

NOTA TÉCNICA 10085**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

CÂMARA/VARA: Vara da Infância e Juventude

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 05 anos

PEDIDO DA AÇÃO: CANABIDIOL 200 mg/ml e ARIPIRAZOL 1 mg/ml

DOENÇA(S) INFORMADA(S): TEA

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM MG63018

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010085

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) o tratamento vindicado possui registro na ANVISA?; b) o tratamento encontra-se incluso em listas do SUS?; c) o tratamento ora vindicado, a despeito de ser registrado na Anvisa e encontrar-se incluído nas listas do SUS, encontra previsão para o quadro da parte requerente?; d) existe a possibilidade de substituição por outro tratamento para o quadro clínico que acomete a parte?; e) houve decisão da CONITEC quanto à inclusão do medicamento nas listas do SUS?; f) há evidências científicas de que o medicamento é eficaz e seguro?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O espectro autista (ou transtorno do espectro autista, TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a

padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Esses sintomas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento e causar prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O termo “espectro” reflete a ampla heterogeneidade de manifestações clínicas, variando desde indivíduos com comprometimento intelectual e ausência de linguagem até pessoas com inteligência e linguagem preservadas, mas com dificuldades marcantes na comunicação social e comportamentos rígidos ou repetitivos.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado pela American Psychiatric Association, o diagnóstico requer déficits em três domínios de comunicação e interação social (reciprocidade social-emocional, comunicação não verbal e desenvolvimento/manutenção de relacionamentos) e pelo menos dois dos quatro domínios de comportamentos restritos e repetitivos (movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados; insistência em rotinas; interesses restritos; hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais).

O diagnóstico é clínico, baseado na observação do comportamento e na história do desenvolvimento, pois não existem biomarcadores específicos para o TEA. Os critérios diagnósticos para o transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o DSM-5 — conforme definido pela **Associação Americana de Psiquiatria — exigem:**

A. Déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos não verbais e no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Por exemplo, uma criança pequena pode não responder ao seu nome ou fazer contato visual, uma criança em idade escolar pode ter dificuldade em compreender pistas sociais ou fazer amigos, e um adolescente pode ter dificuldades com conversas recíprocas ou na interpretação de sarcasmo.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes: movimentos estereotipados ou repetitivos, insistência na mesmice ou rotinas, interesses altamente restritos ou hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais. Por exemplo, uma criança pequena pode se envolver em movimentos repetitivos com as mãos ou em alinhar brinquedos, enquanto uma criança mais velha pode ter interesses intensos e focados (por exemplo, colecionar informações sobre trens) ou ficar angustiada com pequenas mudanças na rotina

C. Os sintomas devem estar presentes no início do período de desenvolvimento, embora possam não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas posteriormente.

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida

E. Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento; se ocorrerem simultaneamente, os déficits de comunicação social devem exceder os esperados para o nível de desenvolvimento.

A Associação Americana de Psiquiatria enfatiza que o diagnóstico deve integrar a observação clínica, o histórico do cuidador e, quando possível, o autorrelato, visto que as manifestações variam de acordo com a idade, o nível de desenvolvimento e o contexto.

Partindo do quadro diagnóstico, **é importante reconhecer que as manifestações clínicas do transtorno do espectro autista (TEA) variam significativamente de acordo com a idade, o estágio de desenvolvimento e as características individuais.** Em bebês e crianças pequenas, os primeiros sinais geralmente incluem resposta limitada a

estímulos sociais (como não responder ao próprio nome ou evitar contato visual), ausência de gestos típicos (por exemplo, não apontar para indicar interesse) e ausência de brincadeiras interativas (como bater palmas ou esconde-esconde). Comportamentos repetitivos podem se manifestar como bater as mãos, balançar o corpo ou alinhar brinquedos, e sensibilidades sensoriais podem se apresentar como aversão a certas texturas ou sons.

Em crianças em idade pré-escolar e escolar, os déficits na comunicação social podem se tornar mais aparentes por meio de dificuldades em formar relacionamentos com os colegas, compartilhamento limitado de interesses e desafios na compreensão de sinais não verbais (como expressões faciais ou linguagem corporal). Interesses restritos podem ser vistos como foco intenso em tópicos específicos (por exemplo, trens, dinossauros), insistência em rotinas rígidas ou angústia com pequenas mudanças. Linguagem repetitiva (ecolalia) e interesses sensoriais incomuns (como fascínio por luzes ou olfato excessivo) também são comuns. Adolescentes e adultos podem apresentar déficits de comunicação social mais sutis, como dificuldade em manter conversas recíprocas, interpretar sarcasmo ou humor e adaptar o comportamento a diferentes contextos sociais. Interesses restritos podem persistir ou evoluir, e sensibilidades sensoriais podem continuar a impactar o funcionamento diário. A Academia Americana de Médicos de Família destaca que uma avaliação abrangente — incluindo histórico de desenvolvimento, observação direta e informações de cuidadores e professores — é essencial para um diagnóstico preciso, visto que os sintomas podem ser mascarados ou compensados em indivíduos mais velhos

A literatura médica enfatiza consistentemente que o TEA é uma condição heterogênea e que sua apresentação pode ser influenciada por habilidades cognitivas, habilidades linguísticas e apoio

ambiental. Comorbidades como deficiência intelectual, transtorno de linguagem e condições psiquiátricas (por exemplo, ansiedade, TDAH) são frequentemente observadas e devem ser consideradas durante a avaliação.

TRATAMENTO

O tratamento para o transtorno do espectro autista (TEA) é multidisciplinar e deve ser individualizado, focando em minimizar déficits centrais, maximizar independência funcional e prevenir comportamentos problemáticos. O tratamento de primeira linha consiste em intervenções comportamentais intensivas, especialmente a análise do comportamento aplicada (ABA), que demonstrou melhorar habilidades cognitivas, adaptativas e de linguagem, com melhores resultados quando iniciada precocemente e de forma intensiva. A Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics) recomenda ABA como abordagem padrão, além de programas educacionais adaptados, terapia de fala e terapia ocupacional.

