Uso de medicamentos no tratamento do transtorno do espectro autista em crianças: revisão narrativa

Use of medications in the treatment of autism spectrum disorder in children: a narrative review

Uso de medicamentos en el tratamiento del trastorno del espectro autista en niños: una revisión narrativa

Maria Fernanda dos Santos Sgorlon[1], Simone Meurer Brand[2], Ana Jessily Camargo Barbosa[3], Neide Martins Moreira[4], Adriana Zilly[5]

Como citar: *Sgorlon MFS, Brand SM, Barbosa AJC, Moreira NM, Zilly A*. Medicamentos no tratamento do autismo em crianças. REVISA. 2026; 15(4): 16-36. Doi: https://doi.org/10.36239/revisa.v15.n4.p16a36

REVISA

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-3638-4900.

2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-7922-0975.

3. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7459-5858.

4. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5051-9295.

5. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Campus de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8714-8205.

Recebido: 13/01/2026
Aprovado: 27/03/2026

RESUMO

Objetivo: identificar, na literatura científica, os principais medicamentos utilizados no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Métodos**: revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, realizada nas bases PubMed e SciELO, considerando publicações dos últimos cinco anos. Foram incluídos estudos em português ou inglês relacionados à farmacoterapia em crianças com TEA, contemplando uso, eficácia, segurança ou padrões de utilização de medicamentos. **Resultados**: foram identificados 595 registros e, após remoção de duplicatas, triagem e aplicação dos critérios de elegibilidade, 22 estudos compuseram a síntese final. A farmacoterapia mostrou-se direcionada principalmente ao manejo de sintomas associados e comorbidades. Risperidona e aripiprazol apresentaram evidências mais consistentes para irritabilidade, agressividade e comportamentos desafiadores; metilfenidato, atomoxetina e guanfacina foram identificados no manejo de sintomas relacionados ao TDAH; e a melatonina apresentou resultados favoráveis para distúrbios do sono. Terapias direcionadas aos sintomas centrais do TEA e estratégias emergentes apresentaram resultados heterogêneos ou evidências limitadas. **Conclusão**: não há tratamento farmacológico único para o TEA. A farmacoterapia deve ser individualizada e orientada pelo sintoma-alvo, comorbidades, resposta clínica e perfil de segurança dos medicamentos.

Descritores: Transtorno do Espectro Autista; Farmacoterapia; Medicamentos; Crianças.

ABSTRACT

Objective: to identify, in scientific literature, the main medications used in the treatment of children with autism spectrum disorder (ASD). **Methods:** a narrative review of the literature, with a qualitative approach and a descriptive-exploratory character, carried out in the PubMed and SciELO databases, considering publications from the last five years. Studies in Portuguese or English related to pharmacotherapy in children with ASD were included, including the use, efficacy, safety, or patterns of medication use. **Results:** 595 records were identified and, after removal of duplicates, screening and application of eligibility criteria, 22 studies composed the final synthesis. Pharmacotherapy was shown to be directed mainly to the management of associated symptoms and comorbidities. Risperidone and aripiprazole presented more consistent evidence for irritability, aggressiveness, and challenging behaviors; methylphenidate, atomoxetine, and guanfacine have been identified in the management of ADHD-related symptoms; and melatonin showed favorable results for sleep disorders. Therapies targeting core symptoms of ASD and emerging strategies have shown heterogeneous results or limited evidence. **Conclusion:** there is no single pharmacological treatment for ASD. Pharmacotherapy should be individualized and guided by the target symptom, comorbidities, clinical response, and drug safety profile.

Descriptors: Autism Spectrum Disorder; Pharmacotherapy; Medications; Children.

RESUMEN

Objetivo: identificar, en la literatura científica, los principales medicamentos utilizados en el tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). **Métodos**: una revisión narrativa de la literatura, con un enfoque cualitativo y un carácter descriptivo-exploratorio, realizada en las bases de datos PubMed y SciELO, considerando publicaciones de los últimos cinco años. Se incluyeron estudios en portugués o inglés relacionados con farmacoterapia en niños con TEA, incluyendo el uso, eficacia, seguridad o patrones de uso de medicación. **Resultados**: Se identificaron 595 registros y, tras la eliminación de duplicados, el cribado y la aplicación de criterios de elegibilidad, 22 estudios compusieron la síntesis final. Se demostró que la farmacoterapia se dirige principalmente al manejo de los síntomas y comorbilidades asociadas. La risperidona y el aripiprazol presentaron evidencia más consistente de irritabilidad, agresividad y conductas desafiantes; se han identificado metilfenidato, atomoxetina y guanfacina en el manejo de síntomas relacionados con el TDAH; y la melatonina mostró resultados favorables para los trastornos del sueño. Las terapias que abordan los síntomas centrales del TEA y las estrategias emergentes han mostrado resultados heterogéneos o evidencia limitada. **Conclusión**: no existe un tratamiento farmacológico único para el TEA. La farmacoterapia debe individualizarse y guiarse por el síntoma objetivo, las comorbilidades, la respuesta clínica y el perfil de seguridad del medicamento.

Descriptores: Trastorno del Espectro Autista; Farmacoterapia; Medicamentos; Niños.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) configura uma alteração neurodesenvolvimental de alta complexidade, manifestando-se por meio de déficits contínuos na interação e na comunicação social, associados a condutas, interesses ou ações de caráter repetitivo e restrito[1]. Em virtude de sua origem biológica de natureza multifatorial e de mecanismos etiopatogênicos que ainda demandam esclarecimento completo, o conceito de "espectro" é adotado para representar a acentuada variabilidade dos sintomas, os diferentes níveis de comprometimento clínico e as respostas individuais heterogêneas diante dos procedimentos terapêuticos[2].

A classificação do DSM-5 subdivide o TEA em três patamares de gravidade, que se baseiam no grau de assistência exigida pelo paciente nos eixos da comunicação e relação social, bem como nos hábitos restritivos e estereotipados. O primeiro nível refere-se a indivíduos que necessitam de apoio; o segundo nível é caracterizado pela demanda por auxílio considerável; e o terceiro nível destina-se a casos que requerem suporte de extrema relevância[3]. As manifestações clínicas primordiais costumam emergir na infância precoce, comumente até os três anos, englobando a redução ou ausência de fixação ocular, o atraso ou falta de desenvolvimento da linguagem verbal, estereotipias motoras (tais como o flapping de mãos), barreiras no cumprimento de convenções de convívio social, esquiva do olhar, falta de vocalizações iniciais e sensibilidade sensorial incomum[4].

Estatísticas de âmbito global sugerem que a prevalência do transtorno atinge por volta de 1% da população mundial, ao passo que levantamentos contemporâneos conduzidos em território norte-americano estimam uma taxa de diagnóstico de 1 caso para cada 36 indivíduos com oito anos de idade. No cenário nacional, dados obtidos pelo Censo Demográfico de 2022 apontaram que aproximadamente 2,4 milhões de cidadãos se identificaram com diagnóstico de TEA, o que representa perto de 1,2% dos habitantes do país, observando-se uma concentração mais robusta de diagnósticos entre crianças na faixa dos 5 aos 9 anos e uma nítida prevalência em pacientes do sexo masculino[5,6].

