



Elaboração: 2016	Última revisão: 01/12/2025	Próxima Revisão: 12/2027	Revisão: 05
<b>COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO</b> CID 10: F84.0; F84.1; F84.3; F84.5; F84.8 PORTARIA Nº 07, DE 12 DE ABRIL DE 2022.			

**Informações Gerais**

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

**Medicamentos CEAF**

**Risperidona: solução oral de 1 mg/ml (para doses que exigem frações de 0,5mg); comprimidos de 1, 2 e 3mg**

**Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)**

- ☐ Carteira de identidade com foto (RG)
- ☐ Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ☐ Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- ☐ Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ☐ Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

**Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)**

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> <b>Laudo médico</b> , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Escalas preenchidas (ANEXO); <input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); <input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b> , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> <b>Laudo médico</b> , EM CASO DE ALTERAÇÃO DE PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento.

**Para recebimento da medicação (mensal)**

- ☐ **Receituário de Controle Especial em duas vias** com validade para 30 dias; Tratamento para até 60 dias por receita.

Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.

**Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do SUS que atendam as especialidades de que trata este documento de preferência uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**Observações:**

- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
- Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que dever conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista

**Para receber os medicamentos**

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento;

No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve estar de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

#### Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

**ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO\***

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_

Sexo (circular): Feminino / Masculino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia mês AnoData de hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dia mês Ano

Caso esteja na escola, qual o tipo (marque uma alternativa):

☐ Escola para portadores de necessidades especiais☐ Escola para portadores de autismo☐ Escola de inclusão☐ Escola comum☐ Outro? \_\_\_\_\_

Grupo étnico (marcar):

☐ branco☐ negro☐ pardo☐ Outro? \_\_\_\_\_

Situação clínica do paciente (por favor, circular):

a. Surdez? Não Sim Não sei

b. Cegueira? Não Sim Não sei

c. Epilepsia? Não Sim Não sei

d. Paralisia cerebral? Não Sim Não sei

e. Outro (especifique): \_\_\_\_\_

Relação com o paciente (marque uma alternativa):

☐ Pais☐ Professor☐ Treinador / supervisor☐ Outro (especifique): \_\_\_\_\_

Onde o paciente foi observado(marque uma alternativa):

☐ Casa☐ Escola☐ Creche☐ Consultório☐ Outro (especifique): \_\_\_\_\_

Medicações em uso atualmente (por favor, liste todos os medicamentos e sua dosagem)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM

\*AberrantBehavior checklist – ABC: versão traduzida por Losapio et al, 2011. A escala ABC foi incluída neste protocolo com a permissão de seus autores mane tal, 1985.

### ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO\*

1	Excessivamente ativo (a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar	0	1	2	3
2	Fere-se de propósito	0	1	2	3
3	Indiferente, lento (a), parado (a)	0	1	2	3
4	Agressivo (a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)	0	1	2	3
5	Procura se isolar dos outros	0	1	2	3
6	Movimentos corporais repetitivos e sem sentido	0	1	2	3
7	Barulhento (a) (ruídos grosseiros e inapropriados)	0	1	2	3
8	Grita inapropriadamente	0	1	2	3
9	Fala excessivamente	0	1	2	3
10	Crises de birra/ acessos de fúria	0	1	2	3
11	Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos	0	1	2	3
12	Preocupado (a), fixa o olhar no vazio	0	1	2	3
13	Impulsivo (a) age sem pensar	0	1	2	3
14	Irritável e queixoso (a)	0	1	2	3
15	Inquieto (a), incapaz de permanecer sentado (a)	0	1	2	3
16	Retraído (a); prefere atividades solitárias	0	1	2	3
17	Estranho, comportamento esquisito	0	1	2	3
18	Desobediente; difícil de controlar	0	1	2	3
19	Grita em momentos inapropriados	0	1	2	3
20	Expressão facial imóvel, fixa; falta de resposta emocional	0	1	2	3
21	Incomoda os outros	0	1	2	3
22	Fala repetitiva	0	1	2	3
23	Faz nada a não ser ficar sentado (a) e olhar os outros	0	1	2	3
24	Não é cooperativo	0	1	2	3
25	Depressivo (a)	0	1	2	3
26	Resiste a qualquer forma de contato físico	0	1	2	3
27	Movimenta ou balança a cabeça de trás pra frente repetidamente	0	1	2	3
28	Não presta atenção às instruções	0	1	2	3
29	Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente	0	1	2	3
30	Isola-se de outras crianças ou adultos	0	1	2	3
31	Tumultua as atividades em grupo	0	1	2	3
32	Fica sentado (a) ou em pé na mesma posição por muito tempo	0	1	2	3
33	Fala sozinho (a) em voz alta	0	1	2	3
34	Chora por mínimos aborrecimentos e machucados	0	1	2	3
35	Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça	0	1	2	3
36	O humor muda rapidamente	0	1	2	3
37	Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)	0	1	2	3
38	Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições, etc)	0	1	2	3
39	Não fica sentado (a) nem por um tempo mínimo	0	1	2	3
40	Difícil alcançá-lo (a), contatá-lo (a) ou chegar a te ele (ela)	0	1	2	3
41	Chora ou grita inapropriadamente	0	1	2	3
42	Prefere ficar sozinho (a)	0	1	2	3
43	Não tenta se comunicar por palavras ou gestos	0	1	2	3
44	Distrai-se com facilidade	0	1	2	3
45	Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente	0	1	2	3
46	Repete varias vezes uma palavra ou frase	0	1	2	3
47	Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força	0	1	2	3
48	Constantemente corre ou pula em torno do cômodo	0	1	2	3
49	Balança o corpo para trás e para frente repetidamente	0	1	2	3
50	Causa machucados em si mesmo	0	1	2	3
51	Não presta atenção quando falam com ele (ela)	0	1	2	3
52	Pratica violência contra si próprio	0	1	2	3
53	Inativo (a), nunca se move espontaneamente	0	1	2	3
54	Tende a ser excessivamente ativo (a)	0	1	2	3
55	Reage negativamente ao contato afetivo	0	1	2	3
56	Ignora propositalmente as instruções	0	1	2	3
57	Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado	0	1	2	3

