



CIM FORMANDO

BOLETIM DO CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS

3ª EDIÇÃO/2025

MEDICAMENTOS USADOS NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Jackson C. Rapkiewicz
Rafaela Grobe



O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se como uma série de condições que envolvem déficits em comunicação social (linguagem e interação), assim como a presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades⁽¹⁻³⁾. Classificado como um transtorno do desenvolvimento, a variação da sua apresentação justifica o uso do termo “espectro”⁽²⁾. É uma condição do desenvolvimento neurológico que está presente no nascimento, cujas primeiras manifestações, geralmente, aparecem em torno dos dois anos de idade⁽⁴⁾ e tendem a persistir na adolescência e na idade adulta⁽³⁾.

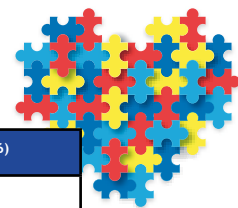
O quadro clínico pode variar, tanto em relação à gravidade quanto pelos sintomas principais e secundários, que podem ser classificados em categorias amplas, como: deficiência intelectual, autolesão, agressividade, distúrbios do sono, distúrbios alimentares e convulsões. Essa variação pode ocorrer no mesmo paciente, ao longo da vida, passando de dificuldades com a linguagem e hiperatividade na infância para distúrbios de humor e hipoatividade na adolescência e vida adulta jovem, por exemplo⁽²⁾. Apesar de cerca de um terço das crianças com TEA também terem deficiência intelectual, a proporção delas com inteligência média ou acima da média tem aumentado com o passar dos anos⁽¹⁾.

Além disso, indivíduos com TEA apresentam uma alta prevalência de comorbidades neuropsiquiátricas⁽⁵⁾. Apesar de esses sintomas poderem ser atípicos e difíceis de reconhecer, aproximadamente 70% das pessoas preenchem critério diagnóstico para, pelo menos, um outro transtorno mental ou de comportamento (frequentemente não reconhecido) e 40% apresentam, pelo menos, outros dois transtornos mentais, principalmente ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtorno desafiador de oposição⁽²⁾. Se não forem tratadas, essas comorbidades podem ter impactos prejudiciais e potencialmente irreversíveis para os indivíduos com TEA e suas famílias,



como diminuição da qualidade de vida e aumento do estresse, redução de oportunidades de estudo e emprego e aumento do risco de suicídio⁽⁵⁾.

O nível de gravidade do TEA é baseado nas disfunções de comunicação social e padrões de comportamento, conforme pode ser observado no Quadro 1⁽¹⁾.



Quadro 1. Nível de gravidade do TEA^(1,6).

Gravidade	Comunicação social ⁽⁶⁾	Padrão de comportamento ⁽⁶⁾
Nível 1 Requer suporte* ^(1,6)	• Sem a presença de suporte, nota-se prejuízo; • Dificuldade em iniciar interações sociais, com respostas atípicas para abertura social; • Interesse diminuído nas interações sociais; • Falha na conversação; • Tentativas de fazer amigos de forma estranha e malsucedida.	• Comportamento restritivo ou repetitivo interfere significativamente nas funções da vida diária; • Dificuldade para trocar de atividades; • Independência limitada por problemas com organização e planejamento.
Nível 2 Requer suporte* substancial ^(1,6)	• Déficits importantes na conversação; • Prejuízos aparentes mesmo com a presença de suporte; • Iniciação limitada nas interações sociais; • Resposta anormal/reduzida a aberturas sociais.	• Comportamentos restritivos ou repetitivos bastante frequentes, sendo óbvios para observadores casuais; • Esses comportamentos interferem numa grande variedade de ambientes; • Aflição e/ou dificuldade para mudar o foco ou ação.
Nível 3 Requer suporte* muito substancial ^(1,6)	• Prejuízos graves; • Iniciação de interações sociais muito limitadas; • Resposta mínima a aberturas sociais.	• Comportamento restritivo ou repetitivo interfere muito em todas as esferas; • Dificuldade extrema de lidar com mudanças; • Grande aflição/dificuldade de mudar o foco ou ação.

*ajustes, intervenções ou ajudas práticas individualizadas em contextos como social, educacional, profissional, familiar.

