



Elaboração: 2016

Última revisão: 02/03/2022

Próxima Revisão: 03/2024

Revisão: 04

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

CID 10: F84.0; F84.1; F84.3; F84.5; F84.8

PORTARIA CONJUNTA Nº 7, 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)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Escalas preenchidas (ANEXO); <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. <input type="checkbox"/> Laudo médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;

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, 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 Ano

Data 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 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.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

--	--	--	--	--	--	--	--

 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____

4- Nome da Mãe do Paciente* _____

5- Peso do paciente*

--	--	--

 kg

6- Altura do paciente*

--	--	--

 cm

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10*

--	--	--	--

 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar:

NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 16- Data da solicitação* _____

17- Assinatura e carimbo do médico* _____

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: _____ e CPF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
 Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

22- Correio eletrônico do paciente _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

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

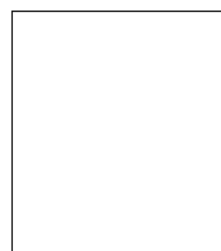
Nome Paciente: _____ CNS: _____

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