Intervenções mediadas por pais, como o Early Start Denver Model, PACT, e outras abordagens naturalísticas, também apresentam benefícios em comunicação social e sintomas do TEA, especialmente em crianças pequenas. O acesso a dispositivos de comunicação alternativa é fundamental para crianças não verbais, promovendo participação social e independência.

Para sintomas associados, como irritabilidade e agressividade, antipsicóticos de segunda geração (risperidona e aripiprazol) podem ser utilizados, sendo aprovados nos EUA para esse fim, mas com monitoramento rigoroso dos efeitos adversos metabólicos. Transtornos comórbidos, como ansiedade e depressão, devem ser tratados com terapia cognitivo-comportamental adaptada para TEA.

Outras intervenções, como musicoterapia e melatonina para distúrbios do sono, têm evidência limitada, mas podem ser consideradas em casos específicos. Não há evidência para tratamentos como agentes antifúngicos, imunoterapia ou oxigênio hiperbárico, e a terapia de quelantes é contraindicada devido ao risco de danos.

O tratamento deve ser ajustado conforme as necessidades do indivíduo, envolvendo família e escola, e priorizando intervenções baseadas em evidências.

Recomenda-se fortemente o início precoce de intervenções comportamentais para indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA), sendo os maiores benefícios observados quando a terapia começa o mais cedo possível, idealmente antes dos 3 anos de idade. Dados de ensaios clínicos randomizados indicam que mesmo uma diferença de 9 meses (por exemplo, começar aos 18 meses em vez de 27 meses) pode resultar em ganhos superiores em linguagem, comunicação social e habilidades adaptativas quando a intervenção é iniciada mais cedo, ressaltando a importância da triagem e do diagnóstico precoces na primeira infância. **A intensidade recomendada para a intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP)** é tipicamente de 20 a 40 horas por semana, administradas por pelo menos 1 a 2 anos, e frequentemente estendendo-se até 4 anos. Meta-análises e revisões sistemáticas mostram que uma maior intensidade de tratamento está associada a maiores melhorias no comportamento adaptativo, no funcionamento intelectual e a reduções na gravidade do TEA, com um número necessário para tratar (NNT) entre 4 e 7 para uma mudança clinicamente significativa.

A Academia Americana de Médicos de Família, em suas diretrizes desenvolvidas com a Academia Americana de Pediatria, também recomenda intervenções intensivas baseadas na análise comportamental aplicada, observando que terapias mais intensivas produzem melhores resultados. **Intervenções comportamentais de desenvolvimento**

naturalistas (ICDN), que incorporam estratégias mediadas pelos pais e baseadas em brincadeiras, também são eficazes e recomendadas para crianças pequenas, com pelo menos 25 horas por semana sugeridas para resultados de desenvolvimento ideais.

Intervenções mediadas pelos pais podem ser benéficas mesmo em intensidades mais baixas, particularmente para crianças muito pequenas ou em ambientes com recursos limitados.

Em resumo, o ideal é iniciar a intervenção comportamental assim que houver suspeita ou diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista), preferencialmente antes dos 3 anos de idade, com uma intensidade recomendada de 20 a 40 horas semanais por pelo menos 1 a 2 anos. Essas recomendações são respaldadas pela Academia Americana de Médicos de Família e pela Academia Americana de Pediatria, bem como por meta-análises e ensaios clínicos randomizados recentes.

A eficácia comparativa da intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) e das intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN) para crianças com transtorno do espectro autista é complexa. Tanto a ICPI quanto as ICDN produzem melhorias pequenas a moderadas no comportamento adaptativo, no funcionamento cognitivo e na linguagem, mas nenhuma das abordagens demonstra superioridade clara sobre a outra em ensaios randomizados de alta qualidade.

A ICPI, geralmente administrada de 20 a 40 horas por semana durante 1 a 4 anos, está associada a melhorias moderadas no comportamento adaptativo (tamanho do efeito $\approx 0,66$), no funcionamento intelectual ($\approx 0,87$) e reduções na gravidade do autismo ($\approx 1,36$), mas as evidências são limitadas pelo desenho do estudo e pelo risco de viés.

As ICDN, que enfatizam habilidades apropriadas ao desenvolvimento em ambientes naturais e frequentemente envolvem cuidadores, mostram tamanhos de efeito semelhantes para linguagem, brincadeiras e comunicação social (0,2–0,4) e são apoiadas por múltiplos ensaios randomizados.

Os resultados a longo prazo para ambas as abordagens indicam ganhos sustentados, porém modestos, na comunicação social e no funcionamento adaptativo, com maior impacto em resultados proximais e específicos da intervenção, em vez de medidas amplas e distais da gravidade do autismo.

Os modelos mediados pelos pais e com envolvimento dos cuidadores, essenciais para as intervenções comportamentais não destrutivas (ICND), são eficazes para melhorar a comunicação social e são adaptáveis a contextos com poucos recursos.

Nenhum subgrupo específico de crianças com transtorno do espectro autista foi consistentemente identificado como beneficiando-se mais das intervenções comportamentais precoces, intensivas e baseadas em evidências (ICPI) em comparação com as ICND. Dados meta-analíticos indicam que crianças com habilidades cognitivas, de linguagem e adaptativas basais mais elevadas e com menos características relacionadas ao autismo apresentam maiores ganhos, independentemente do tipo, intensidade ou idade de início da intervenção. A Academia Americana de Médicos de Família, em suas diretrizes, recomenda intervenções comportamentais precoces, intensivas e baseadas em evidências, sem preferência por ICDN (Método Denver) ou ICPI (ABA) , e enfatiza a individualização e o envolvimento familiar.

