





# Acompanhamento clínico de cinco crianças com transtorno do espectro autista que usam óleo de cannabis full spectrum como terapêutica complementar: uma série de casos

Clinical follow-up of five children with autism spectrum disorder using full spectrum cannabis oil as a complementary therapy: a case series

*Seguimiento clínico de cinco niños con trastorno del espectro autista utilizando aceite de cannabis de espectro completo como terapia complementaria: una serie de casos*

Ana Beatriz Medeiros e Paula<sup>1</sup> , Igor Bronzeado Cahino Moura de Almeida<sup>1</sup> ,  
Luíza Alcântara Pontes de Lemos<sup>1</sup> , Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por déficits na comunicação e na interação social, além de comportamentos repetitivos e restritivos, geralmente manifestados por volta dos 3 anos. **Objetivos:** Avaliar a resposta terapêutica de cinco pacientes pediátricos com TEA que utilizaram óleo de cannabis full spectrum rico em canabidiol (CBD) 20 mg/ml associado ao tratamento medicamentoso convencional, acompanhados na Atenção Primária à Saúde no primeiro semestre de 2024. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional e descritivo, do tipo série de casos, baseado em busca ativa em prontuários digitais. Utilizaram-se instrumentos validados para diagnóstico e avaliação clínica (Childhood Autism Rating Scale - CARS e Autism Treatment Evaluation Checklist - ATEC), além de roteiro semiestruturado fundamentado na Case Report (CARE checklist), permitindo a coleta de dados essenciais sobre a evolução dos pacientes que faziam uso complementar do óleo de cannabis. **Resultados:** Dos cinco pacientes, três eram meninos e duas meninas, entre 5 e 11 anos. Dois foram classificados com autismo grave e três com autismo leve a moderado. A média de idade ao diagnóstico foi de 42,6 meses, e o uso de CBD durou, em média, 7,4 meses. Todos apresentaram melhora expressiva em sintomas como agressividade, insônia, hiperatividade, interação social, comportamentos repetitivos, seletividade alimentar e concentração. As medicações associadas incluíram risperidona, clorpromazina, lamotrigina e topiramato, sendo a risperidona a mais utilizada. **Conclusão:** O óleo de cannabis rico em CBD demonstrou efeitos terapêuticos positivos em pacientes com sintomas persistentes do TEA, sem registro de eventos adversos relacionados ao seu uso inicial.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Cannabis; Maconha medicinal; Medicamentos para a atenção básica; Transtorno do espectro autista.

**Como citar:** Paula ABM, Almeida IBCM, Lemos LAP, Albuquerque KLG. Acompanhamento clínico de cinco crianças com transtorno do espectro autista que usam óleo de cannabis full spectrum como terapêutica complementar: uma série de casos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4567. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4567](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4567)

### **Autora correspondente:**

Ana Beatriz Medeiros e Paula  
E-mail: abmep@academico.ufpb.br

### **Fonte de financiamento:**

não se aplica.

### **Parecer CEP:**

CAAE: 80434724.4.0000.5188

TCLE: sim.

### **Procedência:**

não encomendado.

### **Editora associada:**

Alice Uchoa

### **Avaliação por pares:**

externa.

Recebido em: 07/11/2024.

Aprovado em: 20/10/2025.



## Abstract

**Introduction:** Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by communication and social interaction deficits, along with repetitive and restrictive behaviors, typically emerging around age three. **Objectives:** To assess the therapeutic response of five pediatric patients with ASD using full-spectrum cannabis oil rich in cannabidiol (CBD) 20 mg/ml combined with conventional pharmacotherapy, monitored in Primary Health Care during the first half of 2024. **Methods:** An observational, descriptive case series study was conducted through active review of digital medical records. Validated tools for diagnosis and clinical assessment (Childhood Autism Rating Scale - CARS and Autism Treatment Evaluation Checklist - ATEC) were applied, along with a semi-structured script based on the Case Report (CARE checklist) to collect essential information on the clinical evolution of patients using complementary cannabis oil therapy. **Results:** The sample included three boys and two girls, aged 5 to 11 years. Two were classified with severe autism and three with mild to moderate autism. Mean age at diagnosis was 42.6 months, and average CBD use was 7.4 months. All patients experienced significant improvement in symptoms such as aggression, insomnia, hyperactivity, social interaction, repetitive behaviors, food selectivity, and concentration. Concomitant medications included risperidone, chlorpromazine, lamotrigine, and topiramate, with risperidone being the most common. **Conclusion:** CBD-rich cannabis oil showed positive therapeutic effects in patients with persistent ASD symptoms, with no adverse events reported after its introduction.

**Keywords:** Primary health care; Cannabis; Medical marijuana; Drugs for primary health care; Autism spectrum disorder.

## Resumen

**Introducción:** El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por déficits en la comunicación y en la interacción social, además de comportamientos repetitivos y restrictivos, generalmente manifestados alrededor de los 3 años. **Objetivos:** Evaluar la respuesta terapéutica de cinco pacientes pediátricos con TEA que utilizaron aceite de cannabis full spectrum rico en cannabidiol (CBD) 20 mg/ml junto con la farmacoterapia convencional, atendidos en la Atención Primaria de Salud durante el primer semestre de 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional y descriptivo, tipo serie de casos, basado en la revisión activa de historias clínicas digitales. Se emplearon instrumentos validados para diagnóstico y evaluación clínica (Childhood Autism Rating Scale - CARS y Autism Treatment Evaluation Checklist - ATEC), además de un guion semiestructurado basado en la Case Report (CARE checklist) para recopilar información sobre la evolución de los pacientes que utilizaban el aceite de cannabis complementariamente. **Resultados:** Tres pacientes eran niños y dos niñas, con edades entre 5 y 11 años. Dos fueron clasificados con autismo grave y tres con autismo leve a moderado. La edad media de diagnóstico fue de 42,6 meses y el uso promedio de CBD fue de 7,4 meses. Todos mostraron mejoría significativa en agresividad, insomnio, hiperactividad, interacción social, conductas repetitivas, selectividad alimentaria y concentración. Las medicaciones asociadas incluyeron risperidona, clorpromazina, lamotrigina y topiramato, siendo la risperidona la más frecuente. **Conclusión:** El aceite de cannabis rico en CBD mostró efectos terapéuticos favorables en pacientes con síntomas persistentes del TEA, sin eventos adversos relacionados con su inicio.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Cannabis; Marihuana medicinal; Medicamentos para atención básica; Trastorno del espectro autista.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta por meio de déficits na comunicação e na interação social, além de comportamentos repetitivos e restritivos.<sup>1</sup> Os sintomas geralmente surgem na primeira infância, com maior incidência ao redor dos 3 anos, e o diagnóstico pode ser estabelecido a partir dos 18 meses de idade. Os pacientes com TEA podem apresentar irritabilidade, ansiedade e comportamentos desafiadores, afetando não apenas a si mesmos, mas também suas famílias e círculos sociais.<sup>2,3</sup>

Fatores de risco incluem ter um irmão com TEA, histórico familiar de transtornos mentais, idade avançada dos pais, baixo peso ao nascer e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Embora esses fatores possam estar associados ao TEA, sua etiologia não é completamente compreendida, sendo provavelmente uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Estudos indicam que a taxa de concordância do TEA é maior em gêmeos idênticos do que em gêmeos fraternos, reforçando a influência genética.<sup>4-6</sup>