PREVALÊNCIA:

Com base em estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos⁽³⁾, a prevalência de TEA parece estar aumentando globalmente^(1,3). Há muitas explicações possíveis para esse aumento aparente, incluindo maior conscientização sobre o tema, a expansão dos critérios diagnósticos, melhores ferramentas de diagnóstico e o aprimoramento das informações reportadas⁽³⁾.

Nos Estados Unidos, o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) reporta a identi-

ficação de cerca de 1 em 68 crianças (1,47%) com esses distúrbios. A proporção de meninos com TEA é de quatro a cinco vezes maior do que entre meninas⁽¹⁾.

Um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado pela primeira vez em âmbito nacional, revela que 2,4 milhões de pessoas afirmaram ter recebido diagnóstico de TEA no Censo Demográfico de 2022 - o equivalente a 1,2% da população brasileira. Os dados incluem somente aqueles que relataram ter sido avaliados e confirmados por profissionais de saú-

de. Entre os declarantes, 1,4 milhão são homens, enquanto cerca de 1 milhão são mulheres, confirmando predominância masculina em todas as faixas etárias analisadas até 44 anos. O levantamento também detalha a distribuição por idade: a maior prevalência está na faixa de 5 a 9 anos (2,6%), seguida pelos grupos de 0 a 4 anos (2,1%), 10 a 14 anos (1,9%) e 15 a 19 anos (1,3%). Juntas, essas quatro categorias reúnem cerca de 1,1 milhão de pessoas. Para os pesquisadores, os números mais elevados em idades iniciais refletem maior rapidez no reconhecimento do TEA, impulsionada pelo acesso crescente a informações por parte de familiares e profissionais⁽⁷⁾.

ETIOLOGIA:

Segundo evidências científicas disponíveis⁽³⁾, a etiologia do TEA é multifatorial e envolve a interação entre fatores ambientais e genéticos^(1,3,8) conhecidos e desconhecidos⁽¹⁾, incluindo grande influência epigenética⁽⁸⁾.

Metanálises de estudos epidemiológicos demonstraram que o risco de TEA nos filhos aumenta quando a idade de um dos progenitores é igual ou superior a 35 anos. De acordo com um estudo, após controlar a idade paterna, o risco relativo ajustado para TEA foi de 1,52 nos filhos de mães com 35 anos ou mais, em comparação com mães entre 25 e 29 anos. Em outro estudo, após controlar a idade materna, filhos de homens com 50 anos ou mais tiveram chance 2,2 vezes maior de apresentar TEA que os de homens com 29 anos ou menos⁽⁹⁾.

Em somente cerca de 30% das crianças com TEA pode ser identificada uma etiologia genética. Mesmo assim, é amplamente considerado uma das condições neuropsiquiátricas mais hereditáveis, com estimativas de hereditariedade de 60% a 90%. Para pais com um filho com TEA, acredita-se que a taxa de recorrência em futuras gestações varie entre 5% e 20%, sendo mais elevada se o filho afetado for menina. Essa taxa de recorrência aumenta para cerca de 33% se a família já tiver dois filhos com TEA⁽¹⁾.

Fatores ambientais pré-natais, perina-

tais e neonatais, incluindo complicações obstétricas, infecções e exposição a certas substâncias químicas, têm sido associados com um aumento no risco relativo de TEA. Com relação ao uso de fármacos, estudos mostram que parece haver uma associação entre o uso de valproato durante a gestação e a ocorrência do transtorno. De acordo com a bula do medicamento de referência Depakene® (Abbott), dados disponíveis demonstram que crianças expostas ao valproato de sódio em ambiente intrauterino têm um maior risco de apresentar transtorno do espectro autista (cerca de três vezes) e autismo infantil (cerca de cinco vezes) em comparação com a população geral do estudo. Atualmente o fármaco já não é recomendado durante a gestação devido ao risco de malformações congênitas⁽⁹⁻¹³⁾.

Não há evidência de uma associação causal entre a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola e o TEA. Dados epidemiológicos disponíveis são conclusivos sobre isso e os estudos anteriores que sugeriam uma ligação causal estavam marcados por erros metodológicos. Também não há evidências de que qualquer outra vacina infantil possa aumentar o risco de TEA. Ao contrário: as revisões realizadas sobre a relação entre o conservante tiomersal ou adjuvantes de alumínio contidos em vacinas inativadas e a possibilidade de desenvolvimento do transtorno concluíram firmemente que não há nenhum risco⁽³⁾.

