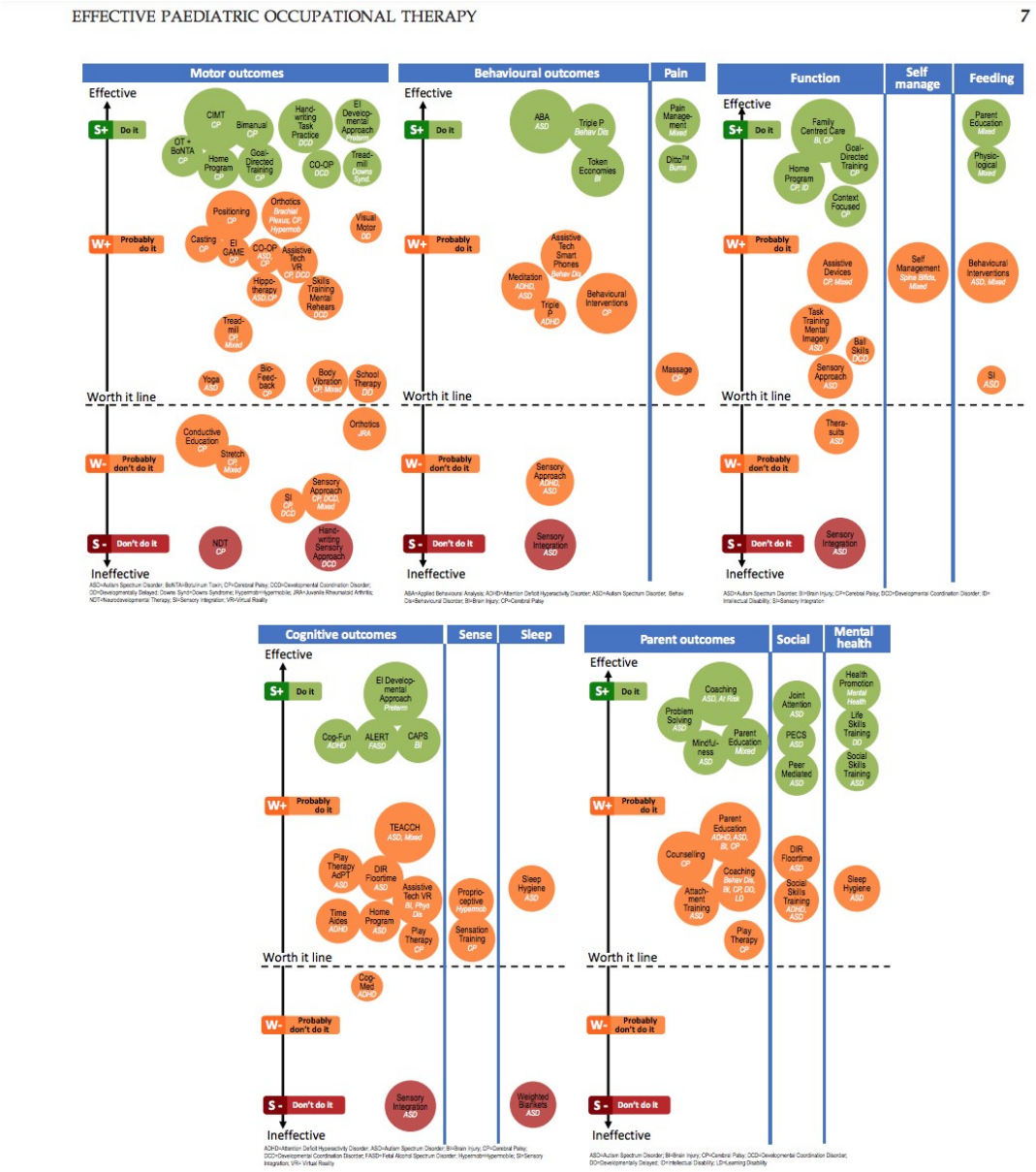

FIGURE 3: *Bubble Charts Comparing the Effectiveness of Different Occupational Therapy Indications for Different Diagnoses*

IV – CONCLUSÃO

- 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 servi-**

ços intensivos individuais por dois ou mais anos e começando antes dos cinco anos de idade) para obter maiores ganhos.

- **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.

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

- .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.

- 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, 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/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: 16/10/2022

NATJUS TJMG