Marcos precoces de alerta podem incluir dificuldades motoras, resistência ao contato social e problemas de atenção. A identificação precoce e a intervenção especializada são cruciais para otimizar o

desenvolvimento, aproveitando a plasticidade cerebral das crianças.<sup>2</sup> De acordo com dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC),<sup>7</sup> em 2020, 1 a cada 36 crianças de 8 anos era diagnosticada com TEA nos Estados Unidos, com uma prevalência maior em meninos. No Brasil, estimativas indicam cerca de 2 milhões de autistas, representando aproximadamente 1% da população.<sup>8</sup>

O TEA não tem cura, mas o tratamento foca no manejo dos sintomas, por meio de intervenções multidisciplinares e, quando necessário, de terapia medicamentosa. Em João Pessoa, esse suporte não medicamentoso se dá por intermédio de instituições como a Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD) e o Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência (CRMIPD), que oferecem reabilitação para crianças e jovens com TEA, dispondo de diversos serviços.<sup>9,10</sup>

Os medicamentos mais comuns para o controle de sintomas em crianças com TEA incluem risperidona e aripiprazol, que visam diminuir a irritabilidade. Ambos são antipsicóticos com efeitos colaterais bem conhecidos, como ganho ponderal e síndrome metabólica. Já o metilfenidato é usado em casos associados ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).<sup>3,4</sup> Contudo, muitos pacientes não respondem adequadamente a essas medicações, levando à busca por alternativas terapêuticas. Os fitocanabinoides, especialmente o canabidiol (CBD), emergem como uma opção promissora, já que o CBD possui potencial terapêutico sem os efeitos psicoativos do tetrahydrocannabinol (THC).<sup>2,3,5</sup>

Dessa forma, o presente estudo visa realizar um levantamento dos dados clínicos e da resposta terapêutica de cinco pacientes pediátricos com Transtorno do Espectro Autista, em uso de óleo de *cannabis* rico em CBD 20 mg/ml *full spectrum* como terapêutica complementar, atendidos na Atenção Primária à Saúde entre 2022 e 2024.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico observacional e descritivo, de uma série de casos, realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Mudança de Vida, no bairro de Gramame, pertencente ao Distrito Sanitário II, na região entre João Pessoa e Conde, na Paraíba. O estudo tem como composição da amostra cinco pacientes diagnosticados por neurologistas da FUNAD com autismo infantil (CID-10 F84.0), em uso do óleo de *cannabis* rico em CBD 20 mg/ml *full spectrum* como adjuvante terapêutico para controle dos sintomas, selecionados propositadamente durante consultas com o médico participante da pesquisa durante o primeiro semestre de 2024.

Como critérios de inclusão, foram considerados: ter diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista; estar na faixa pediátrica; ser paciente do médico participante da pesquisa; fazer uso do óleo de *cannabis* de forma complementar à terapêutica medicamentosa. Para a coleta de dados, foi feita uma busca ativa no prontuário dos pacientes selecionados. Dessa forma, os dados foram levantados pela verificação de documentos e registros das consultas realizadas pelo médico responsável. As informações de interesse foram: idade, gênero, história da doença atual, tratamentos de escolha e resposta à terapêutica adotada. Após o fim da coleta, o uso do prontuário foi interrompido de imediato.

Além disso, foram utilizados questionários validados para avaliação do diagnóstico, bem como um roteiro esquematizado para a realização de entrevista guiada, focando nas informações mais importantes para compreender a história dos pacientes com o TEA, os caminhos e os resultados alcançados com o uso do óleo de *cannabis*. Não existem roteiros de pesquisa validados para estudar essas especificidades nesse perfil de paciente.

Por isso, foi utilizada uma entrevista semiestruturada desenvolvida pelos autores, contendo questionamentos para o responsável legal da criança, com base no *Case Report (CARE checklist)* e pontos do *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*,<sup>11</sup> a fim de trazer mais respaldo a esse questionário autoral.

Ademais, os pacientes foram avaliados com base na aplicação do *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*,<sup>12</sup> para classificá-los em: sem autismo (15–30), autismo leve a moderado (30–36) e autismo grave (36–60), conforme a análise do quadro atual dos pacientes. O resultado desse *score* foi comparado aos dados do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)* para classificar o nível de suporte dessas crianças.

As entrevistas, quando bem realizadas, permitem uma análise em profundidade e contribuem para o levantamento de informações consistentes que possibilitam descrever e compreender a lógica que rege as relações no interior do grupo estudado, sendo essenciais no mapeamento de práticas de universos sociais específicos.<sup>13</sup>

Por outro lado, o fato de se embasar em entrevistas fragiliza os resultados do trabalho, uma vez que envolve o viés de informação (de memória e de resposta), por depender do relato recordatório e da veracidade dos casos. Além disso, há o viés de seleção, pois todos os pacientes incluídos na pesquisa apresentaram boas respostas ao uso do óleo de *cannabis*, sem ser possível explicar uma contraposição comparativa à adoção dessa terapêutica de forma complementar.

Para armazenamento e sistematização dos dados coletados, foram elaboradas tabelas no Google Planilhas, a fim de realizar uma posterior comparação com a literatura vigente sobre o tema.

O estudo respeitou todos os aspectos éticos, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais dos pacientes selecionados. Além disso, houve submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 80434724.4.0000.5188, parecer de aprovação nº 6.966.704 e Carta de Anuência da USF Mudança de Vida, com número de processo 111.128 /2024.

## RESULTADOS

### Caso 1 e caso 2

As pacientes em questão são gêmeas univitelinas de sete anos, naturais de João Pessoa, Paraíba, ambas diagnosticadas com autismo infantil aos três anos. Os relatos a seguir descrevem suas experiências de tratamento.

#### Caso 1

Diagnosticada com TEA aos três anos, inicialmente não utilizou medicações, recebendo acompanhamento psicológico e fonoaudiológico na FUNAD. Ao completar seis anos, começou a apresentar irritabilidade, hiperatividade e comportamentos agressivos, afetando sua frequência escolar. O tratamento medicamentoso que iniciou incluía fluoxetina, topiramato e clorpromazina, mas os sintomas persistiram.

Em busca de uma solução, a mãe consultou o psiquiatra do CRMIPD, que recomendou a introdução de óleo de *cannabis*. Antes de iniciar, C1 estava em uso de risperidona e outros medicamentos até que,

ao ouvir o relato de outra mãe acerca de um médico prescritor de óleo de *cannabis*, a genitora de C1 decidiu conhecer mais sobre essa nova opção terapêutica e buscou orientação em consulta médica com o referido profissional. Em junho de 2023, C1 iniciou o tratamento complementar com o óleo de *cannabis*, de forma sequencial, suspendendo a clorpromazina sem perceber prejuízos.

Começou com seis gotas sublinguais do óleo de *cannabis* rico em CBD 20 mg/ml *full spectrum*, aumentando gradualmente para 20 gotas diárias. No momento da pesquisa, após 10 meses de uso, foram relatadas melhorias significativas: a comunicação da filha melhorou, passando a obedecer a comandos e expressar suas necessidades. Além disso, a agitação reduziu e a auto e heteroagressão cessaram. Apesar das melhorias, C1 apresenta um CARS de 39, classificando-se como autismo grave.