O quadro clínico do TEA torna-se ainda mais desafiador devido à elevada coexistência de patologias psiquiátricas e orgânicas, observadas em aproximadamente 70% das pessoas afetadas. Dentre as afecções correlacionadas de maior impacto no direcionamento farmacoterapêutico, destacam-se o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), distúrbios de ansiedade e de humor, episódios de hostilidade e agressividade, problemas no padrão de sono e quadros epilépticos. Tais manifestações acessórias comprometem intensamente o desempenho funcional, os processos de aprendizagem e o bem-estar geral do sujeito e de sua família[7,8].

A despeito das progressões científicas, ainda inexistem substâncias farmacológicas homologadas voltadas à mitigação dos sintomas nucleares do TEA, restringindo-se a intervenção medicamentosa atual à regulação de manifestações comportamentais particulares. Nesse panorama, somente a risperidona e o aripiprazol detêm autorização formal de órgãos regulatórios para atenuar condutas agressivas e de irritabilidade acentuada na população pediátrica no espectro9,10. Outros grupos de medicamentos, incluindo psicoestimulantes, agentes antidepressivos, moduladores de humor e melatonina, são comumente empregados de maneira *off-label*, ainda que a fundamentação científica para várias dessas terapias seja considerada restrita ou contraditória[11,12].

A individualidade de cada paciente pediátrico inserido no espectro, somada às diferenças farmacocinéticas interindividuais, representam obstáculos consideráveis para o estabelecimento de diretrizes terapêuticas universais13. Há ainda importantes questionamentos clínicos relativos à efetividade e à segurança de longa duração associadas a variadas substâncias prescritas rotineiramente, além de se mostrar oportuna a caracterização das drogas mais incidentes nos serviços de saúde. Sob tal perspectiva, este

trabalho busca empreender uma revisão de natureza narrativa, debruçando-se sobre as publicações científicas dos últimos cinco anos, com o intuito de delinear os compostos farmacológicos de maior aplicação no suporte terapêutico a crianças acometidas pelo TEA.

Objetivo

Identificar, a partir de um levantamento bibliográfico, quais são os principais medicamentos empregados no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Métodos

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, com abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório. A metodologia foi organizada com o objetivo de reunir e analisar as evidências científicas disponíveis sobre o tratamento medicamentoso de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, considerando artigos publicados nos últimos cinco anos. Para a pesquisa, foram utilizados os termos "medicamentos and/or transtorno do espectro autista" e "crianças autistas and/or medicamentos".

Foram incluídos artigos publicados em português ou inglês, dentro do período estabelecido e relacionados ao tema da pesquisa. Também foi considerado como critério a inclusão de estudos envolvendo crianças com diagnóstico de TEA e que abordassem aspectos relacionados ao uso, eficácia, segurança ou prescrição de medicamentos. Foram excluídos artigos duplicados, estudos com população ou faixa etária diferente daquela definida para a pesquisa, trabalhos que não abordavam diretamente o tratamento medicamentoso no TEA e artigos cujo texto completo não estava disponível para análise.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos para identificar os estudos relacionados ao tema. Em seguida, os artigos selecionados foram lidos na íntegra para verificar sua relação com a questão proposta e o atendimento aos critérios estabelecidos. Como complemento à pesquisa, também foram consultados livros e materiais científicos disponíveis em plataformas digitais.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente na análise de materiais bibliográficos já publicados, sem participação direta de seres humanos ou acesso a informações individuais dos participantes, não houve necessidade de submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

O levantamento inicial de publicações nas plataformas indicadas forneceu um contingente de 595 referências. Em seguida à detecção e descarte de 11 artigos em duplicidade, restaram 584 trabalhos para serem submetidos ao processo de triagem.

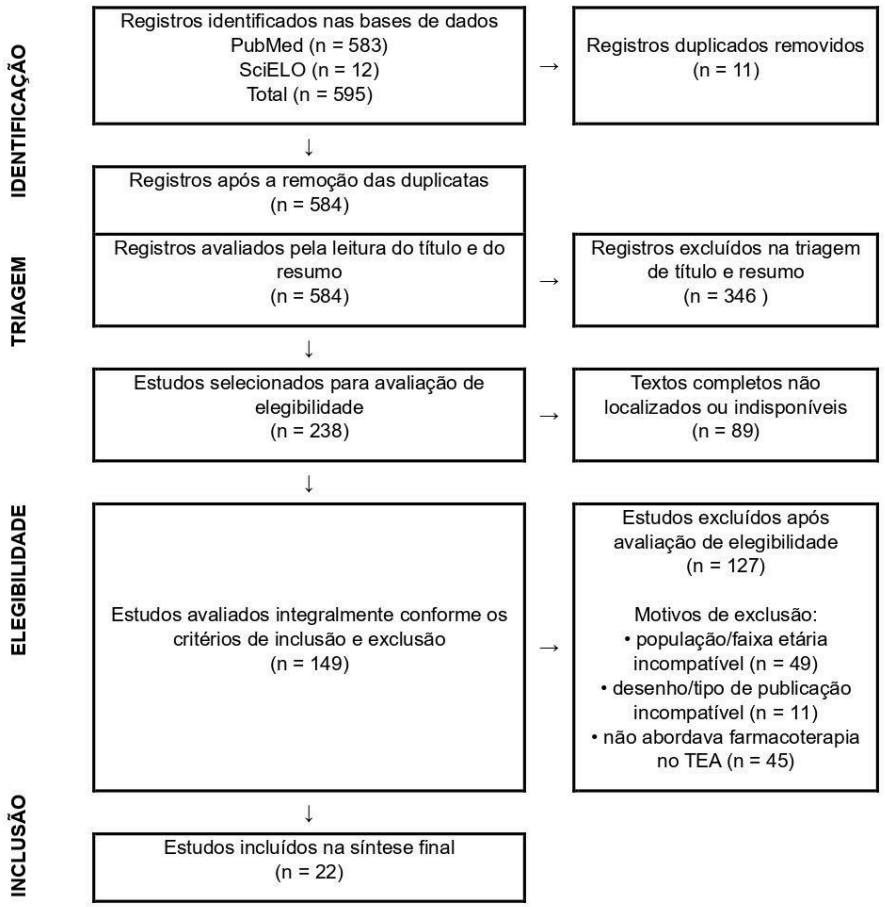


Figura 1 – Fluxograma do levantamento de artigos seguidos da identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos selecionados
Fonte: elaborado pelos autores (2026).

A busca nas bases de dados PubMed e SciELO identificou inicialmente 595 registros, sendo 583 da PubMed e 12 da SciELO. Foram removidos 11 registros duplicados e 584 estudos foram submetidos à triagem por título e resumo. Nessa etapa, foram excluídos 346 registros sem relação com o tema/problema, restando 238 estudos selecionados para avaliação de elegibilidade. Destes, 89 textos completos não foram localizados ou estavam indisponíveis ou imcompletos, de forma que 149 estudos puderam ser avaliados integralmente.