TRATAMENTO:

O curso e o prognóstico do TEA variam consideravelmente, dependendo da gravidade dos déficits, do impacto de condições psiquiátricas ou médicas concomitantes e do acesso a serviços e tratamentos. Muitos indivíduos terão vidas plenas e gratificantes, com assistência mínima necessária para as funções da vida diária, enquanto outros precisarão de supervisão constante em moradias de apoio e assistência para tarefas básicas⁽¹⁾.

Não existe, até o momento, tratamento medicamentoso para os sintomas nucleares do TEA (como a comunicação social ou comportamentos

repetitivos)⁽²⁾. Porém, mesmo que não se tenha uma cura^(2,4), podem ser usadas medidas farmacológicas e não farmacológicas no manejo de sintomas específicos e/ou comorbidades associadas⁽⁴⁾. Caso o tratamento seja precoce, tem potencial de modificar as consequências, especialmente com relação ao comportamento, capacidade funcional e comunicação. Há evidências de que intervenções implementadas antes dos quatro anos de idade, ou até mesmo antes dos dois anos, estejam associadas a ganhos significativos na cognição, linguagem e comportamento⁽²⁾.

As evidências que justifiquem as intervenções farmacológicas em indivíduos com TEA são relativamente limitadas. Há somente alguns poucos estudos randomizados, controlados por placebo e duplo-cegos, muitos deles financiados pelos próprios fabricantes dos medicamentos⁽¹⁾. Ainda assim, mais da metade dos pacientes com TEA recebe tratamento farmacológico⁽⁴⁾, sendo frequente o uso para indicações não aprovadas nas bulas (uso *off-label*)⁽⁵⁾.

Apesar das limitações das evidências, o uso de medicamentos pode ser um componente importante em um plano de tratamento para indivíduos com TEA. Entretanto, é importante ressaltar que esses indivíduos são mais sensíveis a eventos adversos que seus pares neurotípicos; desse modo, as intervenções farmacológicas devem ser realizadas com cuidado^(1,5).

Manter *et al.* (2025, p. 4) propõem que a relação entre os riscos e os benefícios do tratamento farmacológico de sintomas psiquiátricos associados em pessoas com TEA pode ser melhorada com a observância dos seguintes princípios⁽⁵⁾:

- **Iniciar o tratamento com doses baixas, com aumento gradual:** essa conduta minimiza o risco de efeitos adversos e permite a observação cuidadosa da resposta individual⁽⁵⁾;

- **Monitorar os pacientes de forma consistente:** indivíduos com TEA devem ser monitorados, pois podem apresentar respostas atípicas aos medicamentos ou ter dificuldades em relatar reações adversas. Além disso, alguns fármacos podem perder a eficácia ao longo do tempo e a necessidade de continuar determinado tratamento pode

aumentar ou diminuir em consequência de fatores como desenvolvimento individual ou mudanças ambientais⁽⁵⁾;

- **Adequar o tratamento às necessidades de cada paciente:** a adequação aumenta a chance de sucesso; por isso os profissionais devem verificar, por exemplo, se há dificuldades para deglutir comprimidos e conhecer alternativas como formas líquidas, mastigáveis, cápsulas passíveis de abertura ou ainda preparações magistrais. Antes de prescrever um medicamento que requeira doseamento plasmático, é necessário saber se o paciente tolera coletar sangue periodicamente⁽⁵⁾;

- **Atentar-se ao básico:** alterações comportamentais repentinas ou o surgimento de quadros psiquiátricos agudos podem significar situações subjacentes não observadas. Por exemplo, sintomas de constipação intestinal ou doença do refluxo gastroesofágico, que são comuns em pacientes com TEA, podem se manifestar como irritabilidade. Avaliações de necessidades básicas que podem ser importantes incluem painel metabólico, hormônio estimulante da tireoide ou função tireoidiana, hemograma, marcadores inflamatórios e níveis de ácido úrico⁽⁵⁾.

A seguir são discutidas intervenções farmacológicas em condições neuropsiquiátricas frequentemente associadas ao TEA.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH):

O TDAH é um dos diagnósticos concomitantes mais comuns em indivíduos com TEA, com uma prevalência estimada entre 40 e 70%⁽⁵⁾. Ele inclui sintomas como falta de atenção, hiperatividade e impulsividade⁽⁴⁾.

