COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	
Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 7 - 12/04/2022.	
Medicamento	**RISPERIDONA**
CID 10	**F84.0; F84.1; F84.3; F84.5; F84.8**
Apresentação	1 mg e 2 mg (comprimidos) 1 mg/mL solução oral (frasco com 30 mL)
Inclusão	Pacientes **com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo** com: 1. Idade superior a 5 anos 2. Comportamento agressivo grave dirigido a si ou a terceiros, 3. Com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas.
Anexos Obrigatórios	- **Formulário Médico para Transtorno do Espectro do Autismo** completamente preenchido e assinado pelo médico; - **Para pacientes com problemas cardíacos:** anexar relato emitido por médico cardiologista autorizando o uso do medicamento. - **Para pacientes cujas doses estão acima das preconizadas pelo PCDT**: anexar relato médico emitido por médico especialista (Psiquiatria, Neurologia ou Pediatria) justificando a dose.
Administração	**Crianças e adolescentes (de 5 anos a 18 anos)**: ● **<u>Menores de 20 Kg:</u>** - Dose máxima: 1,5 mg/dia.(sol oral); ● **<u>Pacientes de 20 Kg a 45 Kg:</u>** **-** Dose máxima: 2,5 mg; ● **<u>Pacientes maior de 45 Kg:</u>** Dose máxima é de 3,5 mg/dia. **Adultos:** ● Dose máxima: 10 mg/dia.
Prescrição Máxima Mensal	310 cp (1 mg), 155 cp (2mg) ou 11 frascos
Monitoramento	**1. Antes do início do tratamento - OBRIGATÓRIO:** Avaliação os seguintes aspectos: idade, antropometria (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), 3 medidas de pressão arterial em datas diferentes, dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum. Em pacientes com cardiopatia conhecida eletrocardiograma (ECG) deve ser obtido. **2. Após o início do tratamento - PARA MONITORAR EVENTOS ADVERSOS**: Repetir: as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses; os exames laboratoriais (hemograma completo, perfil lipídico e glicemia de jejum) em 3 e 12 meses; e solicitar nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais. Após o primeiro ano, repetir o monitoramento a cada 12 meses; ECG para pessoas com **problemas cardíacos** deve ser repetido a cada 3 meses;
Exclusão	1. Pacientes menores de cinco anos; 2. Toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) à Risperidona; 3. Mulheres que engravidarem durante o tratamento ou que estejam amamentando.
Tempo de Tratamento	Indeterminado
Validade dos Exames	ECG (para pacientes com problemas cardíacos): 6 meses.

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

<table>
<tr><td>Renovação</td><td colspan="2">LME + Receita médica.</td></tr>
<tr><td>Adequação</td><td colspan="2">Troca de CID - LME + receita.

Aumento/redução de dose: LME + receita médica (autorizada pela própria Unidade).

Para os pacientes que não obtiveram resposta adequada, aumentos adicionais da dose devem ser considerados com justificativa de médico especialista, enviar para avaliação central (DIAF): LME + receita médica + justificativa da dose prescrita.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Especialidade Médica</td><td>Novas Solicitações e Adequações (aumento e redução de dose)</td><td>Psiquiatria, Neurologista, Pediatra, Médico do CAPS e Médico com experiência em Saúde Mental.</td></tr>
<tr><td>Aumento adicional da dose para pacientes que não obtiveram resposta adequada</td><td>Psiquiatria, Neurologista ou Pediatra.</td></tr>
<tr><td>Renovações Sem Alterações</td><td>Não há exigência de especialidade.</td></tr>
<tr><td colspan="3">CID 10:
F84.0 Autismo infantil
F84.1 Autismo atípico
F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância
F84.5 Síndrome de Asperger
F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento</td></tr>
</table>

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica