



Elaboração: 2016

Última revisão: 01/12/2025

Próxima Revisão: 12/2027

Revisão: 05

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

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

- LME** - 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);
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Laudo médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Escalas preenchidas (ANEXO);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME** - 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);
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.
- Laudo médico**, 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.

Exames

Solicitação inicial

- Perfil Lipídico Completo (Colesterol Total, HDL e LDL e Triglicerídeos);
- Glicemia de jejum;
- Cópia de avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- Cópia de avaliação da pressão arterial (resultado de três medições em datas diferentes)

Renovação a cada 6 (seis) meses

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

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:

- 1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.**
- 2. 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.**
- 3. 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 está 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? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não sei |
| b. Cegueira? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não sei |
| c. Epilepsia? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não sei |
| d. Paralisia cerebral? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> 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 _____ | 4 _____ |
| 2 _____ | 5 _____ |
| 3 _____ | 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 Secretária 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.

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

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

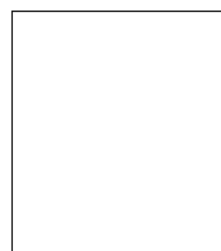
Nome Paciente: _____ CNS: _____

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