As análises comparativas de custo-efetividade mais recentes e os estudos de viabilidade de implementação indicam que a intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) provavelmente não será custo-efetiva na maioria dos contextos de saúde, a menos que os benefícios a longo prazo persistam na idade adulta ou haja um impacto substancial na colocação educacional. A modelagem econômica no Reino Unido, usando um limite de £ 20.000 a £ 30.000 por QALY, encontrou índices de custo-efetividade incremental para ICIP variando de £ 46.768 a £ 189.122 por QALY, dependendo das suposições sobre os resultados a longo prazo, o que excede os limites de

financiamento típicos.

Essas descobertas são consistentes em várias análises, e o programa de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) enfatiza que a ICIP precisaria gerar benefícios maiores ou economia de custos para ser considerada custo-efetiva

Intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN), que exigem menos recursos e frequentemente envolvem a mediação do cuidador, demonstraram efeitos positivos na comunicação social e no comportamento adaptativo, com evidências de viabilidade e acessibilidade em diversos contextos e com poucos recursos, incluindo telemedicina e formatos autodirigidos.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu programas de treinamento de habilidades para cuidadores a fim de facilitar a implementação global, embora a eficácia em contextos locais exija mais estudos.

As ICDN são geralmente mais adaptáveis à comunidade e a ambientes com poucos recursos, com custos mais baixos e eficácia comparável à intervenção comportamental precoce baseada em evidências (ICPBE) para a maioria dos desfechos de desenvolvimento.

Para o planejamento de intervenções individualizadas, as ICDN são preferidas em diversos contextos de saúde devido ao seu menor custo, maior viabilidade e eficácia semelhante à ICIP para a maioria dos desfechos, especialmente quando o envolvimento do cuidador é viável. A ICPBE pode ser considerada se os recursos permitirem e benefícios a longo prazo forem previstos, mas as evidências atuais não comprovam sua relação custo-benefício rotineira.

A intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP), é um tratamento abrangente para crianças pequenas com transtorno do espectro autista (TEA), fundamentado nos princípios da análise do comportamento

Nota Técnica nº 10085/2026NATJUS – TJMG

aplicada (ABA). A ICPI (ABA) caracteriza-se por alta intensidade (tipicamente de 20 a 40 horas por semana), aplicação individualizada por um adulto e foco no treinamento por tentativas discretas ao longo de 1 a 4 anos. Evidências de uma revisão sistemática da Cochrane indicam que a EIBI pode melhorar o comportamento adaptativo, o QI e os resultados de linguagem, mas os efeitos sobre os sintomas centrais do autismo são limitados e a qualidade das evidências é baixa devido a limitações metodológicas e tamanhos de amostra pequenos.

A literatura médica recomenda que a tomada de decisão clínica para a ICPI incorpore a opinião da família e a experiência clínica prévia, considerando a base de evidências atual.

As intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN), representam uma mudança dos modelos de ABA altamente estruturados para abordagens que integram a ciência do desenvolvimento e são aplicadas em ambientes naturais (por exemplo, brincadeiras, rotinas diárias). As intervenções baseadas em evidências (NDBIs) incluem modelos como o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM), o Tratamento de Resposta Pivotal (PRT) e o Envolvimento e Regulação Simbólica Conjunta em Brincadeiras (JASPER). Essas intervenções enfatizam a interação social iniciada pela criança, o brincar e as consequências naturais, muitas vezes envolvendo os pais como coterapeutas. Meta-análises e revisões sistemáticas mostram que as NDBIs estão associadas a melhorias na linguagem, no brincar e na comunicação social, com tamanhos de efeito pequenos a moderados, mas comparações diretas com outras abordagens de desenvolvimento de intensidade equivalente não mostram diferenças significativas.

Recomenda-se geralmente de 15 a 25 horas por semana, embora ensaios randomizados recentes sugiram que aumentar a intensidade além de 15 horas/semana pode não trazer benefícios adicionais.

O envolvimento do cuidador é fundamental tanto para as intervenções baseadas em evidências (ICIP) quanto para as ICDN, e as intervenções mediadas pelos pais demonstraram benefícios modestos para a comunicação social e as características gerais do autismo.

No geral, ambas as abordagens são baseadas em evidências, mas a força das evidências é modesta e são necessários mais ensaios rigorosos para esclarecer os modelos de intervenção ideais, a intensidade e os resultados a longo prazo.

A American Academy of Family Physicians recomenda a intervenção precoce que geralmente inclui Análise Aplicada do Comportamento (ABA), que se concentra em aprender e reforçar comportamentos aceitáveis enquanto extingue comportamentos problemáticos. A ABA melhora as habilidades cognitivas e o comportamento, mas é um processo intensivo que normalmente requer muitas horas por semana de participação do paciente. A intervenção precoce que inclui ABA melhora o funcionamento cognitivo e as habilidades de linguagem, com melhores resultados de terapia mais intensa

Evidências de eficácia: As intervenções baseadas em ABA demonstram benefícios moderados em crianças com transtorno do espectro autista (TEA). Uma meta-análise de 2023 com 632 participantes mostrou que intervenções abrangentes baseadas em ABA apresentaram efeitos médios para funcionamento intelectual (diferença média padronizada = 0,51) e comportamento adaptativo (diferença média padronizada = 0,37) em comparação com tratamento usual ou tratamento mínimo.

Uma revisão sistemática de 2020 com 20 estudos encontrou que após 2 anos de tratamento, as intervenções baseadas em ABA favoreceram me-

lhorias no comportamento adaptativo (diferença média 7,00) e na capacidade cognitiva, com ganhos de aproximadamente 10 pontos de QI após 1 ano e 14 pontos após 2 anos.

Abordagens modernas: As intervenções comportamentais desenvolvimentais naturalísticas (ICDN) representam uma evolução do ABA tradicional, incluindo modelos como Pivotal Response Treatment (PRT), Early Start Denver Model (ESDM) e JASPER. Essas abordagens seguem sequências de desenvolvimento típicas mais de perto que os protocolos ABA originais, enfatizando brincadeiras, interação social e iniciativa comunicativa da criança, com consequências naturais em vez de recompensas como alimentos.

Meta-análises de estudos de tratamento NDBI relatam tamanhos de efeito de $d=0,69$ para habilidades adaptativas, $d=0,76$ para QI e aproximadamente $d=0,50$ para habilidades de linguagem após 2 anos de tratamento. Para linguagem, brincadeira e comunicação social, os tamanhos de efeito foram 0,2, 0,3 e 0,4, respectivamente.

Intensidade do tratamento: O tratamento é geralmente administrado de forma intensiva em períodos de 15-20 horas ou mais por semana. Recomenda-se pelo menos 25 horas por semana para alcançar resultados de desenvolvimento ideais, embora um ensaio clínico randomizado de 2021 não tenha demonstrado diferenças nos resultados entre terapias com diferentes intensidades (15 horas/semana versus 25 horas/semana por 12 meses).

Limitações da evidência: Todos os estudos incluídos apresentaram risco de viés, com heterogeneidade substancial e efeitos variando consideravelmente entre os estudos. Health Technology Assessment. Os efeitos a longo prazo permanecem incertos devido à falta de dados de acompanhamento. Health Technology Assessment. As habilidades de linguagem, gravidade dos sintomas e estresse parental não melhoraram além da melhoria nos grupos controle em algumas análises. BMC Psychiatry

Descrição das terapias

Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (ICIP) é um tratamento baseado em princípios de Análise Aplicada do Comportamento (ABA) para crianças com transtorno do espectro autista (TEA), **caracterizado por intensidade de 20-40 horas por semana, duração de 1-4 anos, e ensino individualizado 1:1 com um terapeuta adulto.**

Elementos centrais da ICIP:

A ICIP originou-se do modelo Young Autism Project (também chamado modelo Lovaas) da UCLA e inclui os seguintes componentes principais:

- Procedimento de ensino por tentativas discretas (discrete trial training): técnica estruturada de ensino passo a passo
- Proporção 1:1 adulto-criança nos estágios iniciais do tratamento
- Implementação em casa ou escola por 20-40 horas semanais durante 1-4 anos
- Supervisão por profissionais treinados em ABA que seguem sistematicamente um manual de tratamento
- Programas individualizados baseados no repertório comportamental atual da criança (habilidades de comunicação e sociais)
- Abordagem funcional para diminuir comportamentos desafiadores e ensinar comportamentos de substituição apropriados
- Componente familiar: pais implementam, gerenciam ou auxiliam no planejamento e execução do tratamento

Componentes recomendados em programas abrangentes:

- Abordar os déficits centrais do autismo (déficits sociais e de comunicação, interesses restritos, habilidades de brincadeira, imitação)
- Fornecer instrução em ambientes estruturados e previsíveis
- Manter baixa proporção aluno-professor
- Programar para generalização e manutenção
- Promover envolvimento familiar

- Implementar abordagem funcional para comportamentos desafiadores
- Monitorar progresso ao longo do tempo

Eficácia da ICIP:

A revisão Cochrane mais recente (5 estudos, 202 crianças) encontrou evidências de que a ICIP melhora:

- Comportamento adaptativo: diferença média de 9,58 pontos na escala VABS (IC 95% 5,57-13,60)
- QI: diferença média de 15,44 pontos
- Linguagem expressiva: SMD 0,51
- Linguagem receptiva: SMD 0,55

No entanto, não houve efeito significativo nas características centrais do autismo. A qualidade da evidência foi considerada baixa a muito baixa devido à inclusão de ensaios não randomizados e risco de viés.

Uma meta-análise de 2026 com dados de participantes individuais (15 estudos, 621 crianças) encontrou tamanhos de efeito de 0,66 para comportamento adaptativo, 0,87 para funcionamento intelectual e 1,36 para reduções na gravidade do TEA, com a intensidade do tratamento contribuindo significativamente para as mudanças.

Evolução para abordagens naturalísticas:

Os modelos estão evoluindo da ICIP estruturada tradicional para Intervenções Comportamentais Desenvolvimentais Naturalísticas (NDBI), que incluem:

- Early Start Denver Model (ESDM)
- Pivotal Response Treatment (PRT)
- Joint Attention Symbolic Play and Engagement Regulation (JASPER)
- Early Social Interaction (ESI)

Essas abordagens seguem sequências de desenvolvimento típicas mais de perto, enfatizam brincadeira, interação social e iniciativa comunicativa da criança, e usam consequências naturais em vez de recompensas como alimentos.

Questão sobre intensidade:

Embora intervenções intensivas (mínimo de 20 horas/semana por 2-3 anos) sejam frequentemente recomendadas, a evidência que apoia essas recomendações é limitada principalmente a estudos quase-experimentais pequenos. [Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis.](#)

 JAMA Pediatrics. 2024. Sandbank M, Pustejovsky JE, Bottema-Beutel K, et al.



Uma meta-análise de 2024 encontrou que a intensidade do tratamento contribui significativamente para os resultados, mas apenas um ensaio clínico randomizado foi adequadamente desenhado para testar comparações de quantidade de intervenção separadamente do tipo de intervenção. Autism Research

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia :CANABIDIOL

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: De acordo com a Academia Brasileira de Neurologia, os dados científicos disponíveis até agora permitem concluir que o uso do **Canabidiol em quadros neurológicos de difícil controle poderá desempenhar um papel importante no tratamento**, em casos específicos, ainda não definidos cientificamente. Além disso, foi demonstrado que a sua aplicabilidade será dentro do cenário das epilepsias intratáveis e de difícil controle; e outros neurológicos como Doença de Parkinson possivelmente com excelente resposta em alguns casos e, em outros, com razoável ou nenhuma resposta. A dose de 200 – 300mg/dia de canabidiol foi administrada em um pequeno número de pacientes e durante um curto período de tempo. **Portanto a segurança acerca do tratamento, a longo prazo, ainda precisa ser estabelecida.**

Nota Técnica nº 10085/2026NATJUS – TJMG

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 2.113, de 16 de dezembro de 2014, regulamentou o uso do Canabidiol como terapêutica médica, devendo este ser destinado exclusivamente para o tratamento de epilepsias na infância e adolescência refratárias às terapias convencionais, e associado aos medicamentos que o paciente vinha utilizando anteriormente.

Revisão de literatura (dados compilados)

Cannabis and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social, associados à presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A cannabis tem sido usada para aliviar os sintomas associados ao TEA.

Método: Realizamos uma revisão sistemática de estudos que investigaram os efeitos clínicos do uso de cannabis e canabinóides no TEA, de acordo com os Itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e meta-análises (lista de verificação PRISMA). A busca foi realizada em quatro bases de dados: MEDLINE/PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Web of Science. Não foram estabelecidos limites de idioma durante o processo de seleção. Nove estudos foram selecionados e analisados.

Resultados: Alguns estudos mostraram que os produtos de cannabis reduziram o número e/ou a intensidade de diferentes sintomas, incluindo hiperatividade, ataques de automutilação e raiva, problemas de sono, ansiedade, inquietação, agitação psicomotora, irritabilidade, agressividade, perseverança e depressão. Além disso, eles encontraram

uma melhora na cognição, sensibilidade sensorial, atenção, interação social e linguagem. Os efeitos adversos mais comuns foram distúrbios do sono, inquietação, nervosismo e alteração do apetite.

Conclusão: Cannabis e canabinoides podem ter efeitos promissores no tratamento de sintomas relacionados ao TEA, podendo ser utilizados como alternativa terapêutica no alívio desses sintomas. No entanto, ensaios clínicos randomizados, cegos e controlados por placebo são necessários para esclarecer os achados sobre os efeitos da cannabis e seus canabinóides em indivíduos com TEA.

Cannabidiol for the treatment of autism spectrum disorder: hope or hype?

Justificativa: O transtorno do espectro do autismo (TEA) é definido como um grupo de transtornos do neurodesenvolvimento cujos sintomas incluem comunicação e interação social prejudicadas, padrões de comportamento restritos e repetitivos e níveis variados de deficiência intelectual. O TEA é observado na primeira infância e é um dos distúrbios crônicos mais graves da infância em prevalência, morbidade e impacto na sociedade. Geralmente é acompanhada por transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e epilepsia. O tratamento do TEA tem baixa eficácia, possivelmente por ser de natureza heterogênea e sua base neurobiológica não ser claramente compreendida. Medicamentos como a risperidona e o aripiprazol são os dois únicos medicamentos disponíveis reconhecidos pela Food and Drug Administration, principalmente para tratar os sintomas comportamentais desse distúrbio. Essas drogas têm eficácia limitada e alto potencial de induzir efeitos indesejáveis, comprometendo a adesão ao tratamento. Portanto, há grande interesse em explorar o sistema endocanabinoide,

que modula a atividade de outros neurotransmissores, tem ações no comportamento social e parece estar alterado em pacientes com TEA. Assim, o canabidiol (CBD) surge como uma possível estratégia para o tratamento dos sintomas do TEA, uma vez que possui ações farmacológicas relevantes no sistema endocanabinoide e apresenta resultados promissores em estudos relacionados a distúrbios do sistema nervoso central.

Objetivos: Revisar os dados pré-clínicos e clínicos que suportam o potencial do CBD como tratamento para os sintomas e comorbidades associados ao TEA, bem como discutir e fornecer informações com o objetivo de não banalizar o uso deste medicamento.

Cannabidiol as a suggested candidate for treatment of autism spectrum disorder

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e, muitas vezes, deficiências intelectuais. O TEA tem uma série de comorbidades prevalentes, como distúrbios do sono, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e epilepsia. Nenhum tratamento eficaz para os principais sintomas do TEA está disponível atualmente. Há um interesse crescente em canabinóides, especialmente canabidiol (CBD), como monoterapia ou tratamento complementar para os principais sintomas e comorbidades do TEA. Nesta revisão, resumimos os dados pré-clínicos e clínicos disponíveis sobre a segurança e a eficácia da cannabis medicinal, incluindo o CBD, em pacientes jovens com TEA. **O canabidiol parece ser um candidato para o tratamento do TEA. No momento, no entanto, não há dados pré-clínicos ou clínicos convincentes que mostrem a eficácia e a segurança do tratamento com canabinóides em pacientes com TEA.**

Cannabis and its derivatives for the use of motor symptoms in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis

Cannabis e seus derivados para o uso de sintomas motores na doença de Parkinson: uma revisão sistemática e metanálise.

Antecedentes: Mudanças recentes no status legal da cannabis em vários países renovaram o interesse em explorar seu uso na doença de Parkinson (DP). O uso de canabinóides para alívio de sintomas motores tem sido amplamente explorado em estudos pré-clínicos.

Objetivo: Nosso objetivo é revisar sistematicamente e meta-analisar a literatura sobre o uso de cannabis medicinal ou seus derivados (MC) em pacientes com DP para determinar seu efeito na função motora e seu perfil de segurança.

Métodos: Revisamos e analisamos ensaios clínicos randomizados (ECRs) originais e de texto completo e estudos observacionais. Os desfechos primários foram alteração na função motora e discinesia. Os desfechos secundários incluíram eventos adversos e efeitos colaterais. Todos os estudos foram analisados quanto ao risco de viés.