## Caso 2

Diagnosticada com TEA aos três anos, iniciou terapia medicamentosa aos seis anos com fluoxetina e topiramato. O tratamento foi inicialmente eficaz, mas, após um ano, C2 começou a chorar excessivamente e a demonstrar agressividade, levando a ajustes nas doses e à inclusão de lamotrigina.

Após dois meses, foi sugerido o uso de óleo de *cannabis*, começando com três gotas diárias, e aumentando para 27 gotas (9-9-9), enquanto a fluoxetina foi descontinuada. A lamotrigina também teve suas doses ajustadas. Desde o início do uso do óleo, C2 apresentou melhora na irritabilidade, hiperatividade e concentração.

No momento da pesquisa, estava em uso contínuo de óleo de *cannabis* há oito meses, com início em agosto de 2023. A mãe não teve resistência ao tratamento, já conhecendo casos com boas respostas. Atualmente, C2 apresenta um CARS de 30, situando-se no limiar entre sem autismo e autismo leve a moderado.

Esses casos demonstram a eficácia do uso de óleo de *cannabis* na modulação de sintomas do TEA, especialmente em pacientes que não responderam a tratamentos convencionais. As experiências de C1 e C2 ressaltam a importância de personalizar abordagens terapêuticas e a necessidade de mais pesquisas sobre intervenções alternativas no manejo do autismo.

Essa família consegue o óleo gratuitamente por meio de um programa social de isenção da Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (ABRACE), que foi a primeira associação de cultivo sem fins lucrativos do Brasil a conseguir respaldo jurídico para o plantio, produção e fornecimento de produtos derivados da *cannabis* para seus associados. Contudo, a mãe reitera, com receio, que só tem direito a mais quatro meses de gratuidade e teme que, após esse período, perca seu acesso ao tratamento por falta de condições financeiras. É válido salientar que, quando indagada sobre a perspectiva inicial quanto ao uso de uma medicação proveniente da *cannabis*, ela relatou que não houve qualquer resistência, pois já sabia sobre seus benefícios por conhecer outras pessoas que usavam e tinham boas respostas. Ela demonstrou muita satisfação pelo uso dos remédios, porque, nos períodos de crise, C2 não queria sequer aderir às consultas.

## Caso 3

O paciente é um menino de 10 anos, pardo, natural de Santa Rita e residente em João Pessoa, Paraíba. Diagnosticado com TEA aos três anos e sete meses, começou um tratamento não medicamentoso com psicólogos e fonoaudiólogos, além de atividades como natação. Apresentava comportamentos típicos

do autismo, como empilhamento de objetos, movimentos repetitivos, dificuldade em responder quando chamado, atraso na fala e caminhar na ponta dos pés.

Baseada na suspeição inicial, a genitora levou-o à fonoaudióloga com um ano e seis meses de idade, e então iniciaram a investigação de déficit auditivo. Após confirmar a audição normal, o paciente foi avaliado na FUNAD durante oito meses, resultando no diagnóstico de TEA em 2017. Aos sete anos, devido ao aumento da ansiedade e de comportamentos agressivos durante a pandemia, iniciou o uso de risperidona, inicialmente em doses de 0,5 mL a cada 12 horas, posteriormente aumentadas para 1 mL. Outros medicamentos, como imipramina e clorpromazina, também não mostraram eficácia significativa.

Mediante o uso da risperidona em monoterapia, não apresentou efeitos negativos, mas também não se verificou melhora dos sintomas mais importantes para o paciente. O mesmo foi observado ao utilizar a clorpromazina, o que levou uma funcionária da FUNAD a sugerir que a genitora pesquisasse sobre o óleo de *cannabis*, falando sobre a Associação Canábica Florescer (ACAFLOR) e a Associação Brasileira de Apoio Cannabis Esperança (ABRACE).

Por indicação da ABRACE, ela encontrou um médico de família e comunidade (MFC), o qual é um prescritor de *cannabis* medicinal, e iniciou o acompanhamento com ele. Em agosto de 2023, começou o uso do óleo, sem apresentar nenhuma resistência ou receio quanto à medicação à base de *cannabis*, pois estava esperançosa pela possibilidade de melhora do filho.

Em consulta, o médico esclareceu, de forma realista, que a introdução do óleo seria uma tentativa de melhorar a qualidade de vida da criança, mas que não agiria de forma milagrosa. Com base em uma decisão terapêutica conjunta, concordaram em tentar e iniciaram o tratamento com nove gotas (3-3-3), chegando à dose de 16 gotas diárias (8-0-8). A clorpromazina foi mantida em 25 mg (1-1-1), administrada uma hora após o óleo de *cannabis*, a fim de evitar interações medicamentosas.

Após a introdução do óleo, C3 reduziu significativamente as crises de hiperatividade, que passaram de diárias para cerca de duas mensais. Além disso, houve avanços na linguagem e melhora no sono. Atualmente, apresenta um CARS de 31, classificando-o como autismo leve a moderado, o que sugere uma melhora significativa do quadro após a introdução do óleo de *cannabis* em seu tratamento.

#### Caso 4

O paciente é um menino de 11 anos, pardo, natural e residente em João Pessoa, Paraíba. Diagnosticado com TEA em setembro de 2023, apresentava hiperatividade, déficit de aprendizado, déficit de atenção, esquecimento rápido e atraso na fala. Apesar de iniciar o desenvolvimento da linguagem normalmente, enfrentou dificuldades com falas mais complexas. Esses sinais surgiram por volta dos três anos.

Aos 10 anos, foi encaminhado para a FUNAD por uma psicóloga, onde a neurologista aventou o diagnóstico de TEA. O tratamento inicial incluiu risperidona 1 mg/ml, com administração de 0,5 mL a cada 12 horas. Embora houvesse uma leve melhora na concentração e na hiperatividade, o paciente desenvolveu compulsividade alimentar, resultando em um ganho de dois quilos por semana, além de distúrbios do sono.

Durante uma consulta na USF, foi diagnosticada obesidade infantil. Para otimizar o tratamento, a lamotrigina 25 mg foi adicionada (1-0-1). Nesse contexto, o médico sugeriu a terapia com o óleo de *cannabis*, porque percebeu o paciente muito impaciente, ansioso e desatento. Assim, o médico que o acompanhava na USF trouxe a alternativa como uma opção a ser ponderada em conjunto com a família, elucidando possíveis dúvidas.

Foi então prescrito o óleo de *cannabis* rico em CBD 20 mg/ml *full spectrum*, com três gotas sublinguais a cada oito horas, aumentando de uma a duas gotas semanalmente, se necessário. A família conseguiu a gratuidade do óleo por meio do programa de isenção da ABRACE, com o laudo fornecido pelo médico descrevendo o perfil social de baixa renda familiar, o que possibilitou a adesão terapêutica de forma adequada.

Após iniciar o óleo, o paciente apresentou melhora no comportamento e no sono, embora a compulsão alimentar e o ganho de peso continuassem. A risperidona foi diminuída gradativamente. O paciente realiza acompanhamento psicológico e, apesar do tratamento, ainda apresenta autismo nível 2 e um CARS de 47, caracterizando autismo grave.

A mãe não tinha experiência anterior com óleo de *cannabis*, mas não hesitou em iniciar o tratamento, focada na melhora do filho. Ela relatou ausência de efeitos colaterais e, na última consulta, a dose do óleo foi aumentada para cinco gotas a cada oito horas, para ajudar na redução da risperidona e no controle dos sintomas.

## Caso 5

O paciente é um menino de 5 anos, pardo, natural e residente em João Pessoa, Paraíba. Diagnosticado por um neurologista da FUNAD em 2019, com um ano e dois meses. A mãe suspeitou do transtorno ainda no primeiro ano de vida, devido ao atraso na fala, à evitação de contato visual e à rejeição a alimentos de certas texturas. Com o tempo, o quadro se agravou, apresentando comportamentos como andar na ponta dos pés, hiperatividade, agressividade e hipersensibilidade a barulhos.

Inicialmente, o paciente não utilizou medicação, apenas um floral natural. Após perceber que não era suficiente, a mãe consultou um neurologista, que prescreveu clorpromazina. Porém, essa medicação não trouxe resultados, e o paciente continuava a ter distúrbios do sono e dificuldade em lidar com aglomerações e sons altos.

Após quatro meses de observação, o neurologista introduziu risperidona e periciazina, mas os sintomas persistiram, mesmo com ajustes nas dosagens ao longo de um ano. Embora apresentasse uma leve calmaria após os múltiplos ajustes terapêuticos, a criança não interagia na escola, permanecia muito sensível aos sons e apresentava restrição alimentar. Aumentar a dose de periciazina resultou em piora da agressividade e da agitação, dificultando sua interação com outras crianças e com a própria mãe.

Diante desse cenário, a terapeuta ocupacional da FUNAD sugeriu considerar o uso de óleo de *cannabis*. Desse modo, a genitora buscou, por conta própria, mais informações acerca dessa terapêutica, procurando outras pessoas que utilizassem o óleo e, apesar do alto custo, interessou-se pela alternativa, pois seu filho estava sendo afetado negativamente em casa, na escola e nos atendimentos multidisciplinares.

Assim, em consulta com o MFC prescritor de *cannabis* medicinal, utilizou-se uma abordagem horizontal e clara a respeito das dúvidas em relação à terapia canabinoide, sendo apontadas as vantagens e desvantagens dessa opção terapêutica. O MFC forneceu, ainda, a documentação necessária para tentar a gratuidade da medicação, tendo em vista a baixa renda da família e a inviabilidade financeira de manutenção do tratamento.

Em setembro de 2023, a mãe iniciou o tratamento com óleo de *cannabis* rico em CBD 20mg/ml *full spectrum* da ABRACE, retirando a periciazina e mantendo a risperidona em 3 mL (1,5-0-1,5). Começou com nove gotas sublinguais (3-3-3) e, gradativamente, aumentou para 21 gotas diárias (7-7-7), observando melhora significativa.

A mãe inicialmente teve receios sobre o uso do óleo por ser feito com base em *cannabis*, mas, após dividir suas inseguranças com seu marido, decidiu prosseguir. Atualmente, C5 apresenta um CARS de 33, classificando-o como autismo leve a moderado.

Em vista dos casos apresentados, é importante ressaltar todos os sinais e sintomas descritos pelas mães de cada caso, pontuando quais desses sinais e sintomas apresentaram melhora após a introdução do óleo de *cannabis* rico em CBD 20mg/ml *full spectrum* na terapêutica medicamentosa. No Quadro 1, há um resumo dos principais dados desses relatos.

**Quadro 1.** Resumo dos sinais e sintomas que apresentaram melhora após o início do óleo de *cannabis* rico em CBD 20 mg/ml *full spectrum* como terapêutica complementar e tempo de uso desde a introdução, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

	<b>Medicações em uso atualmente e Tempo de uso do óleo de cannabis (até abril/2024)</b>	<b>Surgimento do interesse e processo de decisão compartilhada</b>	<b>Sinais apresentados desde o início do quadro</b>	<b>Sinais melhorados após a terapia combinada</b>
<b>Caso 1, sexo feminino, 7 anos</b>	Risperidona 1 mg (1-0-2) Lamotrigina 25 mg (1-0-0) Óleo de <i>cannabis</i> 20 mg/ml de CBD <i>full spectrum</i> 8 gotas (8-8-8) 10 meses	Indicado pelo psiquiatra do CRMIPD. Discutido com a família em consulta na USF.	Irritabilidade, agressividade, hiperatividade, distúrbio de sono, não manter contato visual, rejeição de toque físico, não obedecer a comandos, não apontar o que quer, só falar mamãe e papai, evitar interação social.	Irritabilidade, hiperatividade, distúrbio do sono, agressividade, comunicação, não obedecer a comandos, não apontar o que quer, evitar interação social.
<b>Caso 2, sexo feminino, 7 anos</b>	Lamotrigina 25 mg (2-0-0) Topiramato 50 mg (0-0-1) Óleo de <i>cannabis</i> 20 mg/ml de CBD <i>full spectrum</i> 9 gotas (9-9-9) 8 meses	Indicado por psiquiatra do CRMIPD. Discutido com a família em consulta na USF.	Irritabilidade, agressividade, falta de concentração, atraso de linguagem, evitar interação social.	Irritabilidade, concentração, agressividade.
<b>Caso 3, sexo masculino, 10 anos</b>	Clorpromazina 25 mg (1-1-1) Óleo de <i>cannabis</i> 20 mg/ml de CBD <i>full spectrum</i> (8-0-8) 8 meses	Indicado por um profissional de saúde da FUNAD. Discutido com a família em consulta na USF.	Comportamento repetitivo, focar mais em objetos do que em pessoas, andar nas pontas dos pés, não responder ao nome, atraso na fala, insônia, agitação, agressividade.	Fala, insônia, concentração, agitação.
<b>Caso 4, sexo masculino, 11 anos</b>	Risperidona 1 mg/ml 1,5 ml (0,75-0-0,75); Óleo de <i>cannabis</i> 20 mg/ml de CBD <i>full spectrum</i> 5 gotas (5-5-5); 4 meses	Indicado por MFC na Atenção Primária. Discutido com a família em consulta na USF.	Hiperatividade, déficit de aprendizagem, déficit de atenção, esquecimento rápido, atraso de fala, insônia, agressividade.	Hiperatividade, insônia e agressividade.
<b>Caso 5, sexo masculino, 5 anos</b>	Risperidona 1 mg/ml 1,5 mL (1,5-0-1,5); Óleo de <i>cannabis</i> 20 mg/ml de CBD <i>full spectrum</i> 7 gotas (7-7-7); 7 meses	Indicado por Terapeuta Ocupacional da FUNAD. Discutido com a família em consulta na USF.	Atraso na fala, evitar contato visual, rejeitar alguns alimentos com consistências específicas, andar de ponta de pé, hiperatividade, agressividade, sensibilidade a barulhos, distúrbios do sono.	Seletividade alimentar, distúrbios do sono, agressividade, hiperatividade.

É pertinente pontuar, ainda, que as condições familiares eram distintas, mas, no geral, as cinco famílias estudadas enquadram-se em um contexto de baixa renda e dependem, em grande parte, do Benefício de Prestação Continuada (BPC), de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) — Lei nº 8.742/1993, alterada pela Lei nº 12.470/2011, consonante à Política Pública de Assistência Social, garantindo a segurança de renda. Esse benefício é destinado a pessoas com deficiências ou doenças que incapacitam a manutenção do trabalho como forma de sustento financeiro, no valor de um salário mínimo mensal, que não exige contribuição do usuário e que pode ser requerido em qualquer agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O BPC vem sendo concedido desde janeiro de 1996 e, em dezembro de 2012, foram registrados dois milhões e doze mil benefícios ativos para as pessoas com deficiência.<sup>14</sup>

## DISCUSSÃO

O TEA tem origem na primeira infância, mas percebe-se que as crianças apresentam sintomas em diferentes etapas do neurodesenvolvimento. Em algumas, os sintomas são aparentes logo nos primeiros meses de vida, embora se note que os sintomas do TEA só sejam consistentemente identificados entre 12 e 24 meses. Apesar disso, o diagnóstico do TEA ocorre, em média, aos 4 ou 5 anos de idade, o que compromete a intervenção precoce. Isso consiste em um cenário problemático, já que o tratamento adequado com início precoce está associado a ganhos significativos no funcionamento cognitivo e adaptativo da criança. Desse modo, quando o diagnóstico é feito corretamente e a intervenção necessária é aplicada de forma precoce, é possível impedir a manifestação completa do TEA, por coincidir com um período do desenvolvimento em que o cérebro é altamente plástico e maleável.<sup>6,15</sup>

Por isso, é importante estar atento a alguns marcadores potencialmente determinantes no primeiro ano de vida, os quais incluem anormalidades no controle motor, atraso no desenvolvimento motor, sensibilidade diminuída a recompensas sociais, afeto negativo e dificuldade no controle da atenção.

Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)<sup>6</sup> listou os sinais de alarme sugestivos no primeiro ano de vida, o que pode ser visto no Quadro 2.

**Quadro 2.** Sinais de alarme sugestivos no primeiro ano de vida, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

- 1 - Perder habilidades já adquiridas, como balbúcio ou gesto dêitico de alcançar, contato ocular ou sorriso social;
- 2 - Não se voltar para sons, ruídos e vozes no ambiente;
- 3 - Não apresentar sorriso social;
- 4 - Baixo contato ocular e deficiência no olhar sustentado;
- 5 - Baixa atenção à face humana (preferência por objetos);
- 6 - Demonstrar maior interesse por objetos do que por pessoas;
- 7 - Não seguir objetos e pessoas próximos em movimento;
- 8 - Apresentar pouca ou nenhuma vocalização;
- 9 - Não aceitar o toque;
- 10 - Não responder ao nome;
- 11 - Imitação pobre;
- 12 - Baixa frequência de sorriso e reciprocidade social, bem como restrito engajamento social (pouca iniciativa e baixa disponibilidade de resposta)
- 13 - Interesses não usuais, como fixação em estímulos sensorio-viso-motores;
- 14 - Incômodo incomum com sons altos;
- 15 - Distúrbio de sono moderado ou grave;
- 16 - Irritabilidade no colo e pouca responsividade no momento da amamentação;

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria.<sup>6</sup>

É possível ver, no Quadro 3, a enumeração daqueles sinais que cada paciente apresentou. Nesse contexto, a avaliação formal do desenvolvimento neuropsicomotor é fundamental e indispensável, fazendo parte da consulta pediátrica. Por isso, no Quadro 4, podem-se consultar alguns dos sinais de alerta para avaliação na puericultura, segundo a SBP.<sup>6</sup>

**Quadro 3.** Sinais de alerta apresentados pelos pacientes no primeiro ano de vida, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

	Sinal de alarme
<b>Caso 1</b>	2,4,7,8,10,14
<b>Caso 2</b>	2,4,7,8,10
<b>Caso 3</b>	2,4,6,8,10,14
<b>Caso 4</b>	3,4,5,6,8,11,12,14
<b>Caso 5</b>	1,2,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15

**Quadro 4.** Sinais de alerta de acordo com a idade em meses, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

	Sinal de alarme
<b>6 meses</b>	Poucas expressões faciais Baixo contato ocular; Ausência de sorriso social; Pouco engajamento sociocomunicativo.
<b>9 meses</b>	Não faz troca de turno comunicativa; Não balbucia “mamã/papá”; Não olha quando chamado; Não olha para onde o adulto aponta; Imitação pouca ou ausente.
<b>12 meses</b>	Ausência de balbucios Não apresenta gestos; convencionais (abanar para dar tchau, por exemplo); Não fala mamãe/papai, ausência de atenção compartilhada.
<b>Em qualquer idade:</b>	Perdeu habilidades

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria.<sup>6</sup>

É fato que a prevalência do TEA tem aumentado exponencialmente: pesquisas do CDC demonstram esse aumento nas últimas décadas, de 1:150 crianças em 2000 para 1:44 em 2018, e, agora, 1:36 no relatório de 2020, revelando um aumento de aproximadamente 317%.<sup>16</sup> Por isso, muitas famílias têm tido dificuldades em obter o diagnóstico em tempo adequado para o início das intervenções necessárias, devido à congestão de serviços especializados no diagnóstico e no acompanhamento de transtornos do neurodesenvolvimento. Assim, as alterações nos domínios da comunicação social e da linguagem, bem como comportamentos repetitivos entre 12 e 24 meses, têm sido propostas como marcadores de identificação precoce para o autismo. Apesar desses sinais clínicos já serem identificados pela maioria dos pais a partir do primeiro ano de vida, as crianças, muitas vezes, só terão o diagnóstico de TEA na idade pré-escolar ou até mesmo escolar. O diagnóstico tardio e a consequente intervenção tardia em crianças com TEA causam prejuízos no seu desenvolvimento global.<sup>17,18</sup>

Isso se evidencia em um estudo recente realizado no Brasil, no qual as mães apontaram que as suas primeiras preocupações observadas no desenvolvimento atípico de suas crianças foram: atraso na linguagem verbal, falha em responder ao seu nome, falta de contato visual e agitação. Essas preocupações

iniciais aconteceram em uma média de idade de 23,6 meses e o diagnóstico formal só foi estabelecido próximo dos seis anos (59,6 meses), o que corresponde a um atraso significativo médio de 36 meses.<sup>19</sup>

Essa preocupação materna se ratifica em todos os pacientes avaliados no presente estudo, uma vez que os cinco apresentaram todos esses sinais em algum momento da infância. Além disso, o diagnóstico precoce foi estabelecido apenas no paciente C5 (um ano e dois meses), enquanto nos demais — C1 e C2 (três anos), C3 (três anos e sete meses) e C4 (10 anos) — a média da idade ao diagnóstico foi de 42,6 meses. Em contrapartida, as mães relataram suspeitas precocemente. No caso de C5, a genitora preocupou-se e buscou serviços especializados aos seis meses, enquanto no de C3 foi um pouco mais tarde, aos 18 meses. Já a mãe de C1 teve sua suspeita aos 15 meses, assim como sua irmã gêmea, C2. Por fim, a mãe de C4 teve suspeita somente aos três anos (36 meses). Assim, observa-se uma média de idade de suspeição de 18 meses, sendo o atraso diagnóstico dos pacientes neste estudo correspondente a 24,6 meses.

Esse atraso médio de pelo menos 36 meses<sup>19</sup> tem trazido maior morbidade aos pacientes, uma vez que a intervenção precoce é impedida e isso culmina em um pior uso da plasticidade neuronal nos primeiros anos de vida. Diante disso, faz-se imprescindível um esforço para que essa detecção precoce aconteça e para que a realidade nacional se modifique.<sup>6</sup> O relato que ratifica esse atraso no diagnóstico é o do Caso 4, no qual o paciente só teve a confirmação aos 10 anos de idade. Isso provavelmente ocorreu porque havia déficit intelectual e obesidade infantil associados, o que levou alguns médicos à hipótese de síndrome de Prader-Willi, protelando o diagnóstico correto.