Após a leitura dos textos completos, 127 estudos foram excluídos, principalmente por apresentarem população ou faixa etária incompatível (n = 49), por não abordarem farmacoterapia no transtorno do espectro autista (TEA) (n = 45) ou por apresentarem desenho ou tipo de publicação incompatível (n = 11). Ao final do processo de levantamento de artigos, restaram 22 estudos que atenderam aos critérios definidos e foram incluídos na síntese final.

As pesquisas analisadas abordaram diferentes aspectos do tratamento medicamentoso de crianças e adolescentes com TEA, com destaque para o uso de medicamentos para o controle da irritabilidade e de comportamentos agressivos, manejo de sintomas associados ao TDAH, alterações do sono e outras manifestações ou comorbidades relacionadas ao TEA. Além disso, alguns estudos avaliaram tratamentos

farmacológicos que ainda seguem em investigação, enquanto outros analisaram aspectos relacionados aos padrões de prescrição e ao uso de medicamentos psicotrópicos nessa população.

Entre os medicamentos mais frequentemente investigados, pode-se destacar a risperidona e o aripiprazol, principalmente para o controle da irritabilidade, agressividade e comportamentos de difícil manejo. Também foram identificados medicamentos utilizados para sintomas associados ao TDAH (metilfenidato, atomoxetina e guanfacina), além da melatonina, empregada no manejo de alterações do sono. Outros medicamentos e substâncias, como ácido valproico, memantina e propranolol, também foram abordados nos estudos e, considerando as alternativas ainda em investigação, foram encontrados estudos sobre oxitocina intranasal, balovaptan, ácido folínico, fitocanabinoides, metformina e N-acetilcisteína (NAC), com resultados variados quanto à eficácia e à ocorrência de efeitos adversos.

O Quadro 1 apresenta as principais características dos 22 estudos incluídos na revisão, reunindo informações relacionadas aos aspectos metodológicos e os tratamentos farmacológicos avaliados:

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Lalanne et al. (2021)	Melatonin: From Pharmacokinetics to Clinical Use in Autism Spectrum Disorder	Revisão sobre uso clínico e farmacocinética da melatonina no TEA pediátrico.	Melatonina – distúrbios do sono.	Aponta benefício principalmente para latência e qualidade do sono e boa tolerabilidade, apoiando seu uso no manejo de distúrbios do sono em crianças e adolescentes com TEA.
Sikich et al. (2021)	Intranasal Oxytocin in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder	Ensaio clínico fase 2, randomizado, placebo-controlado, 24 semanas; 290 participantes de 3–17 anos.	Oxitocina intranasal – funcionamento social.	Não houve diferença significativa entre oxitocina e placebo no desfecho primário de retraimento social; eventos adversos foram semelhantes entre os grupos.
Popow et al. (2021)	Practitioner's review: medication for children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) and comorbid conditions	Revisão clínica; crianças e adolescentes com TEA e comorbidades.	Psicofármacos diversos – TDAH, comportamento, sono e outras comorbidades.	Destaca que a farmacoterapia é dirigida principalmente às comorbidades e sintomas associados quando intervenções não farmacológicas são insuficientes.
Kloosterboer et al. (2021)	Risperidone plasma concentrations are associated with side effects and effectiveness in children and adolescents with autism spectrum disorder	Estudo prospectivo observacional, 24 semanas; 42 participantes de 6–18 anos.	Risperidona – problemas comportamentais/irritabilidade.	Maior exposição associou-se a maior efetividade, mas também a maior IMC, sedação e prolactina, reforçando a necessidade de monitoramento.

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Wang et al. (2021)	The efficacy and safety in attention deficit hyperactivity disorder of second-generation antipsychotics and other medications for hyperactivity in children and adolescents with autism: a meta-analysis	Metanálise de 13 ensaios duplo-cegos randomizados; 712 crianças e adolescentes com TEA.	Antipsicóticos de segunda geração e medicamentos para TDAH – hiperatividade.	Ambos os grupos reduziram hiperatividade, mas aumentaram eventos adversos; destacaram-se sonolência com antipsicóticos e redução do apetite com medicamentos para TDAH.
Wiggins et al. (2021)	Many Young Children with Autism Who Use Psychotropic Medication Do Not Receive Behavior Therapy: A Multisite Case-Control Study	Estudo caso-controle multicêntrico; 763 crianças com TEA de 2–5 anos.	Psicotrópicos diversos – sintomas comportamentais.	8,1% usavam psicotrópicos e 3,7% haviam iniciado medicação até os 3 anos; parte importante dos usuários não havia recebido terapia comportamental.
Batebi et al. (2021)	Folinic Acid as Adjunctive Therapy in Treatment of Inappropriate Speech in Children with Autism: A Double-Blind and Placebo-Controlled Randomized Trial	Ensaio randomizado, duplo-cego, placebo-controlado; 55 crianças com TEA, média de 13,4 anos.	Ácido folínico associado à risperidona – fala inadequada e sintomas comportamentais.	Houve melhora significativa em fala inadequada, estereotipias e hiperatividade/não conformidade; não houve diferença significativa para retraimento social ou irritabilidade. Evidência preliminar.
Siafis et al. (2022)	Pharmacological and dietary-supplement treatments for autism spectrum disorder: a systematic review and network meta-analysis	Revisão sistemática e metanálise em rede; 125 ECRs, 7.450 crianças/adolescentes; 41 fármacos e 17 suplementos.	Risperidona, aripiprazol, atomoxetina, bumetanida e outros.	Alguns agentes mostraram benefício em domínios específicos, mas a confiança nas estimativas foi geralmente baixa ou muito baixa; não sustenta prescrição rotineira para sintomas centrais.

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Maniram et al. (2022)	Pharmacological Management of Core Symptoms and Comorbidities of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review	Revisão sistemática; 33 estudos.	Risperidona, aripiprazol, metilfenidato, guanfacina, atomoxetina e outros.	Identificou opções para insônia, hiperatividade, irritabilidade/agressividade e outras comorbidades; agentes para sintomas centrais permanecem em investigação.
Hollander et al. (2022)	Balovaptan vs Placebo for Social Communication in Childhood Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial	Ensaio clínico fase 2, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado; 339 participantes de 5–17 anos.	Balovaptan – socialização e comunicação.	Não demonstrou benefício significativo versus placebo nos desfechos de socialização/comunicação em 24 semanas; foi, em geral, bem tolerado.
Kompella et al. (2022)	Impact of Antipsychotic Use on Readmission Rates in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder and Irritability	Estudo retrospectivo multicêntrico; 2.375 pacientes de 6–17 anos.	Antipsicóticos, principalmente risperidona e aripiprazol – irritabilidade.	O uso de antipsicóticos associou-se à redução de reinternações em 30 e 90 dias; risperidona e aripiprazol tiveram resultados semelhantes.
Alsayouf et al. (2022)	Core Signs and Symptoms in Children with Autism Spectrum Disorder Improved after Starting Risperidone and Aripiprazole in Combination with Standard Supportive Therapies: A Large, Single-Center, Retrospective Case Series	Série retrospectiva de casos; 82 crianças de 2–13 anos.	Risperidona ou aripiprazol associados às terapias de suporte.	Relatou melhora clínica importante, com hiperprolactinemia assintomática e ganho excessivo de peso entre os principais efeitos adversos; o desenho observacional limita inferência causal.