Os medicamentos aprovados nos Estados Unidos para tratamento de TDAH incluem psicoestimulantes (metilfenidato e anfetaminas), inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina (como atomoxetina) e agonistas alfa-2 adrenérgicos (como clonidina). No entanto, estudos avaliando a eficácia desses fármacos em pacientes com TEA são mais li-

mitados⁽⁵⁾.

Estimulantes como o metilfenidato são o tratamento farmacológico de primeira linha do TDAH em pessoas sem TEA. Já naqueles com o transtorno, fármacos não estimulantes podem ser mais adequados, considerando seus perfis clínicos individuais⁽⁵⁾. Quando comparados com indivíduos neurotípicos, pacientes com TEA e TDAH tratados com metilfenidato apresentam efeitos reduzidos, menor tolerância às doses e maior risco de efeitos adversos como diminuição do apetite, insônia, sintomas depressivos, irritabilidade e isolamento social^(1,9,13).

Substâncias não estimulantes, como o agonista adrenérgico alfa-2 clonidina, podem ser preferidas em pacientes com dificuldades de controle comportamental ou emocional, ansiedade, distúrbios do sono, tiques ou contraindicações⁽⁵⁾. Os eventos adversos com a clonidina parecem ser similares aos relatados em crianças neurotípicas, porém evidências adicionais são necessárias para ampliar o conhecimento sobre este uso⁽¹⁾. No Brasil, o medicamento de referência Atensina® (Mawdsleys) é aprovado somente para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica⁽¹⁴⁾.

A atomoxetina parece ter benefício no tratamento dos sintomas de TDAH, principalmente hiperatividade, em crianças com TEA. As doses foram semelhantes às usadas em crianças com TDAH sem transtornos do desenvolvimento, assim como os eventos adversos relatados⁽¹⁾.

IRRITABILIDADE E AGRESSÃO:

A prevalência de comportamento agressivo em indivíduos com TEA é alta, mas varia muito entre os estudos (8 a 68%) devido a diferenças metodológicas. Esse comportamento pode interferir em aprendizagem, socialização, saúde e qualidade de vida, sendo o tratamento farmacológico uma das opções a ser considerada, preferencialmente associado a intervenções não medicamentosas⁽²⁾.

Entre os antipsicóticos, risperidona ou aripiprazol são recomendados como opções terapêuticas por diretrizes clínicas internacionais, sem que

um deles seja considerado mais efetivo ou seguro^(2,4,11,15).

A eficácia da risperidona na melhora dos sintomas de irritabilidade, agressividade, birras e comportamento agressivo em crianças e adolescentes com TEA foi demonstrada tanto em estudos de curto prazo (oito semanas)^(2,11) quanto em longo prazo (mais de oito semanas)^(10,11). Em curto prazo, de modo geral, o tratamento foi bem tolerado, com a maior parte dos eventos adversos sendo leve e transitória⁽¹¹⁾, embora tenha apresentado maior ganho de peso corporal comparado ao placebo (diferença média de 1,75 kg)⁽²⁾. Em longo prazo, os eventos adversos foram leves a moderados, incluindo aumento do apetite, ansiedade, fadiga e aumento da sede⁽¹¹⁾, observando-se também ganho de peso^(2,11) e maior nível sérico de prolactina⁽²⁾. No entanto, tanto em curto quanto em longo prazo, não houve melhoras significativas quanto à restrição de interesses, interação emocional ou comunicação verbal⁽¹¹⁾.

Nos Estados Unidos, a risperidona é aprovada para o tratamento da irritabilidade com agressão, birras e/ou autoagressão em crianças com TEA e idade igual ou acima de cinco anos⁽⁴⁾. No Brasil, possui indicação para o tratamento de irritabilidade associada ao TEA, incluindo sintomas de agressão, autoagressão deliberada, crises de raiva, angústia e mudança rápida de humor^(2,16).