Resultados: Quinze estudos, incluindo seis ECRs, foram analisados. Destes, 12/15 (80%) mencionam tratamento concomitante com medicamentos antiparkinsonianos, mais comumente levodopa. Os desfechos primários foram mais frequentemente medidos usando a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) entre os ECRs e o autorrelato do paciente sobre a melhora dos sintomas foi amplamente utilizado entre os estudos observacionais. A maioria dos dados observacionais sem controles apropriados teve estimativas de efeito favorecendo a intervenção. No entanto, os estudos controlados não

demonstraram melhora significativa dos sintomas motores em geral. A meta-análise de três ensaios clínicos randomizados, incluindo um total de 83 pacientes, não demonstrou uma melhora estatisticamente significativa na variação do escore UPDRS III (MD -0,21, IC 95% -4,15 a 3,72; $p = 0,92$) com o uso de MC. Apenas um estudo relatou melhora estatisticamente significativa na discinesia ($p < 0,05$). A intervenção foi geralmente bem tolerada. Todos os RCTs tiveram um alto risco de viés.

Conclusão: Embora estudos observacionais estabeleçam alívio de sintomas subjetivos e interesse em CM entre pacientes com DP, não há evidências suficientes para apoiar sua integração na prática clínica para tratamento de sintomas motores. Isso se deve principalmente à falta de dados de boa qualidade.

Cannabinoids in the management of behavioral, psychological, and motor symptoms of neurocognitive disorders: a mixed studies systematic review

Canabinóides no manejo de sintomas comportamentais, psicológicos e motores de distúrbios neurocognitivos: uma revisão sistemática de estudos mistos

Objetivo: Realizamos esta revisão sistemática para determinar a eficácia e segurança da medicina à base de cannabis como tratamento para sintomas comportamentais, psicológicos e motores associados a distúrbios neurocognitivos.

Métodos: Realizamos uma revisão sistemática guiada pelo PRISMA para identificar estudos usando medicamentos à base de cannabis para tratar sintomas comportamentais, psicológicos e motores em indivíduos com

demência da doença de Alzheimer (DA), doença de Parkinson (DP) e doença de Huntington (DH). Foram considerados artigos em língua inglesa que fornecessem dados originais de três ou mais participantes, independentemente do design.

Resultados: Identificamos 25 estudos de 1991 a 2021 compostos por 14 ensaios controlados, 5 estudos piloto, 5 estudos observacionais e 1 série de casos. Na maioria dos casos, os canabinóides testados foram dronabinol, cannabis inteira e canabidiol, e os diagnósticos incluíram AD (n = 11), DP (n = 11) e HD (n = 3). Os desfechos primários foram sintomas motores (por exemplo, discinesia), distúrbios do sono, cognição, equilíbrio, peso corporal e ocorrência de eventos adversos decorrentes do tratamento.

Conclusões: Um resumo narrativo dos achados do número limitado de estudos na área destaca uma aparente associação entre produtos à base de canabidiol e alívio de sintomas motores em HD e DP e uma aparente associação entre canabinóides sintéticos e alívio de sintomas comportamentais e psicológicos de demência na DA, DP e DH. Essas conclusões preliminares podem orientar o uso de canabinóides à base de plantas versus sintéticos como tratamentos alternativos seguros para o gerenciamento de sintomas neuropsiquiátricos em populações de pacientes neurocognitivos vulneráveis.

Cannabinoid treatment for autism: a proof-of-concept randomized trial

Antecedentes: A disfunção endocanabinóide em modelos animais de transtorno do espectro do autismo (ASD) e o acúmulo, embora anedótico, de evidências de eficácia em humanos motivaram esta comparação duplo-cega controlada por placebo de duas soluções orais de canabinóides em

150 participantes (idade 5-21 anos) com ASD.

Métodos: Testamos (1) BOL-DP-O-01-W, um extrato de planta inteira de cannabis contendo canabidiol e $\Delta 9$ -tetraidrocanabinol na proporção de 20:1 e (2) BOL-DP-O-01, canabidiol purificado e $\Delta 9$ -tetraidrocanabinol na mesma proporção. Os participantes (N = 150) receberam placebo ou canabinóides por 12 semanas (testando a eficácia), seguidos por um washout de 4 semanas e um cross-over predeterminado por mais 12 semanas para avaliar melhor a tolerabilidade. As medidas de resultado primário de eficácia registradas foram a melhora nos problemas comportamentais (diferenças entre o extrato da planta inteira e o placebo) no Home Situation Questionnaire-ASD (HSQ-ASD) e na escala Clinical Global Impression-Improvement com pontos ancorados de comportamento disruptivo (CGI-I) . As medidas secundárias foram a Escala de Responsividade Social (SRS-2) e o Índice de Estresse Parental com Autismo (APSI).

Resultados: As mudanças nas pontuações totais do HSQ-ASD (desfecho primário) e APSI (desfecho secundário) não diferiram entre os grupos. O comportamento disruptivo no CGI-I (resultado co-primário) melhorou muito ou muito em 49% no extrato da planta inteira (n = 45) versus 21% no placebo (n = 47; p = 0,005). A pontuação total mediana de SRS (resultado secundário) melhorou em 14,9 no extrato da planta inteira (n = 34) versus 3,6 pontos após o placebo (n = 36); p = 0,009). Não houve eventos adversos graves relacionados ao tratamento. Os eventos adversos comuns incluíram sonolência e diminuição do apetite, relatados em 28% e 25% no extrato da planta inteira, respectivamente (n = 95); 23% e 21% em canabinóides puros (n = 93), e 8% e 15% em placebo (n = 94). Limitações A falta de dados farmacocinéticos e uma ampla gama de idades e níveis funcionais entre os participantes justificam cautela ao interpretar os resultados.