No segundo ano de vida das crianças com TEA, podem aparecer os comportamentos repetitivos tanto com o próprio corpo quanto com objetos, sendo estes utilizados de modo nada comum, como, por exemplo, enfileirando sistematicamente os carrinhos, em detrimento do uso versátil e criativo que observamos em crianças neurotípicas. Além disso, fica evidente o não compartilhamento de objetos e a não participação em brincadeiras coletivas, bem como poucas atitudes comunicativas, mantendo um baixo contato visual. É perceptível, ainda, um aumento da irritabilidade e de uma dificuldade maior que o habitual em regular as emoções negativas.<sup>6</sup>

Como exposto no Quadro 2, podemos observar que os cinco pacientes apresentaram um quadro típico de TEA no primeiro ano de vida, com piora progressiva da hiperatividade e da agressividade com o passar dos anos. O paciente C3, por exemplo, apresentou esse comportamento estereotipado de empilhar objetos. Já os pacientes C2 e C5 não apresentavam bom controle emocional.

O Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com TEA preconiza que reavaliações sejam feitas a cada 6 (seis) meses, com o intuito de observar os ganhos obtidos, os pontos de estagnação e quais são as novas necessidades para uma reorientação individualizada das intervenções. Para isso, sugere-se que seja utilizada a escala ATEC.<sup>11,20</sup> Desse modo, a avaliação dos pacientes deste estudo pode ser vista na Tabela 1, na qual se apresenta o ATEC dos pacientes antes e depois da introdução do óleo de *cannabis* na terapêutica medicamentosa, bem como o CARS no período do estudo.

**Tabela 1.** ATEC antes e depois do tratamento combinado, com suas categorias, e CARS dos pacientes avaliados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

	ATEC L	ATEC S	ATEC P	ATEC C	ATEC T	CARS-BR
<b>Caso 1</b>	27 14	40 15	23 17	53 23	143 69	39
<b>Caso 2</b>	15 8	17 3	27 8	45 11	104 30	30
<b>Caso 3</b>	23 01	15 03	22 01	29 17	89 22	31
<b>Caso 4</b>	22 13	33 29	16 14	47 33	118 89	47
<b>Caso 5</b>	28 14	26 20	26 7	49 15	129 56	33

ATEC L: Linguagem; ATEC S: Sociabilidade; ATEC P: Percepção sensorial/cognitiva; ATEC C: Comportamento, Saúde, Aspectos físicos.

Nesse contexto, a Paraíba não tem um protocolo próprio, mas há alguns disponíveis no território nacional, como o Protocolo de Acesso aos Produtos Derivados de *Cannabis Spp.* para Tratamento do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo na Rede Pública de Saúde do Estado de Sergipe, que tem foco em estabelecer o fluxo para o acesso do paciente com TEA que apresente refratariedade de comportamento agressivo, estando um passo à frente de diversos outros estados brasileiros na garantia do acesso ao óleo de *cannabis* por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>21</sup>

Esse documento tem base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, produzido pelo Ministério da Saúde, em 2022, sendo o mais atual disponível em nível nacional. Esse documento, por sua vez, é de caráter nacional, devendo ser adotado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, da autorização, do registro e do ressarcimento dos procedimentos correspondentes, abrangendo pacientes com diagnóstico de TEA e com comportamento agressivo grave dirigido a si ou a terceiros, com baixa resposta ou baixa adesão às intervenções não medicamentosas.<sup>21,22</sup>

Ambos os protocolos elencam os benefícios esperados com o tratamento. Espera-se a melhora no funcionamento, na interação social e nas habilidades de comunicação e adaptativas, além de redução na frequência e na gravidade de comportamentos que culminam em agressividade, bem como a promoção do funcionamento acadêmico e melhora da cognição. Dessa forma, melhora-se o convívio com familiares e demais pessoas de seu ciclo social e otimiza-se, também, a adesão às terapias não medicamentosas, sendo, portanto, mais efetivas.

Como dito anteriormente, o TEA não tem uma causa determinada e, portanto, procura-se o controle da sintomatologia para promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes. Nesse contexto, entre as medicações mais utilizadas estão a risperidona e o aripiprazol, os quais são antipsicóticos atípicos e são os únicos medicamentos com indicação da *Food and Drug Administration* (FDA), dos Estados Unidos, para os sintomas relacionados ao TEA.<sup>23</sup>

Além deles, a SBP traz olanzapina, quetiapina, ziprasidona e clozapina, todos eficazes como antipsicóticos de segunda geração. No entanto, os antipsicóticos podem provocar efeitos colaterais importantes, como aumento de peso, síndrome metabólica, hiperprolactinemia, síndrome extrapiramidal, diminuição do limiar convulsígeno e, muito raramente, a síndrome neuroléptica maligna. Devido a isso, preconiza-se o tratamento das crianças sem o emprego de psicofármacos, excepcionalmente em caso de necessidade e devendo ser administrados por especialistas que tenham hábito na sua indicação precisa.<sup>6</sup>

Devido à política proibicionista contra a *cannabis*, o interesse por seus efeitos medicinais só foi resgatado na década de 1990, por meio da descrição dos receptores de canabinoides e da identificação de um sistema canabinoide endógeno no cérebro. O canabidiol (CBD) e o  $\Delta$ 9-tetrahydrocannabinol ( $\Delta$ 9-THC) são os princípios ativos mais abundantes na planta, e só foram isolados e estudados com mais profundidade após a década de 1960, permitindo amplos estudos acerca de suas propriedades farmacológicas. Além desses, a planta contém dezenas de outros canabinoides (estruturas químicas semelhantes ao CBD e THC) e outras estruturas químicas, como os terpenos e flavonoides, que também apresentam potencial terapêutico.<sup>2,24,25</sup>

Esses canabinoides agem ativando o sistema endocanabinoide por meio dos receptores CB1 e CB2. O CBD possui propriedades analgésica, anticonvulsivante, ansiolítica, anti-inflamatória, antitumoral e neuroprotetora, o que o torna aplicável em diversas enfermidades, mais popularmente em dor crônica. Ademais, é importante pontuar que o CBD também altera os níveis de glutamato, glutamina e GABA, substâncias que contribuem para a regulação de neurotransmissão excitatória e inibitória, tanto em

indivíduos neurotípicos quanto com TEA.<sup>26</sup> Em geral, efeitos adversos mínimos são relatados e, ainda assim, provenientes, em muitos dos casos, do uso concomitante de outras medicações.<sup>2</sup> Os efeitos adversos mais comuns, que geralmente ocorrem no início do tratamento, são sonolência, náuseas, vômitos, diarreia e alteração do apetite.<sup>3</sup>

O cenário sociopolítico atual destaca a regulação do uso medicinal da *cannabis*, especialmente após 2015, quando o CBD foi retirado da lista de substâncias proscritas, permitindo sua prescrição e importação. Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) regulamentou a importação de produtos à base de *cannabis* em 2015 e 2016, mas os altos custos tornaram o tratamento inacessível para muitas famílias. Diante disso, na Paraíba, surgiram Associações Canábicas, como a Liga Canábica da Paraíba e a ABRACE, para facilitar o acesso a essas medicações. Em 2019, a Anvisa publicou normas que autorizam a fabricação e importação de produtos de *cannabis*. Assim, nota-se que o uso de derivados de *cannabis* como medicamento está sendo cada vez mais estudado e pode se tornar um recurso cada vez mais importante na Atenção Primária à Saúde. Os marcos e conquistas para a terapêutica com o óleo de *cannabis* no Brasil nos últimos anos foram elencados no Quadro 5<sup>2,24,25,27-29</sup>.