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Mellahn et al. (2022)	Understanding the Diversity of Pharmacotherapeutic Management of ADHD With Co-occurring Autism: An Australian Cross-Sectional Survey	Estudo transversal com cuidadores de 505 crianças de 2–18 anos; grupos TDAH, TEA e TDAH+TEA.	Estimulantes, não estimulantes, antipsicóticos, antidepressivos e melatonina.	No grupo TDAH+TEA houve uso mais amplo de classes farmacológicas, reforçando a necessidade de individualização diante de comorbidades.
Alenezi et al. (2022)	Psychotropic Medications Use among Children with Autism in Saudi Arabia	Estudo transversal com 293 pais de crianças com TEA.	Risperidona, metilfenidato, ácido valproico e outros psicotrópicos.	39,08% relataram uso atual de medicação; entre os usuários, risperidona (53%), metilfenidato (30%) e ácido valproico (9%) foram os mais relatados.
Brignell et al. (2022)	Memantine for autism spectrum disorder	Revisão sistemática Cochrane; 3 ECRs, 204 participantes; crianças/adolescentes, média de 9,4 anos.	Memantina – sintomas centrais e associados.	Não houve evidência clara de benefício para sintomas centrais ou associados; a certeza da evidência foi muito baixa.
Sadeh et al. (2023)	Adherence to treatment and parents' perspective about effectiveness of melatonin in children with autism spectrum disorder and sleep disturbances	Coorte retrospectiva pediátrica e levantamento com responsáveis.	Melatonina – distúrbios do sono.	Responsáveis relataram melhora no início do sono, duração e despertares noturnos; eventos adversos relatados foram principalmente leves.
Guastella et al. (2023)	The effect of oxytocin nasal spray on social interaction in young children with autism: a randomized clinical trial	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado; 87 crianças de 3–12 anos.	Oxitocina intranasal – responsividade/interação social.	Não houve efeito global significativo; houve sinal exploratório de possível benefício em crianças menores, sem confirmação consistente nos demais desfechos.

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Ibsen e Thomsen (2024)	Cannabinoids as alleviating treatment for core symptoms of autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review	Revisão sistemática pediátrica; 5 estudos, incluindo 2 ECRs e 3 coortes.	Canabinoides/CBD – sintomas centrais e comportamentais.	A evidência para sintomas centrais foi inconclusiva e predominantemente de alto risco de viés; possíveis benefícios comportamentais foram descritos, mas segurança e efeitos de longo prazo permanecem incertos.
London et al. (2024)	High-Dose Propranolol for Severe and Chronic Aggression in Autism Spectrum Disorder: A Pilot, Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Crossover Study	Ensaio piloto randomizado, duplo-cego, crossover; 6 participantes de 12–19 anos.	Propranolol – agressividade grave/crônica.	Redução aproximada de 50% na CGI-I e 37% na ABC-C/I versus placebo; o tamanho amostral muito pequeno limita a generalização.
Maniram et al. (2024)	An Overview of Pharmacotherapy in the Management of Children with Autism Spectrum Disorder at a Public Hospital in KwaZulu-Natal	Estudo quantitativo retrospectivo; 181 crianças com TEA.	Risperidona, metilfenidato, melatonina, valproato de sódio, carbamazepina e outros.	Risperidona foi o fármaco mais prescrito (88%); outros medicamentos foram usados principalmente para comorbidades. Houve registro de melhora em parte dos prontuários.
Bazrafshan et al. (2025)	Metformin efficacy and safety as an adjunctive treatment for irritability in children with autism spectrum disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial	Ensaio randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, 10 semanas; 55 crianças com TEA.	Metformina adjuvante à risperidona – irritabilidade.	A metformina reduziu significativamente irritabilidade versus placebo e mostrou sinais de benefício em hiperatividade e fala inadequada; os autores recomendam confirmação antes de uso amplo.

Autor/ano	Título do estudo	Desenho/amostra	Medicamento(s)/foco	Principais achados
Williams et al. (2025)	Glutathione, Vitamin C, and Cysteine Use in Autistic Children With Disruptive Behavior: A Double-Blind, Placebo-Controlled Crossover Pilot Study	Ensaio piloto randomizado, duplo-cego, crossover; 24 crianças de 5–16 anos.	Glutationa isolada ou combinada com vitamina C e N-acetilcisteína (NAC) – comportamento disruptivo.	Não houve diferença entre tratamento e placebo nos desfechos comportamentais ou biológicos; não foram observados efeitos adversos significativos atribuíveis às intervenções.

Fonte: elaborado pelos autores (2026), com base nos registros recuperados e triados no Rayyan.

***Nota metodológica:** foram retirados da versão anterior os estudos com população mista ou faixa etária ampliada que dificultavam atribuir os resultados à população pediátrica. As substituições foram feitas por registros presentes no conjunto de 584 referências da busca atual, preservando a rastreabilidade da seleção. O ensaio de ácido folínico de Panda et al. (2024) não foi incluído por ter sido retratado em 2026; o ensaio de Batebi et al. (2021) é uma publicação distinta.

A análise dos 22 estudos selecionados apontou que o tratamento medicamentoso de crianças e adolescentes com TEA está principalmente relacionado com o manejo de sintomas associados e comorbidades. Ainda, as evidências encontradas na literatura apontam para diferentes níveis de consistência, dependendo do medicamento utilizado e dos resultados avaliados em cada estudo.

Entre os medicamentos analisados, pode-se destacar os antipsicóticos de segunda geração (risperidona e aripiprazol) que são utilizados principalmente para o controle da irritabilidade, agressividade e alterações comportamentais. Os estudos também apontaram que há benefícios no uso do metilfenidato, da atomoxetina e da guanfacina no manejo de sintomas associados ao TDAH. Em se tratando de alterações do sono e insônia, a melatonina apresentou resultados favoráveis, que incluem redução do tempo para adormecer, aumento da duração total do sono e melhora da qualidade do sono.

Em relação aos estudos analisados que buscaram avaliar o perfil de uso de medicamentos, verificou-se uma frequência elevada de prescrição de psicotrópicos entre crianças e adolescentes com TEA. Os autores Alenezi et al. (2022) observaram que 39,08% dos participantes avaliados faziam uso de tratamento medicamentoso, na qual a risperidona foi o medicamento mais relatado, seguida de metilfenidato e ácido valproico. Maniram et al. (2024), de forma similar, identificaram a risperidona como o medicamento mais frequentemente prescrito (88%) nos prontuários analisados.