Uma revisão Cochrane de 2016 de estudos controlados e randomizados demonstrou que o aripiprazol é efetivo, em curto prazo, para diminuir a irritabilidade e a hiperatividade em TEA. Em longo prazo, um estudo encontrou que as taxas de recaída não foram diferentes entre os grupos aripiprazol e placebo⁽⁴⁾. Eventos adversos comuns com o fármaco incluíram sedação, fadiga e sintomas extrapiramidais.⁽¹¹⁾ É recomendada reavaliação do uso, após a estabilização do paciente⁽⁴⁾.

Embora o aripiprazol seja aprovado, nos Estados Unidos^(4,10), para o tratamento agudo⁽¹⁰⁾ da irritabilidade em crianças com TEA,^(4,10) no Brasil, a indicação para TEA não está aprovada na bula dos medicamentos de referência para esse fármaco^(2,17,18).

Tendo em vista o uso em outros países, o Ministério da Saúde (MS) conduziu uma revisão sistemática da literatura. A comparação entre aripirazol e risperidona mostrou com baixa certeza que não há diferença significativa entre os medicamentos, quando comparada a melhora dos sinais e sintomas do comportamento agressivo no TEA. Porém, em relação aos desfechos de segurança, a certeza da evidência foi muito baixa para todos os desfechos por considerar somente um estudo clínico randomizado, que apresenta falhas metodológicas. Desse modo, o medicamento preconizado pelo MS para o comportamento agressivo em TEA é a risperidona⁽²⁾.

DEPRESSÃO

Os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza debilitante e falta de interesse ou prazer⁽⁴⁾. Até o momento não foram conduzidos estudos duplo-cegos controlados por placebo de grande porte para avaliar o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) em depressão em crianças com transtornos do desenvolvimento. Porém, como esses fármacos demonstraram benefício e relativa segurança em crianças com desenvolvimento típico, eles são muito prescritos para pacientes com TEA⁽¹⁾.

Deve-se ter em mente, entretanto, que a resposta aos ISRS pode ser diferente em crianças com transtornos do desenvolvimento. A ocorrência de eventos adversos é mais provável nestes pacientes e em geral eles necessitam de doses menores do medicamento. Além disso, a manifestação de sintomas de depressão pode ser diferente nesta população⁽¹⁾.

Manter *et al.* (2025, p. 22) destacam que estudos que avaliaram o uso de ISRS no tratamento de comportamentos restritos e repetitivos em pacientes com TEA revelaram maiores taxas de ativação comportamental, impulsividade e estereotipia. Para evitar o risco desses efeitos, sugerem que fármacos que não pertencem ao grupo dos ISRS - como duloxetina, mirtazapina, bupropiona e vortioxetina - possam ser considerados como primeira

linha no tratamento da depressão nesses pacientes⁽⁵⁾.

ANSIEDADE:

A ansiedade é definida como preocupação e apreensão excessivas sobre eventos ou atividades, como por exemplo aquelas relacionadas ao trabalho ou aos estudos⁽⁴⁾. Em crianças e adolescentes sem TEA, ISRS são usados como primeira linha no tratamento da ansiedade⁽⁵⁾.

Em pacientes com TEA, há divergências quanto ao tratamento farmacológico mais apropriado. Algumas publicações citam o uso de ISRS como primeira linha também nesses indivíduos, seguidos por antipsicóticos de segunda geração⁽⁴⁾. Outras mencionam falta de evidências de eficácia dos ISRS nessa população, além da ocorrência de reações adversas significativas, sendo preferidos buspirona ou mirtazapina como fármacos de primeira linha⁽⁵⁾.

DISTÚRBIOS DO SONO:

Problemas como dificuldades para iniciar o sono, despertar várias vezes e dormir pouco tempo afetam entre 50 e 80% das crianças com TEA. Além disso, pacientes adultos também relatam altas taxas de problemas com o sono. Medicamentos comumente usados nesta população, como o metilfenidato, podem contribuir para essas dificuldades, principalmente se usados muito tarde, em altas doses ou em formulações de liberação lenta⁽⁴⁾.

Vários estudos controlados randomizados avaliaram o uso da melatonina em pacientes com TEA, incluindo crianças. Eles demonstraram que a substância pode auxiliar a iniciar o sono e em geral apresenta efeitos colaterais mínimos. Como os efeitos duram cerca de 4 a 6 horas, o impacto na manutenção do sono é variável. Considerando 18 estudos analisados, a taxa média de melhora no sono em pacientes com TEA foi superior a 84%⁽⁵⁾.