**Quadro 5.** Marcos e conquistas para a terapêutica com óleo de *cannabis* no Brasil nos últimos anos, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024.

Ano	Marcos ou conquista para a terapêutica com óleo de <i>cannabis</i> no Brasil
2015	Retirada do CBD da lista de substâncias proscritas e inclusão na lista C1 da portaria 344/98. Anvisa regulamenta a importação de produtos à base de <i>cannabis</i> (RDC 17/2015).
2016	Liberação da importação e uso médico do THC e do CBD pela RDC 66/2016.
2019	Anvisa publica a RDC 327/2019, autorizando a fabricação e importação de produtos à base de <i>cannabis</i> para fins medicinais, além de estabelecer requisitos para a comercialização, a prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização desses produtos.
2023	Regulamentação pelo governador de São Paulo do fornecimento de remédios à base de <i>cannabis</i> pelo SUS para o tratamento da síndrome de Dravet, síndrome de Lennox-Gastaut e complexo da esclerose tuberosa. Apenas nos estados de Pernambuco, Paraíba e Amapá não há nenhum projeto apresentado.

Diante disso, alguns estudos mais recentes vêm demonstrando que substâncias derivadas da *Cannabis sativa* estão promovendo melhora na qualidade de vida de crianças com TEA, sem causar efeitos adversos graves, tornando-se uma alternativa terapêutica nesses casos em que os pacientes não apresentam boa resposta à terapêutica convencional. Contudo, ainda são necessários estudos mais robustos, a fim de comprovar sua real eficácia.<sup>1,3</sup>

No tocante ao TEA, muito tem sido discutido quanto aos avanços no uso terapêutico da *cannabis*. Tratando-se de canabidiol, estudos recentes apontam que o CBD tem um impacto positivo sobre o comportamento social e, portanto, surge como uma alternativa farmacológica no tratamento do TEA.<sup>24</sup> Em relação à escolha do produto, cabe enfatizar que as formulações *full spectrum* parecem ser mais eficazes em relação aos componentes isolados da *cannabis*, pelo efeito *entourage* (interação sinérgica entre os diversos compostos presentes na planta, particularmente o THC e o CBD), porém ainda não existe nenhum produto *full spectrum* aprovado pelo FDA para uso pediátrico. Assim, o manejo dos canabinoides na faixa etária pediátrica precisa ser realizado com cautela, em função dos possíveis efeitos deletérios do THC no cérebro em desenvolvimento.<sup>3</sup>

Foi pensando nisso que a prescrição para os casos relatados neste estudo envolveu o óleo de *cannabis* rico em CBD 20mg/ml *full spectrum*. Por se tratar de uma população pediátrica, foi tomada uma cautela extra em relação à concentração de THC, optando-se pelo óleo com a proporção de 20:1 de CBD/THC, com um espaçamento de pelo menos uma hora entre as outras medicações, para reduzir possíveis interações medicamentosas. Além disso, a prescrição envolvia uma progressão semanal do número de gotas, com um início de três gotas sublinguais três vezes ao dia após as refeições, aumentando uma gota por semana, até encontrar uma dose que fosse responsável pelo controle dos principais sintomas de cada paciente, sem a ocorrência de possíveis efeitos colaterais. As doses de manutenção dos pacientes estudados, por exemplo, mantiveram-se em torno de 1 mg/kg/dia de CBD.<sup>30</sup>

Nas últimas duas décadas, pais de crianças com TEA têm realizado um tratamento autônomo de seus filhos com *cannabis* medicinal e relatado sucesso terapêutico, apesar da falta de diretrizes clínicas sobre o assunto. Após a legalização da *cannabis* para uso medicinal em muitos países ocidentais, vários estudos abertos relataram que crianças com TEA apresentam boas respostas ao tratamento com *cannabis* rica em CBD e que esse tratamento é seguro e eficaz. Em estudos que utilizaram questionários para os pais, houve relato de melhoria na comunicação social, reduções em comportamentos perturbadores, incluindo automutilação, acessos de raiva, inquietação e agitação. Isso corrobora os achados dessa série de casos, uma vez que os relatos das mães dos pacientes envolvem os mesmos aspectos de melhoria.<sup>31</sup>

Segundo Silva Junior,<sup>1</sup> os resultados encontrados em seu ensaio clínico randomizado, duplo-cego e placebo controlado, envolvendo 60 crianças de 5 a 11 anos, demonstram que o óleo de *cannabis* rico em CBD é eficaz e pode ser utilizado como adjuvante terapêutico. Relata, também, a literatura a respeito da eficácia sobre a agitação, a concentração e a interação social, melhorando hiperatividade, inquietação, agitação psicomotora, ansiedade, cognição e atenção. Isso traz perspectivas otimistas para o futuro das crianças dentro do espectro autista, impactando diretamente sua qualidade de vida.

Além disso, em uma pesquisa israelense, foram avaliadas 188 crianças, com idade média de 13 anos, com tempo de seguimento de seis meses. Nesse estudo, foi utilizado um produto à base de óleo de *cannabis* na proporção de 20 CBD: 1 THC, e observou-se que houve 80% de melhora global e na qualidade de vida dos pacientes, com poucos efeitos colaterais, sendo o mais comum a sonolência.<sup>32</sup>

É válido reiterar, ainda, outro estudo duplo-cego controlado por placebo, o qual testou a eficácia da *cannabis* rica em CBD no tratamento do TEA. Foram incluídas 150 crianças e adolescentes com TEA, de 5 a 21 anos de idade, durante um período de três meses. O estudo revelou segurança e eficácia na melhoria dos principais sintomas do TEA, conforme atestado pelos pais, por meio de questionários, e com base na avaliação clínica dos pacientes, usando a escala de Impressão Clínica Global.<sup>33</sup>

De forma semelhante, um estudo aberto, realizado com o intuito de examinar 82 crianças e adolescentes com TEA, buscou avaliar a eficácia de seis meses de tratamento com *cannabis* rica em CBD, utilizando avaliações clínicas padronizadas (Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo — ADOS), entrevistas com pais (Escala de Comportamento Adaptativo Vineland) e questionários (Escala de Responsividade Social — SRS). Concluiu-se que a *cannabis* rica em CBD pode trazer benefícios para alguns indivíduos com TEA, incluindo melhoria nas habilidades de comunicação social, particularmente para participantes com alta gravidade inicial dos principais sintomas do TEA.<sup>31</sup>

Desse modo, o presente estudo avaliou a resposta terapêutica do uso do óleo de *cannabis* rico em CBD 20mg/ml *full spectrum* como adjuvante para pacientes pediátricos entre 5 e 11 anos. Observou-se que os pacientes apresentaram boa tolerabilidade, sem efeitos colaterais ou adversos importantes. No momento da pesquisa, os pacientes apresentavam entre 4 e 10 (média de 7,4) meses de uso do óleo

de forma complementar ao tratamento, com melhora dos sintomas de hiperatividade, insônia, irritabilidade, auto e heteroagressividade, além de melhora na comunicação, na interação social, na concentração e na seletividade alimentar, assim como previsto pelos protocolos vigentes.<sup>21,22</sup>

Ressalta-se que o presente estudo não propõe o uso indiscriminado do óleo de *cannabis* para pacientes pediátricos com TEA. Todos os casos relatados recorreram ao óleo de forma complementar à terapêutica já adotada, com o intuito de otimizar o controle clínico dos pacientes e reduzir alguns efeitos colaterais expressivos das medicações administradas, oferecendo melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ABMP: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Visualização, Escrita — primeira redação, Redação — revisão e edição. IBCMA: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Visualização, Redação — revisão e edição, Validação. LAPL: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Visualização, Escrita — primeira redação, Redação — revisão e edição. KLGDA: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Visualização, Escrita — revisão e edição.