Tratando-se da segurança e tolerabilidade dos tratamentos, os estudos analisados identificaram alguns efeitos adversos importantes. No caso da risperidona, a melhor resposta ao tratamento foi percebida nos indivíduos com maiores concentrações do medicamento no organismo, mas também observou-se nesses indivíduos o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), sonolência e elevação dos níveis de prolactina. Da mesma forma, outros estudos também observaram ganho de peso significativo e aumento da prolactina relacionados ao uso de antipsicóticos.

Em relação aos tratamentos que ainda estão em investigação ou apresentam evidências limitadas, a pesquisa apontou estudos sobre memantina, propranolol, oxitocina intranasal, balovaptan, ácido folínico, canabinoides, metformina em associação com outros medicamentos e N-acetilcisteína, havendo resultados variáveis dessas intervenções. Ao tempo em que alguns estudos apontaram benefícios em sintomas ou aspectos específicos, outros não encontraram diferenças significativas em comparação ao placebo ou apresentaram baixo nível de evidência, o que faz com que as conclusões consistentes sobre sua eficácia sejam ainda limitadas.

De maneira geral, os estudos selecionados na presente pesquisa evidenciam que existe uma frequência elevada de prescrições de medicamentos para o controle de sintomas associados ao TEA, dentre os quais agressividade, irritabilidade, hiperatividade, sintomas de TDAH e alterações do sono. Por outro lado, os tratamentos farmacológicos direcionados aos sintomas centrais do TEA ainda apresentam resultados limitados ou inconclusivos, o que indica a necessidade de que mais estudos sejam realizados a fim de determinar sua eficácia e segurança.

Discussão

O principal achado dessa pesquisa evidencia que o tratamento medicamentoso de crianças com TEA está direcionado principalmente para o controle de sintomas associados e comorbidades, dentre as quais agressividade, irritabilidade, agitação, sintomas relacionados ao TDAH e alterações do sono14-17. A variedade de medicamentos encontrada nos estudos reforça que a escolha do tratamento deve considerar os sintomas

apresentados e as características clínicas de cada paciente. É importante salientar que os medicamentos devem ser utilizados principalmente quando os sintomas associados interferem de forma significativa no desempenho escolar, no desenvolvimento ou na qualidade de vida da criança e de sua família, de forma que as intervenções comportamentais e educacionais continuam sendo fundamentais no acompanhamento de crianças e adolescentes com TEA14,16,18.

Ficou evidente nos estudos selecionados que os medicamentos risperidona e aripiprazol apresentaram maior destaque no controle da irritabilidade, agressividade física ou verbal e comportamentos de difícil manejo[16,19]. Com base nos resultados, são evidentes os benefícios desses antipsicóticos para o controle de alterações comportamentais, apesar de ser necessário considerar os diferentes desenhos e métodos utilizados nos estudos. Em uma pesquisa retrospectiva[19], o uso de antipsicóticos atípicos esteve associado à redução das reinternações de crianças e adolescentes com TEA e irritabilidade grave, sem diferenças importantes entre risperidona e aripiprazol (embora esses resultados não permitem estabelecer uma relação direta de causa e efeito por se tratar de um estudo retrospectivo). Também foram observados resultados favoráveis quando esses medicamentos foram associados às terapias tradicionais de reabilitação e suporte[14], mas, por se tratar de evidência observacional, não é possível determinar com precisão quanto da melhora observada pode ser atribuída exclusivamente ao tratamento medicamentoso.

Para além dos benefícios observados, é preciso considerar os possíveis efeitos adversos do uso de antipsicóticos, sobretudo na população pediátrica. Entre os efeitos mais relatados estão ganho de peso, alterações metabólicas, sonolência e aumento dos níveis de prolactina14,20. Estudos indicam que maiores concentrações de risperidona no organismo podem estar relacionadas tanto a uma melhor resposta clínica quanto ao aumento do IMC, sonolência e elevação da prolactina20. Logo, esses achados reforçam que os benefícios do tratamento devem ser avaliados em conjunto com os possíveis riscos, o que requer um acompanhamento regular dos pacientes para ajuste individual das doses ao longo do tratamento.

Quanto ao controle da hiperatividade e dos sintomas de TDAH associados ao TEA, os estudos apontaram o uso de medicamentos estimulantes e não estimulantes, em especial para metilfenidato, atomoxetina e guanfacina[16,17,21]. Uma metanálise[29] evidenciou que tanto os antipsicóticos atípicos quanto os medicamentos utilizados para o TDAH contribuíram para a redução da hiperatividade em crianças e adolescentes com TEA, embora os benefícios tenham sido acompanhados por efeitos adversos, principalmente sonolência entre os pacientes que utilizaram antipsicóticos e redução do apetite entre aqueles tratados com medicamentos para o TDAH[29]. Dessa forma, os estudos não apontam como havendo um único tratamento como o mais adequado para todos os pacientes, de forma que a escolha do medicamento deve considerar os sintomas apresentados, presença de comorbidades, resposta individual ao tratamento e possíveis riscos associados[16,21].

Quanto a avaliação dos padrões de prescrição, os estudos também mencionaram a necessidade de um tratamento individualizado. Foi identificado o uso de diferentes classes de medicamentos para o manejo dos sintomas associados ao TEA, incluindo antipsicóticos, estimulantes e outros fármacos utilizados no tratamento de condições concomitantes[9]. Estudos sobre esses padrões de prescrição demonstraram uma ampla variedade de medicamentos utilizados por crianças com TEA[17]. Essa diversidade foi ainda maior entre crianças que apresentavam TEA e TDAH simultaneamente, devido à necessidade de tratar diferentes sintomas e condições associadas$_{21}$. Tais achados reforçam que o tratamento medicamentoso deve ser definido de acordo com as necessidades e características de cada paciente, não havendo um único esquema terapêutico adequado para todas as crianças

com TEA.

Os dados sobre o uso de psicotrópicos também mostram que esses medicamentos estão frequentemente presentes na prática clínica, como um estudo que se baseou em informações fornecidas por familiares e responsáveis, na qual 39% dos participantes faziam uso de medicamentos, sendo a risperidona o fármaco mais relatado, seguida pelo metilfenidato e pelo ácido valproico. Esses resultados demonstram o uso de diferentes classes de medicamentos no acompanhamento de crianças com TEA e reforçam que a farmacoterapia é direcionada principalmente ao controle de sintomas comportamentais e de condições associadas, não somente ao tratamento do TEA como um todo[33].

Em relação às alterações do sono, a melatonina apresentou resultados favoráveis e boa tolerabilidade nos estudos analisados. Foram observadas melhoras principalmente na redução do tempo para adormecer, no aumento da duração e da qualidade do sono e na diminuição dos despertares noturnos, com ocorrência de efeitos adversos geralmente leves[22,23]. Considerando que os problemas de sono podem afetar o comportamento da criança e também a qualidade de vida familiar, esses resultados reforçam a importância de identificar e tratar essas alterações de maneira conjunta ao acompanhamento de crianças com TEA.