Portanto, apesar de não possuir registro como medicamento no Brasil nem nos Estados Unidos, a melatonina parece ser a opção mais bem estudada, efetiva e segura no tratamento de dis-

túrbios do sono em indivíduos com deficiências do desenvolvimento. As diretrizes por consenso da *British Association for Psychopharmacology* para o tratamento do TEA recomendam considerar seu uso, se possível, em combinação com uma intervenção comportamental. O documento não recomenda o uso prolongado de benzodiazepínicos e agonistas gabaérgicos relacionados^(1,13).

Há evidências promissoras quanto ao uso de ramelteona, trazodona, mirtazapina e clonidina em distúrbios do sono, porém estudos adicionais são necessários em indivíduos com deficiências do desenvolvimento. Zolpidem e benzodiazepínicos podem trazer benefício para alguns pacientes, mas devem ser usados com cautela⁽¹⁾.

USO DE CANABIDIOL:



Muito tem se falado sobre canabinoides como opção terapêutica em potencial nos casos de TEA, devido à sua interação com o sistema endocanabinoide, que regula a função cerebral, humor e respostas imunológicas⁽¹⁹⁾. Se, por um lado, há evidências crescentes sugerindo o alívio dos sintomas de TEA⁽²⁰⁾, particularmente para ansiedade, sono e comportamento⁽¹⁹⁾, a confirmação de sua eficácia permanece difícil, devido à limitação das evidências quantificáveis⁽²⁰⁾.

São necessários estudos clínicos mais rigorosos e bem desenhados para confirmar esses resultados e estabelecer diretrizes claras para seu uso⁽¹⁹⁾. Diferenças na composição do produto de Cannabis, na dose utilizada e nas respostas individuais ressaltam a necessidade de tratamentos personalizados⁽²⁰⁾. No Brasil, os produtos de Cannabis devem ser utilizados em condições clínicas de ausência de alternativas terapêuticas⁽²¹⁾.



ATENDIMENTO FARMACÊUTICO:

As seguintes ações podem ser realizadas pelo farmacêutico para adequar o atendimento às necessidades do paciente⁽⁴⁾:

Avaliar a infraestrutura da farmácia:

Pacientes com TEA são, muitas vezes, sensíveis a estímulos sensoriais, como barulho e luzes, piorando sua ansiedade e diminuindo seu autocontrole, além de poderem ser distraídos facilmente com pessoas ao redor. As farmácias são lugares com muitas distrações visuais e auditivas, o que pode impactar negativamente as interações entre o farmacêutico e o paciente⁽⁴⁾.

Levando isso em conta, o farmacêutico pode oferecer a opção de uma consulta no consultório farmacêutico (ou sala de serviços farmacêuticos). O espaço deve ser quieto, com luz mais suave e livre de outros funcionários. Outra sugestão seria ir à farmácia em um horário mais tranquilo, dependendo de cada estabelecimento. Podem ser estabelecidas horas de acomodação, reduzindo-se a claridade ou o barulho da música ambiente, por exemplo⁽⁴⁾.

Avaliar e interagir com o paciente:

O papel do farmacêutico é estar ciente dos sintomas do TEA e seus tratamentos farmacológicos, avaliando cada caso. Deve interagir com o paciente e/ou seu cuidador, fazendo questões abertas para aprender mais sobre cada indivíduo, conforme quadro 2⁽⁴⁾.

Quadro 2. Questões abertas a serem feitas para o paciente e/ou cuidador⁽⁴⁾.

Sintomas?	TDAH, transtorno desafiador de oposição, ansiedade, depressão, distúrbios do sono.
Outros medicamentos em uso, além dos prescritos?	Medicamentos isentos de prescrição (“sem tarja”), complementares (fitoterápicos, homeopáticos).
Tratamentos não-farmacológicos?	Intervenção comportamental, treinos de comunicação, sessões de fonoaudiologia.
Nível de autonomia? Preferências de comunicação?	Comunicação escrita ou falada, pessoalmente ou através do cuidador.

A rotina é muito importante na vida dos pacientes com TEA. Uma quebra dessa rotina pode causar ansiedade. Por esse motivo, consultas mensais podem ser uma opção relevante para esses pacientes, de modo a manter uma rotina estável. Por exemplo, o farmacêutico pode sugerir que o paciente venha à farmácia toda sexta-feira no final de cada mês para pegar os medicamentos⁽⁴⁾.