Conclusões: Este estudo intervencional fornece evidências de que BOL-DP-O-01-W e BOL-DP-O-01, administrados por 3 meses, são bem tolerados. As evidências de eficácia dessas intervenções são confusas e insuficientes. Testes adicionais de canabinóides em TEA são recomendados. Registro do estudo ClinicalTrials.gov: NCT02956226. Registrado em 06 de novembro de 2016, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02956226>.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

Medicamentos como a risperidona e o aripiprazol são os dois únicos medicamentos disponíveis reconhecidos pela Food and Drug Administration, principalmente para tratar os sintomas comportamentais desse distúrbio. Essas drogas têm eficácia limitada e alto potencial de induzir efeitos indesejáveis, comprometendo a adesão ao tratamento.

Risperidona- Autismo Pacientes pediátricos (5 a 17 anos) A dose de risperidona deve ser individualizada de acordo com as necessidades e a resposta do paciente. O tratamento deve ser iniciado com 0,25 mg/dia para pacientes com peso < 20 kg e 0,5 mg/dia para pacientes com peso ≥ 20 kg. No Dia 4, a dose deve ser aumentada em 0,25 mg/dia para pacientes com peso < 20 kg e em 0,5 mg/dia para pacientes com peso ≥ 20 kg. Essa dose deve ser mantida e a resposta deve ser avaliada ao redor do 14º dia. Apenas para os pacientes que não obtiverem resposta clínica suficiente, aumentos adicionais da dose devem ser considerados. Os aumentos da dose devem ser realizados em intervalos ≥ 2 semanas em aumentos de 0,25 mg para pacientes < 20 kg ou 0,5 mg para pacientes ≥ 20 kg. Em estudos clínicos, a dose máxima estudada não excedeu uma dose diária total de 1,5 mg em pacientes < 20 kg, 2,5 mg em pacientes ≥ 20 kg ou 3,5 mg em pacientes > 45 kg. Doses inferiores a 0,25 mg/dia não se mostraram efetivas nos estudos clínicos. Doses de risperidona em pacientes pediátricos com autismo (total em mg/dia)

Peso	Dias 1-3	Dias 4-14+	Incrementos quando for
< 20 kg	0,25 mg	0,25 mg	0,25 mg
≥ 20 kg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg

Nota Técnica nº 10085/2026NATJUS – TJMG

necessário aumentar a dose Intervalo Posológico < 20kg 0,25 mg 0,5 mg +0,25 mg em intervalos ≥ 2 semanas 0,5 mg – 1,5 mg ≥ 20 kg 0,5 mg 1,0 mg +0,5 mg em intervalos ≥ 2 semanas 1,0 mg – 2,5 mg* * pacientes pesando > 45 kg podem necessitar de doses maiores; a dose máxima avaliada foi 3,5 mg/dia. A risperidona pode ser administrada uma ou duas vezes ao dia. Os pacientes que apresentarem sonolência podem se beneficiar de uma mudança na administração de uma vez ao dia para duas vezes ao dia ou uma vez ao dia ao deitar-se. Uma vez que uma resposta clínica suficiente tenha sido obtida e mantida, deve-se considerar a redução gradual da dose para obter um equilíbrio ótimo de eficácia e segurança.

O **Aristab** (princípio ativo: aripiprazol). Em 2026, a forma farmacêutica mais comum para o uso infantil é a **suspensão oral (1 mg/ml)**, que facilita o ajuste preciso da dosagem e a deglutição.

Indicações Comuns em Crianças

- **Transtorno do Espectro Autista (TEA):** Indicado para tratar a irritabilidade, agressividade, crises de raiva e mudanças bruscas de humor em crianças de **6 a 17 anos**.
- **Transtorno Bipolar:** Utilizado no tratamento de episódios de mania ou mistos.
- **Esquizofrenia:** Indicado para adolescentes a partir de 13 anos.

Posologia e Administração

- **Dose Inicial:** Geralmente começa com **2 mg/dia** (2 ml da suspensão), podendo ser ajustada conforme orientação médica.
- **Ajuste:** A dose recomendada para autismo costuma ser de **10 mg/dia**, com limite máximo de 15 mg/dia.
- **Uso:** Deve ser tomado uma vez ao dia, com ou sem alimentos.

V – CONCLUSÕES:

✓ O espectro autista (ou transtorno do espectro autista, TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, associados a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades.

✓ O diagnóstico é clínico, baseado na observação do comportamento e na história do desenvolvimento, pois não existem biomarcadores específicos para o TEA.

✓ Os critérios diagnósticos para o transtorno do espectro autista (TEA), de acordo com o DSM-5

A. Déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos,

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes:

C. Os sintomas devem estar presentes no início do período de desenvolvimento, embora possam não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas, ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas posteriormente.

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida

E. Esses distúrbios não são melhor explicados por deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento

✓ As intervenções podem ser **intervenção comportamental intensiva precoce** (ICIP, exemplo método ABA) ou **intervenções Comportamentais**

Desenvolvimentais Naturalísticas (NDBI exemplo Early Start Denver Model, Pivotal Response Treatment ,Joint Attention Symbolic Play and Engagement Regulation , Early Social Interaction

✓ A eficácia comparativa da intervenção comportamental intensiva precoce (ICIP) e das intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalistas (ICDN) para crianças com transtorno do espectro autista é complexa.

✓ Tanto a ICPI (Método ABA) quanto as ICDN (Método Denver) produzem melhorias pequenas a moderadas no comportamento adaptativo, no funcionamento cognitivo e na linguagem, mas nenhuma das abordagens demonstra superioridade clara sobre a outra em ensaios randomizados de alta qualidade.

✓ Embora intervenções intensivas (mínimo de 20 horas/semana por 2-3 anos) sejam frequentemente recomendadas, a evidência que apoia essas recomendações é limitada principalmente a estudos quase-experimentais pequenos

✓ **Em ambas as abordagens são baseadas em evidências, mas a força das evidências é modesta e são necessários mais ensaios rigorosos para esclarecer os modelos de intervenção ideais, a intensidade e os resultados a longo prazo.**

✓ Não estão indicados regimes com alta carga horária de terapias que além de apresentarem evidência de eficácia privam o paciente do convívio familiar

✓ Intervenções, como musicoterapia e melatonina para distúrbios do sono, têm evidência limitada, mas podem ser consideradas em casos específicos.