De outro lado, os tratamentos investigados com o objetivo de melhorar os sintomas centrais do TEA apresentaram evidências menos consistentes. O balovaptan não demonstrou diferença significativa em relação ao placebo para aspectos relacionados à interação social e à comunicação[15]. Da mesma maneira, a oxitocina intranasal não apresentou melhora clínica significativa no funcionamento social[24,25], embora análises exploratórias tenham sugerido possíveis benefícios em crianças mais novas[25]. Conjuntamente, esses resultados ainda são insuficientes para recomendar o uso rotineiro dessas substâncias na prática clínica.

No mesmo toar, a memantina e os canabinoides apresentaram evidências limitadas. No caso da memantina, os estudos não demonstraram benefícios claros para os sintomas centrais ou associados ao TEA, sendo a qualidade das evidências considerada muito baixa[26]. Em relação aos canabinoides, os resultados ainda são inconsistentes e inconclusivos, além de existirem limitações metodológicas, risco de viés e dúvidas sobre a segurança do uso em longo prazo[27]. Assim, apesar de alguns estudos relatarem melhoras em determinados aspectos comportamentais, as evidências disponíveis ainda não são suficientes para confirmar a eficácia e segurança de tais medicamentos em crianças com TEA.

Entre as abordagens complementares ainda em investigação, o uso de propranolol em altas doses apresentou resultados positivos no controle de episódios de agressividade grave e persistente em um estudo piloto[28]. No entanto, o pequeno número de participantes limita a possibilidade de generalizar esses resultados, sendo necessários estudos com amostras maiores para confirmar os benefícios observados. Esse achado demonstra uma característica comum de tratamentos ainda em fases iniciais de investigação: apesar de apresentarem resultados promissores, são necessárias evidências mais consistentes antes de sua aplicação na prática clínica.

Outro resultado a ser interpretado com cautela é o do ácido folínico que, em estudo clínico controlado[30], verificou-se que sua associação com a risperidona esteve relacionada a melhoras na fala inadequada, comportamentos estereotipados, hiperatividade e resistência a mudanças. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao isolamento social e à irritabilidade[30]. Esses resultados sugerem um possível benefício para sintomas específicos, mas ainda não permitem concluir que o ácido folínico seja eficaz para diferentes manifestações do TEA, devendo novos estudos serem realizados antes que

seu uso seja recomendado de maneira mais ampla.

Um outro achado relevante na presente pesquisa foi o uso da metformina associada à risperidona, que apresentou redução significativa da irritabilidade em comparação ao placebo, além de possíveis benefícios sobre a hiperatividade e alterações da fala. Mesmo diante dos resultados favoráveis, o estudo em questão incluiu apenas 55 participantes e teve duração de dez semanas, o que limita a aplicação dos resultados para uma população maior e por períodos prolongados[31], o que denota a necessidade de estudos adicionais para confirmar esses achados e avaliar melhor seus efeitos. Com base nas evidências analisadas nesta revisão, a metformina deve ser considerada uma alternativa ainda em investigação, não sendo um tratamento já estabelecido para a irritabilidade em crianças com TEA.

Salienta-se que nem todos os tratamentos em investigação apresentaram resultados positivos. O uso de glutationa, tanto isoladamente quanto em associação com vitamina C e N-acetilcisteína (NAC), em crianças com alterações comportamentais graves não apresentou diferenças significativas em relação ao placebo nos aspectos comportamentais ou biológicos avaliados. Embora não tenham sido registrados efeitos adversos graves, a ausência de benefícios significativos mostra que uma possível explicação biológica para o uso de determinada substância não é suficiente para comprovar sua eficácia na prática clínica[32].

As diferenças entre os resultados encontrados nesta revisão também mostram a distância entre medicamentos que já possuem evidências mais consistentes e tratamentos que ainda estão em fases iniciais de investigação. Enquanto a risperidona e o aripiprazol apresentam evidências mais sólidas para o controle da irritabilidade, agressividade e comportamentos de difícil manejo, a melatonina tem demonstrado resultados favoráveis no tratamento das alterações do sono. Em contrapartida, outras substâncias apresentam resultados mais variados e evidências menos consistentes[10,16,22,23].

Uma revisão sistemática com metanálise de rede[10] reforça essa diferença ao mostrar que, embora alguns medicamentos apresentem benefícios em sintomas específicos, a qualidade das evidências ainda é baixa em várias intervenções, principalmente quando direcionadas aos sintomas centrais do TEA.

Outro aspecto que merece atenção é a frequência do uso de medicamentos psicotrópicos entre crianças e adolescentes com TEA. Os estudos incluídos nesta revisão mostram que esses medicamentos fazem parte da prática clínica e que seu uso pode começar ainda na infância[18], cenário exige atenção. Grande grande parte das prescrições é direcionada ao controle de sintomas específicos e condições associadas e os benefícios e também os efeitos adversos podem variar entre os pacientes[16,17]. Dessa forma, o tratamento medicamentoso deve partir da definição clara do sintoma que se pretende tratar, considerando os possíveis benefícios, os riscos e a resposta individual de cada criança. Não se pode deixar de mencionar que a farmacoterapia deve ser integrada às intervenções comportamentais e ao acompanhamento multidisciplinar, que continuam tendo papel importante no cuidado de crianças e adolescentes com TEA.

A variação nos métodos utilizados pelos estudos também dificulta a comparação direta entre os diferentes tratamentos. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, estudos prospectivos e de coorte, pesquisas baseadas em questionários respondidos por pais ou responsáveis, estudos retrospectivos, além de revisões sistemáticas e metanálises. Esses trabalhos apresentaram diferenças importantes quanto ao número e à idade dos participantes, tempo de acompanhamento e resultados avaliados. Além disso, alguns tratamentos ainda em investigação foram estudados em amostras pequenas, enquanto outras pesquisas utilizaram informações fornecidas pelos responsáveis ou dados obtidos

de prontuários. Essas diferenças metodológicas devem ser consideradas na interpretação dos resultados, pois o nível de evidência não é o mesmo para todos os medicamentos analisados.

De modo geral, os estudos avaliados mostram que não existe um único medicamento capaz de tratar o TEA de forma ampla, uma vez que o tratamento farmacológico na infância está direcionado principalmente ao controle de sintomas específicos e condições associadas. A risperidona e o aripiprazol apresentam evidências mais consistentes para o manejo da irritabilidade, agressividade e comportamentos de difícil controle. Já o metilfenidato, a atomoxetina e a guanfacina apresentam benefícios no manejo de sintomas relacionados ao TDAH, enquanto a melatonina tem demonstrado resultados favoráveis para alterações do sono.