Estratégia de comunicação:

Um dos principais desafios dos farmacêuticos e outros profissionais da saúde é a comunicação efetiva com pacientes com TEA. As barreiras estão relacionadas às dificuldades dos pacientes em entender linguagem não verbal ou figurativa e em lidar com distrações no ambiente. Como há variação na apresentação clínica do TEA, o farmacêutico precisa adaptar sua comunicação à gravidade dos sintomas e às habilidades de comunicação do paciente, além de suas preferências individuais e incluir o cuidador, se necessário. Se possível, o farmacêutico deve anotar o modo preferido de comunicação (isto é, através do cuidador, pessoalmente, pelo telefone) na sua ficha individual⁽⁴⁾.

O farmacêutico pode se comunicar com o paciente ou com o cuidador, dependendo da autonomia do paciente. Caso ele esteja acompanhado de um cuidador, o farmacêutico transmitirá as informações mais importantes para este último, mas ainda deve interagir diretamente com o paciente. Ver o farmacêutico se comunicar com seu cuidador pode ajudar a criar um vínculo de confiança entre o paciente e o farmacêutico⁽⁴⁾.

A comunicação deve ser avaliada e adaptada para cada situação, de acordo com a necessidade e nível de habilidade de cada paciente. Há o risco de que o paciente se sinta infantilizado se o ajuste não for apropriado, o que pode impactar negativamente no vínculo de confiança⁽⁴⁾.

Para pacientes com dificuldades de linguagem, é melhor transmitir as informações de forma breve, falando devagar. Para envolver sua atenção, o farmacêutico pode iniciar as frases com o nome do paciente, para que ele saiba que está falando com ele (quadro 3)⁽⁴⁾.

Quadro 3. Estratégias de comunicação do farmacêutico com pacientes com TEA⁽⁴⁾.

Recomendado	Evitar
Mencionar o nome do paciente no início da conversa e usar frases simples e palavras específicas: ✓ (Nome do paciente), tome um comprimido junto com o café da manhã, por favor.	Várias questões de uma vez: ✗ Quando foi sua última consulta? O que disseram para você? Você contou sobre suas reações adversas?
Falar devagar, com pausa entre as palavras e as frases, e repetir as palavras-chave: ✓ (Nome do paciente), tome um comprimido junto com o café da manhã, por favor. Um comprimido com o café da manhã.	Linguagem figurativa (metáforas, sarcasmo, exagero), pois tendem a entender a informação literalmente: ✗ Este medicamento ajuda você a se concentrar, ele deixa seu foco afiado como uma faca. ✗ Este medicamento deixará você calmo como um bicho-preguiça.
Usar suporte visual, se possível: ✓ (Nome do paciente), tome um comprimido verde junto com o café da manhã, por favor.	Palavras que são muito pessoais, íntimas: ✗ Querido, me conte o que o médico disse na última consulta. ✗ Fofinho, você tem tomado seus comprimidos todos os dias?

Muitas vezes, os pacientes com TEA têm dificuldade de entender linguagens não-verbais, como tom de voz, linguagem corporal e expressões faciais, e podem ter dificuldade de manter contato visual. Assim, o farmacêutico deve evitar qualquer forma de comunicação não-verbal. Por fim, alguns pacientes se sentem mais confortáveis pela comunicação escrita. Dando essa opção, o farmacêutico pode demonstrar sua vontade em respeitar as preferências do paciente e ganhar sua confiança⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO:

Em um cenário em que a prevalência de TEA continua a crescer, é fundamental que farmacêuticos e futuros profissionais aprimorem seu conhecimento sobre o transtorno e as particularidades do tratamento. Com maior domínio sobre o tema e adaptações na comunicação e no ambiente da farmácia, o farmacêutico pode oferecer cuidados que fazem a diferença na qualidade de vida de pacientes e cuidadores, fortalecendo a confiança e a adesão ao tratamento.

CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ
CIM FORMANDO - Edição nº 02 - Ano XXII - 2025

Pesquisa e elaboração: Centro de Informação sobre Medicamentos.
Gerente Técnico-Científico: Karin Juliana Bitencourt Zaros - CRF-PR 15.619
Farmacêuticos: Jackson Carlos Rapkiewicz - CRF-PR 14.200
Rafaela Grobe - CRF-PR 16.311
Diagramação: Michelly M T Lemes Trevisan

REFERÊNCIAS:

1) LENZ, K.; KASHALIKAR, N. Developmental Disorders. In: ZEIND, C.S. *et al.* **Applied therapeutics**. The clinical use of drugs. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2024. p.1922-1933.

2) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220419_portal-portaria_conjunta_7_comportamento_agressivo_tea.pdf>. Acesso em 29 mai. 2025.

3) ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Transtorno do espectro autista**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>>. Acesso em 12 jun. 2025.

4) KADI, R. *et al.* Autism spectrum disorder: Practice guidelines for pharmacists. **Can Pharm J**, v.157, n.2, p.58-65, mar.-abr. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10924569/pdf/10.1177_17151635241228495.pdf>. Acesso em 01 abr. 2025.

5) MANTER, M.A. *et al.* Pharmacological treatment in autism: a proposal for guidelines on common co-occurring psychiatric symptoms. **BMC Medicine**, v.23, n.1, 07 jan. 2025. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11705908/>>. Acesso em 16 set. 2025.

6) PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Avaliação e atendimento à pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. 1. ed. [S.L.]: [S.E.], 2023. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-02/1a_edicao.pdf>. Acesso em 16 abr. 2025.

7) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Levantamento inédito revela que o Brasil tem 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo**. 23 mai. 2025. Disponível em: <<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/23/05/2025/levantamento-inedito-revela-que-o-brasil-tem-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo>>. Acesso em 26 mai. 2025.

8) MEDINA, N.M. **Tendência Clínica: Transtorno do espectro autista**. 3 jun. 2025. Disponível em: <<https://portugues.medscape.com/verartigo/6512815>>. Acesso em 12 jun. 2025.

9) BRASIC, J.R.; DURBIN, A.B. **Autism Spectrum Disorder**. 08 dez. 2021. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/912781-overview>>. Acesso em 12 jun. 2025.

10) COBAUGH, D.J. (Ed). **AHFS Drug Information**. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2025.

11) MERATIVE. **Merative™ Micromedex® Drugdex®**. Electronic version. Ann Arbor, Michigan: Merative. Disponível em: <<http://www.micromedexsolutions.com>>. Acesso em 29 mai. 2025.

12) DEPAKENE: valproato de sódio, comprimidos revestidos. São Paulo: Abbott, 2024. Bula para profissionais de saúde.

13) HOWES, O.D. *et al.* Autism Spectrum Disorder: consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. **J Psychopharmacol**, v. 32, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5805024/pdf/emss-75921.pdf>>. Acesso em 10 set. 2025.

14) ATENSINA: cloridrato de clonidina, comprimidos. São Paulo: Mawdsleys, 2025. Bula para profissionais de saúde.

15) SWEETMAN, S.C. (Ed). **Martindale: The Complete Drug Reference**. London: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Electronic version. Ann Arbor, Michigan: Merative. Disponível em: <<http://www.micromedexsolutions.com>>. Acesso em 29 mai. 2025.

16) RISPERDAL: risperidona, comprimidos e solução oral. Responsável Técnico: Erika Diago Rufino - CRF-SP nº 57.310. São Paulo: Janssen-Cilag, 2024. Bula para profissionais de saúde.

17) ARISTAB: aripiprazol, comprimidos. Responsável Técnico: Gabriela Mallmann - CRF-SP nº 30.138. São Paulo: Aché, 2024. Bula para profissionais de saúde.

18) ARPEJO: aripiprazol, suspensão gotas. Hortolândia: EMS, 2025. Bula para profissionais de saúde.

19) PEREIRA, D.A. *et al.* Efficacy and Safety of Cannabinoids for Autism Spectrum Disorder: An Updated Systematic Review. **Cureus**, v.17, n.3, 17 mar. 2025. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12005571/>>. Acesso em 04 set. 2025.

20) JAWED, B. *et al.* The Evolving Role of Cannabidiol-Rich Cannabis in People with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. **Int. J. Mol. Sci.**, v.25, n.22, 20 nov. 2024. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11595093/>>. Acesso em 04 set. 2025.

21) BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 dez. 2019.