✓ Não há evidência para tratamentos como agentes antifúngicos, imunoterapia ou oxigênio hiperbárico, e a terapia de quelantes é contraindicada devido ao risco de danos.

✓ Para sintomas associados, como irritabilidade e agressividade, antipsicóticos de segunda geração (risperidona e aripiprazol) podem ser

utilizados, sendo aprovados nos EUA para esse fim, mas com monitoramento rigoroso dos efeitos adversos metabólicos

- ✓ Ainda não existe consenso na literatura quanto ao uso de canabidióis para tratamento do TEA , e de outros distúrbios com sintomas comportamentais, psicológicos, motores, neurocognitivos, neuropsiquiátricos como na doença de Alzheimer , doença de Parkinson
- ✓ Não existe evidências o suficiente na literatura para indicar uso da medicação solicitada, canabidiol
- ✓ O aripripazol está bem indicado para caso em tela
- ✓ Aripripzol não está disponível no SUS para o tratamento do autismo
- ✓ Existe PCDT no SUS para tratamento de autismo , em anexo.
- ✓ Anexo nota técnica do Hospital Sírio Libanês sobre o tema

V – REFERÊNCIAS:

Autism Spectrum Disorder: Updated Guidelines from the American Academy of Pediatrics.

American Academy of Family Physicians (2020). 2020. **Guideline**

Comprehensive ABA-based Interventions in the Treatment of Children With Autism Spectrum Disorder - A Meta-Analysis.

BMC Psychiatry. 2023. Eckes T, Buhlmann U, Holling HD, Möllmann A.

Interventions Based on Early Intensive Applied Behaviour Analysis for Autistic Children: A Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis.

Health Technology Assessment. 2020. Rodgers M, Marshall D, Simmonds M, et al.

Autism Spectrum Disorder.

 Lancet. 2018. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J.

Autism Spectrum Disorder: A Review.

Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children With Autism Spectrum Disorders (ASD).

 The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA.

Evidence-Based Support for Autistic People Across the Lifespan: Maximising Potential, Minimising Barriers, and Optimising the Person-Environment Fit.

 The Lancet. Neurology. 2020. Lai MC, Anagnostou E, Wiznitzer M, Allison C, Baron-Cohen S.

Clinically Significant Outcomes of Early Intensive Behavioral Intervention for Children With Autism Spectrum Disorders: An Individual Participant Data Meta-Analysis.

Autism Research : Official Journal of the International Society for Autism Research. 2026. Eldevik S, Strømngren B, Eikeseth S, et al. **New**

Autism Spectrum Disorder.

 Lancet. 2018. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J.

Determining Associations Between Intervention Amount and Outcomes for Young Autistic Children: A Meta-Analysis.

- JAMA Pediatrics. 2024. Sandbank M, Pustejovsky JE, Bottema-Beutel K, et al.

Ministério da Saúde – Aprova Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da Epilepsia. Disponível em

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/07/pcdt-epilepsia-2013.pdf>. Acesso em 26 fev. 2021. [ix] ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EPILEPSIA. Uso do Cannabidiol para tratamento de
Nota Técnica nº 10085/2026NATJUS – TJMG

epilepsia. Disponível em: <http://www.epilepsiabrasil.org.br/noticias/uso-docannabidiol-para-tratamento-de-epilepsia> Acesso em 26 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Nota oficial da Academia Brasileira de Neurologia sobre o uso do Canabidiol em Epilepsia. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/nota-oficial-da-academia-brasileira-de-neurologia-sobre-o-uso-canabidiol-em-epilepsia/> Acesso em: 26 fev 2021..

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2113/2014. Disponível em: . Acesso em: 11 dez. 2017. 10 MS/SCTI. Portaria nº56 de 01 de dezembro de 2017. Incorporação do Levetiracetam Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Legislacao/Portaria_56_5_12_2017.pdf>. Acesso em: 26 fev 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sala de Imprensa. Notícias 2015. Canabidiol é reclassificado como substância controlada. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/canabidiol-e-reclassificado-como-substanciacontrolada/219201/pop_up_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR>. Acesso em: 26 fev. 2021.

Conitec

Silva EAD Junior, Medeiros WMB, Torro N, Sousa JMM, Almeida IBCM, Costa FBD, Pontes KM, Nunes ELG, Rosa MDD, Albuquerque KLGD. Cannabis and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2022 Jun 13;44:e20200149. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0149. PMID: 34043900; PMCID: PMC9887656.

Poleg S, Golubchik P, Offen D, Weizman A. Cannabidiol as a suggested candidate for treatment of autism spectrum disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2019 Mar 8;89:90-96. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.08.030. Epub 2018 Aug 29. PMID: 30171992.

Thanabalasingam SJ, Ranjith B, Jackson R, Wijeratne DT. Cannabis and its derivatives for the use of motor symptoms in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. Ther Adv Neurol Disord. 2021 May 25;14:17562864211018561. doi: 10.1177/17562864211018561. PMID: 34104218; PMCID: PMC8161868.

Bahji A, Breward N, Duff W, Absher N, Patten SB, Alcorn J, Mousseau DD. Cannabinoids in the management of behavioral, psychological, and motor symptoms of neurocognitive disorders: a mixed studies systematic review. J Cannabis Res. 2022 Mar 14;4(1):11. doi: 10.1186/s42238-022-00119-y. PMID: 35287749; PMCID: PMC8922797.

Schaaf RC, Dumont RL, Arbesman M, May-Benson TA. Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2018 Jan/Feb;72(1):7201190010p1-7201190010p10. doi: 10.5014/ajot.2018.028431. PMID: 29280711.

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO, PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 7, DE 12 DE ABRIL DE 2022

VI – DATA: 07/08/2026

NATJUS TJMG