Por outro lado, substâncias como ácido folínico, metformina, propranolol, oxitocina intranasal, balovaptan, memantina, canabinoides e antioxidantes ainda apresentam resultados variados ou pouco conclusivos, sendo necessários novos estudos para esclarecer melhor sua eficácia e segurança. Dessa forma, os achados desta revisão reforçam a importância de um tratamento medicamentoso individualizado, definido de acordo com os sintomas e as necessidades de cada paciente e baseado nas melhores evidências disponíveis, sempre considerando a relação entre benefícios e possíveis efeitos adversos.

Conclusão

O presente estudo de revisão permitiu apresentar um panorama sobre os principais tratamentos medicamentosos utilizados em crianças e adolescentes com TEA. Os resultados mostram que a farmacoterapia é direcionada principalmente ao controle de sintomas associados e comorbidades e não ao tratamento do TEA de forma ampla. Nesse sentido, a escolha do medicamento deve ser individualizada, considerando as características clínicas, os sintomas apresentados e as necessidades de cada paciente.

Entre os tratamentos analisados, os antipsicóticos risperidona e aripiprazol apresentaram evidências mais consistentes para o controle da irritabilidade, agressividade e comportamentos de difícil manejo. Apesar dos benefícios observados, seu uso exige atenção aos possíveis efeitos adversos, dentre os quais ganho de peso, alterações metabólicas, sonolência e alterações hormonais. Esses riscos reforçam a importância do acompanhamento médico regular durante o tratamento, permitindo avaliar a resposta clínica e identificar possíveis efeitos indesejados.

Para crianças com TEA que também apresentam sintomas relacionados ao TDAH, medicamentos como metilfenidato, atomoxetina e guanfacina demonstraram benefícios, embora a resposta e a tolerabilidade possam variar entre os pacientes. Em relação às alterações do sono, a melatonina apresentou resultados favoráveis nos estudos analisados. Por outro lado, os tratamentos direcionados aos sintomas centrais do TEA e algumas alternativas ainda em investigação, como oxitocina, balovaptan, memantina e canabinoides, apresentaram resultados menos consistentes. Dessa forma, as evidências disponíveis ainda não são suficientes para recomendar o uso rotineiro dessas substâncias na prática clínica.

De modo geral, os resultados desta revisão reforçam que o tratamento medicamentoso deve fazer parte de um cuidado individualizado e multidisciplinar, considerando os sintomas que mais interferem na qualidade de vida, as condições associadas, a evolução clínica e a resposta de cada paciente ao medicamento. Apesar dos avanços observados na literatura, ainda existem dúvidas sobre a eficácia e a segurança de

algumas intervenções. Por isso, são necessários novos estudos com maior rigor metodológico, amostras maiores e períodos mais longos de acompanhamento, especialmente voltados para crianças e adolescentes com TEA.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Paditz E, Renner B, Koch R, Schneider BM, Schlarb AA, Ipsiroglu OS. The pharmacokinetics, dosage, preparation forms, and efficacy of orally administered melatonin for non-organic sleep disorders in autism spectrum disorder during childhood and adolescence: a systematic review. Children (Basel). 2025;12(5):648. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/12/5/648. Acesso em: 02 jul. 2026.

2. Sauer AK, Stanton JE, Hans S, Grabrucker AM. Autism spectrum disorders: etiology and pathology. In: Grabrucker AM, editor. Autism Spectrum Disorders [Internet]. Brisbane (AU): Exon Publications; 2021 [cited 2025 Dec 12]. Chapter 1. Available from: NCBI Bookshelf

3. Waizbard-Bartov E, Fein D, Lord C, Amaral DG. Autism severity and its relationship to disability. Autism Res. 2023;16(4):685-696. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aur.2898. Acesso em: 22 jul. 2026.

4. Tomiyama S, Yoshida K, Tani H, Uchida H. Pharmacological treatment of autism spectrum disorder: a systematic review of treatment guidelines. Pharmacopsychiatry. 2025;58(3):100-116. Disponível em: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2514-4452. Acesso em: 05 ago. 2026.

5. Seize MM, Borsa JC. Questionário para Rastreio de Sinais Precoces do Transtorno do Espectro Autista: evidências de validade e consistência interna. J Bras Psiquiatr. 2022;71(3):176-185. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/h66FRPSd6kp963Tmp4WGWwd/abstract/?lang=en. Acesso em: 01 ago. 2026.

6. Pereira DA, Cheidde L, Megiolaro MDR, Camargo AEF, Weba ETP, Soares VG, et al. Efficacy and safety of cannabinoids for autism spectrum disorder: an updated systematic review. Cureus. 2025;17(3):e80725. Disponível em: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/347254/20250417-283611-m7dvqf.pdf. Acesso em: 01 ago. 2026.

7. World Health Organization. Autism [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Sep 17 [cited 2026 Aug 18]. Disponível em: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders. Acesso em: 15 ago. 2026.

8. Mano-Sousa BJ, Pedrosa AM, Alves BC, Galduróz JCF, Belo VS, Chaves VE, et al. Effects of risperidone in autistic children and young adults: a systematic review and meta-analysis. Curr Neuropharmacol. 2021;19(4):538-552. Disponível em: https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cn/2021/00000019/00000004/art00009. Acesso em: 21 ago. 2026.

9. Maniram J, Karrim SBS, Oosthuizen F, Wiafe E. Pharmacological management of core symptoms and comorbidities of autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat. 2022; 18:1629-1644. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/NDT.S371013. Acesso em: 03 29. jul. 2026.

10. Siafis S, Çıray O, Wu H, Schneider-Thoma J, Bighelli I, Krause M, et al. Pharmacological and dietary-supplement treatments for autism spectrum disorder: a systematic review and network meta-analysis. Mol Autism. 2022;13(1):10. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13229-022-00488-4. Acesso em: 19 ago. 2026.

11. Manter MA, Birtwell KB, Bath J, Friedman ND, Keary CJ, Neumeyer AM, et al. Pharmacological treatment in autism: a proposal for guidelines on common co-occurring psychiatric symptoms. BMC Med. 2025;23(1):11. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-024-03814-0. Acesso em: 30 jul. 2026.

12. Trinari E, Noronha NJ, Papola D, Devji T, Navarro T, Kraus de Camargo O, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Med Insights Pediatr. 2026;20:1-15. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/11795565261442820. Acesso em: 18 ago. 2026.

13. Salloum-Asfar S, Zawia N, Abdulla SA. Retracing our steps: a review on autism research in children, its limitation and impending pharmacological interventions. Pharmacol Ther. 2024;253:108564. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163725823002280. Acesso em: 13 ago. 2026.

14. Alsayouf HA, Talo H, Biddappa ML. Core signs and symptoms in children with autism spectrum disorder improved after starting risperidone and aripiprazole in combination with standard supportive therapies: a large, single-center, retrospective case series. Brain Sci. 2022;12(5):618. Disponível em: https://www.mdpi.com/2076-3425/12/5/618. Acesso em: 13 ago. 2026.

15. Hollander E, Jacob S, Jou R, McNamara N, Sikich L, Tobe R, et al. Balovaptan vs placebo for social communication in childhood autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2022;79(8):760-769. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1717.