58	Demonstra pouca reação social aos outros	0	1	2	3
----	--	---	---	---	---

Carimbo e assinatura do médico e CRM

**ESCALA DE AUTOAGRESSÃO E AGRESSÃO/COMPORTAMENTO AGRESSIVO DESTRUTIVO**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Comportamento autoagressivo/agressivo/destrutivo		Frequência					Severidade		
		Nunca	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente	O tempo todo	Leve	Moderada	Grave
1	Morder a si próprio (com tal força) que a marca dos dentes pode ser vista por algum tempo (vermelhidão ou corte na pele podem ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
2	Bater na cabeça com a mão ou com outra parte do corpo (por exemplo, tapas no rosto, bater o joelho contra a testa) com ou contra objetos (por exemplo, jogar-se contra a parede, bater na cabeça com um brinquedo).	0	1	2	3	4	1	2	3
3	Bater no próprio corpo (exceto cabeça) com as mãos ou outra parte do corpo (por exemplo, chutar-se, tapas nos braços ou coxas) com ou contra objetos (por exemplo, bater nas pernas com um bastão, socar a parede).	0	1	2	3	4	1	2	3
4	Arranhar-se (com tal força que a vermelhidão da pele seja visível, corte na pele também pode ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
5	Pica: levar a boca ou engolir objetos que não se deve pôr na boca ou engolir por motivo de higiene ou saúde (itens não alimentícios, tais como fezes, grama, papel, lixo, cabelo etc)	0	1	2	3	4	1	2	3
6	Inserir objetos em orifícios do corpo (nariz orelha, ânus etc).	0	1	2	3	4	1	2	3
7	Puxar o cabelo (arrancar mechas de cabelo).	0	1	2	3	4	1	2	3
8	Ranger os dentes (evidências de dentes rangidos).	0	1	2	3	4	1	2	3
TOTAL		Frequência:					Severidade:		
9	Bater em outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
10	Chutar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
11	Empurrar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
12	Morder os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
13	Agarrar e puxar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
14	Arranhar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
15	Beliscar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
16	Agredir verbalmente os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
17	Destruir coisas (por exemplo, rasgar roupas, jogar cadeiras, quebrar mesas).	0	1	2	3	4	1	2	3
18	Ser malvado ou cruel (por exemplo, pegar brinquedos ou comida dos outros, intimidar outros)	0	1	2	3	4	1	2	3
TOTAL		Frequência:					Severidade:		

Carimbo e assinatura do médico e CRM

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**RISPERIDONA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente ou responsável), declaro ter sido informado(a) claramente sobre as indicações e contraindicações, os benefícios e riscos, principais efeitos adversos relacionados ao uso de risperidona, indicada para o tratamento de comportamento agressivo na pessoa com transtornos do espectro do autismo. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Melhora no controle de alguns sintomas da doença, como a raiva;
- Redução de episódios de agressão ou autoagressão; e - melhor participação em atividades de tratamento.

Também fui informado(a) que este medicamento não tem efeito nos sintomas principais (nucleares) dos transtornos do espectro do autismo nem leva à cura desta condição. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Os efeitos adversos mais comuns são sonolência, aumento do apetite, salivação, dificuldade na eliminação das fezes, boca seca, cansaço, tremor, contrações musculares involuntárias, tontura, movimentos involuntários, aumento do peso e aceleração dos batimentos cardíacos.
- Caso se engravide ou tenha intenção de engravidar durante o tratamento, deve-se informar o médico para que se decida sobre tomar ou não tomar a risperidona. Caso se esteja amamentando, também se deve informar ao médico, pois a risperidona não deve ser utilizado durante a lactação;
- A risperidona está contraindicada em casos de alergia à risperidona ou componentes da fórmula, sendo-me orientado consultar a bula do medicamento dispensado.

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado para quem foi prescrito. Também fui informado que a descontinuidade no uso do medicamento, não acarretará descontinuidade no tratamento de forma global.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Local:	Data:
Nome do Paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
_____ Assinatura do paciente ou responsável legal	
Nome do Médico:	CRM:
UF:	
_____ Assinatura e carimbo médico	
Data:	

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



**\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**



## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

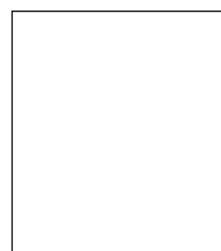
Nome Paciente: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

\*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_



Campo para digital