## REFERÊNCIAS

1. Silva EAD Junior, Medeiros WMB, Santos JPMD, Sousa JMM, Costa FBD, Pontes KM, et al. Evaluation of the efficacy and safety of cannabidiol-rich cannabis extract in children with autism spectrum disorder: randomized, double-blind, and placebo-controlled clinical trial. *Trends Psychiatry Psychother.* 2024;46:e20210396. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0396>
2. Pina G, Figueiredo AVSMV, Santos AF, Coppolla MB, Silva IM, Passos PVF, et al. Transtorno do espectro autista infantil, Cannabis medicinal e fatores relevantes: revisão de literatura. *Braz J Health Rev.* 2023;6(5):25786-800. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-565>
3. Mimura PMP, Ferreira LS, Pereira CL. Cannabinoids for the treatment of autism and childhood epilepsy. *BrJP.* 2023;6(Supl. 2):139-41. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230022-en>
4. Montenegro MA, Celeri EHR, Casella EB. Transtorno do espectro autista-TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018.
5. Costa KCM. Avaliação dos efeitos do canabidiol sobre as consequências comportamentais induzidas pelo tratamento com o ácido valproico durante o período embrionário do zebrafish [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do Espectro do Autismo [Internet]. Brasil: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2019 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Ped.\\_Desenvolvimento\\_-\\_21775b-MO\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_do\\_Autismo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf)
7. Centers for Disease Control and Prevention. Autism and developmental disabilities monitoring (ADDM) network [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2023 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/pdf/ADDM-Community-Report-SY2020-h.pdf>
8. Oliveira C. Um retrato do autismo no Brasil. *Revista Espaço Aberto* [Internet]. 2015 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://biton.uspnet.usp.br/espaber/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil>
9. Prefeitura de João Pessoa. Centro de Referência Municipal para Inclusão da Pessoa com Deficiência [Internet]. João Pessoa: Prefeitura de João Pessoa; 2021 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/centro-de-referencia-municipal-para-inclusao-da-pessoa-com-deficiencia/>
10. Governo da Paraíba. A FUNAD. Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (Funad) [Internet]. Paraíba: Governo da Paraíba [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://funad.pb.gov.br/a-funad>

11. Rimland B, Edelson S. Autism Treat Eval Checklist (ATEC). San Diego: Autism Research Institute; 1999.
12. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. CARS: The childhood autism rating scale. Los Angeles: Western Psychological Services; 1988.
13. Duarte R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educ Rev.* 2004;20(24):213-25.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
15. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol.* 2008;20(3):775-803. <https://doi.org/10.1017/s0954579408000370>
16. Centers for Disease Control and Prevention. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2024 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
17. Randall M, Egberts KJ, Samtani A, Scholten RJ, Hooft L, Livingstone N, et al. Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD009044. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009044.pub2>
18. Lemay J-F, Yohemas M, Langenberger S. Redesign of the autism spectrum screening and diagnostic process for children aged 12 to 36 months. *Paediatr Child Health.* 2018;23(5):308-13. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx187>
19. Ribeiro SH, Paula CS de, Bordini D, Mari JJ, Caetano SC. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39(4):352-4. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2141>
20. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Grupo Técnico em TEA constituído pela Resolução SS-17 de 2013. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) [Internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2013 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/protocolo-do-estado-de-sao-paulo-de-diagnostico-tratamento-e-encaminhamento-de-pacientes-com-transtorno-do-espectro-autista-tea>
21. Conceição BM. Protocolo de acesso aos produtos derivados de cannabis spp. para tratamento do comportamento agressivo no transtorno do espectro do autismo na rede pública de saúde do estado de Sergipe [Internet]. Sergipe: Secretaria de Estado da Saúde; 2024 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Protocolos-Cannabis-SPP-Autismo.pdf>
22. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. PCDT - Comportamento agressivo no transtorno do espectro do autismo [Internet]. Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419\\_portal-portaria\\_conjunta\\_7\\_comportamento\\_agressivo\\_tea.pdf/view](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portal-portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf/view)
23. Anagnostou E, Zwaigenbaum L, Szatmari P, Fombonne E, Fernandez BA, Woodbury Smith M, et al. Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *CMAJ.* 2014;186(7):509-19. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121756>
24. Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Braz J Psychiatry.* 2006;28(2):153-7. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000200015>
25. Andrade KKPM, Carvalho MEB. Percepção dos responsáveis por crianças autistas sobre o uso de canabinóides no tratamento de sintomas desencadeados pelo espectro autista [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019.
26. Silva Junior EAD, Medeiros WMB, Torro N, Sousa JMM, Almeida IBCM, Costa FBD, et al. Cannabis and cannabinoid use in autism spectrum disorder: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.* 2022;44:e20200149. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0149>
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 17 de 6 de maio de 2015. Define os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. *Diário Oficial da União.* 2015;Seção 1(86):44-56.
28. Oliveira A. Relembre marcos dos 10 anos de cannabis medicinal no Brasil. *CNN Brasil* [Internet]. 2024 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/relembre-marcos-dos-10-anos-de-cannabis-medicinal-no-brasil/>
29. Tribunal de Justiça da Paraíba. Poder Judiciário. Câmara Criminal concede HC a associados da Acaflor para cultivo e uso de produtos da cannabis [Internet]. 2024 [acessado em 19 nov. 2025]. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/camara-criminal-concede-hc-a-associados-da-acaflo-para-cultivo-e-uso-de-produtos-da>
30. Barroso VV, Mello Neto P da C, Zimmer Junior CJ. Cannabis medicinal: guia de prescrição. Santana de Parnaíba: Manole; 2023.
31. Hacoheh M, Stolar OE, Berkovitch M, Elkana O, Kohn E, Hazan A, et al. Children and adolescents with ASD treated with CBD-rich cannabis exhibit significant improvements particularly in social symptoms: an open label study. *Transl Psychiatry.* 2022;12(1):375. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02104-8>
32. Bar-Lev Schleider L, Mechoulam R, Saban N, Meiri G, Novack V. Real life experience of medical cannabis treatment in autism: analysis of safety and efficacy. *Sci Rep.* 2019;9(1):200. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37570-y>
33. Aran A, Harel M, Cassuto H, Polyansky L, Schnapp A, Wattad N, et al. Tratamento com canabinóides para autismo: um ensaio randomizado de prova de conceito. *Mol Autismo.* 2021;12(1):6. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00420-2>