16. Popow C, Ohmann S, Plener P. Practitioner's review: medication for children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) and comorbid conditions. Neuropsychiatr. 2021;35:113-134. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-021-00395-9. Acesso em: 01 ago. 2026.

17. Maniram J, Oosthuizen F, Karrim SBS. An overview of pharmacotherapy in the management of children with autism spectrum disorder at a public hospital in KwaZulu-Natal. Child Psychiatry Hum Dev. 2024;55:1655-1663. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-023-01514-z. Acesso em: 19 jul. 2026.

18. Wiggins LD, Nadler C, Rosenberg S, Moody E, Reyes N, Reynolds A, et al. Many young children with autism who use psychotropic medication do not receive behavior therapy: a multisite case-control study. J Pediatr. 2021;232:264-271. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347621000779. Acesso em: 22 ago. 2026.

19. Kompella S, Vittori A, Kroin J, Kaushal S, Khan S, Neuhut S. Impact of antipsychotic use on readmission rates in children and adolescents with autism spectrum disorder and irritability. Cureus. 2022;14(2):e22361. Disponível em: https://assets.cureus.com/uploads/original_article/pdf/75558/20240724-319105-90s0pf.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

20. Kloosterboer SM, de Winter BCM, Reichart CG, Kouijzer MEJ, de Kroon MMJ, van Daalen E, et al. Risperidone plasma concentrations are associated with side effects and effectiveness in children and adolescents with autism spectrum disorder. Br J Clin Pharmacol. 2021;87:1069-1081. Disponível em: https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.14465. Acesso em: 25 jul. 2026.

21. Mellahn OJ, Knott R, Tiego J, Kallady K, Williams K, Bellgrove MA, et al. Understanding the diversity of pharmacotherapeutic management of ADHD with co-occurring autism: an Australian cross-sectional survey. Front Psychiatry. 2022;13:914668. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.914668/full. Acesso em: 01 set. 2026.

22. Lalanne S, Fougerou-Leurent C, Anderson GM, Schroder CM, Nir T, Chokron S, et al. Melatonin: from pharmacokinetics to clinical use in autism spectrum disorder. Int J Mol Sci. 2021;22(3):1490. Disponível em: https://www.mdpi.com/1422-0067/22/3/1490. Acesso em: 17 jul. 2026.

23. Sadeh H, Meiri G, Zigdon D, Ilan M, Faroy M, Michaelovski A, et al. Adherence to treatment and parents' perspective about effectiveness of melatonin in children with autism spectrum disorder and sleep disturbances. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2023;17: 123. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-023-00669-w. Acesso em: 28 ago. 2026.

24. Sikich L, Kolevzon A, King BH, McDougle CJ, Sanders KB, Kim SJ, et al. Intranasal oxytocin in children and adolescents with autism spectrum disorder. N Engl J Med.

2021;385(16):1462-1473.

25. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa2103583. Acesso em: 28 agp. 2026.

26. Guastella AJ, Boulton KA, Whitehouse AJO, Song YJ, Thapa R, Gregory SG, et al. The effect of oxytocin nasal spray on social interaction in young children with autism: a randomized clinical trial. Mol Psychiatry. 2023;28:834-842. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41380-022-01845-8. Acesso em: 21 ago. 2026.

27. Brignell A, Marraffa C, Williams K, May T. Memantine for autism spectrum disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(8):CD013845. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013845.pub2/abstract. Acesso em: 20 ago. 2026.

28. Ibsen EWD, Thomsen PH. Cannabinoids as alleviating treatment for core symptoms of autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review. Nord J Psychiatry. 2024;78(7):553-560. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2024.2381541. Acesso em: 02 jul. 2026.

29. London EB, Zimmerman-Bier BL, Yoo JH, Gaffney JW. High-dose propranolol for severe and chronic aggression in autism spectrum disorder: a pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized crossover study. J Clin Psychopharmacol. 2024;44:462-467. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11460740/. Acesso em: 23 jul. 2026.

30. WANG, F.; WEN, F.; YU, L.; YAN, J.; LIU, J.; LI, Y.; CUI, Y. The efficacy and safety in attention deficit hyperactivity disorder of second-generation antipsychotics and other medications for hyperactivity in children and adolescents with autism: a meta-analysis. International Clinical Psychopharmacology, v. 36, n. 3, p. 109-116, 2021. Disponível em: https://www.ovid.com/jnls/intclinpsychopharm/abstract/10.1097/yic.0000000000000349~the-efficacy-and-safety-in-attention-deficit-hyperactivity?redirectionsource=fulltextview . Acesso em: 01 set. 2026.

31. BATEBI, N.; SANJARI MOGHADDAM, H.; HASANZADEH, A.; FAKOUR, Y.; MOHAMMADI, M. R.; AKHONDZADEH, S. Folinic Acid as Adjunctive Therapy in Treatment of Inappropriate Speech in Children with Autism: A Double-Blind and Placebo-Controlled Randomized Trial. Child Psychiatry & Human Development, v. 52, n. 5, p. 928-938, 2021. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-020-01072-8. Acesso em: 15 ago. 2026.

32. BAZRAFSHAN, Z.; MOHAMMADI, P.; HASANZADEH, A.; SANJARI MOGHADDAM, M.; KABIRI, M.; SANJARI MOGHADDAM, H.; ABDOLGHAFFARI, A. H.; MOHAMMADI, M.-R.; AKHONDZADEH, S. Metformin efficacy and safety as an adjunctive treatment for irritability in children with autism spectrum disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Psychopharmacology, v. 39, n. 3, p. 214-222, 2025. Disponível em:

https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02698811241303593. Acesso em: 22 ago. 2026.

33. WILLIAMS, P. G.; SEARS, L.; WATSON, W. H.; GUNARATNAM, B.; FEYGIN, Y.; WRIGHT, S. P.; SULLIVAN, J. E. Glutathione, Vitamin C, and Cysteine Use in Autistic Children With Disruptive Behavior: A Double-Blind, Placebo-Controlled Crossover Pilot Study. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, v. 46, n. 1, p. e17-e24, 2025. Disponível em: https://www.ovid.com/jnls/jrnldbp/abstract/10.1097/dbp.0000000000001334~glutathione-vitamin-c-and-cysteine-use-in-autistic-children?redirectionsource=fulltextview. Acesso em: 10 ago. 2026.

34. ALENEZI, S.; ALNEMARY, F.; ALAMRI, A.; ALBAKR, D.; ABUALKHAIR, L.; ALNEMARY, F. Psychotropic Medications Use among Children with Autism in Saudi Arabia. Children, v. 9, n. 7, p. 966, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/9/7/966. Acesso em: 01 set. 2026.

Autor correspondente:
Simone Meurer Brand
Rua David Tomasi, nº187, Jd. Ipê IV - CEP 85869-694 – Foz do Iguaçu/PR.
Telefone:(45)99937-7000;
simone.brand@unioeste.br