

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) e solução oral de 1 mg/mL, frasco com 30 mL
Inclusão	Pacientes com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, com comportamento agressivo grave dirigido a si ou terceiros, com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas e devido ao comportamento agressivo, que tenham familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento.
Anexos Obrigatórios	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Administração	<p>Crianças maiores que 5 anos de idade e adolescentes:</p> <p><u>Menores de 20 Kg:</u> - Dose máxima: 1,5 mg/dia.(sol oral);</p> <p><u>Pacientes de 20 Kg a 45 Kg:</u> - Dose máxima: 2,5 mg;</p> <p><u>Pacientes maior de 45 Kg:</u> Dose máxima é de 3,5 mg/dia.</p> <p>Para os pacientes que não obtiveram resposta adequada, aumentos adicionais da dose devem ser considerados. Neste caso, anexar justificativa médica para a dose prescrita acima do recomendado em PCDT.</p> <p><u>Adultos:</u> - Dose máxima: 10 mg/dia.</p>
Prescrição Máxima Mensal	310 cp (1 mg), 155 cp (2mg) ou 11 frascos
Monitoramento	<p>Antes do início do tratamento é obrigatória a avaliação: idade, antropometria (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), 3 medidas de pressão arterial em datas diferentes, dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum e hemograma com plaquetas. Em pacientes com alguma cardiopatia conhecida, solicitar eletrocardiograma.</p> <p>Após o início do tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses; - Perfil lipídico, AST, ALT e glicemia de jejum a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; - Hemograma com plaquetas repetir em 3 e 12 meses, após anualmente; - ECG para pessoas com problemas cardíacos a cada 3 e 6 meses de tratamento; - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais.

Exclusão	Menores de cinco anos, contra indicações ou hipersensibilidade à Risperidona e mulheres que engravidaram durante o tratamento ou que estejam amamentando.	
Tempo de Tratamento	Indeterminado	
Validade dos Exames	ECG (para pacientes com problemas cardíacos): 6 meses.	
Especialidade Médica	Novas Solicitações e Adequações	Psiquiatria, Neurologia, CAPS e Ambulatório de Saúde Mental.
	Renovações Sem Alterações	Conforme PCDT não há exigência de especialidade.
Renovação	LME + Receita médica.	
Adequação	<p>Aumento/redução de dose: LME + receita médica (autorizada pela própria Unidade).</p> <p>OBS: A dose máxima é dependente do peso do paciente. Dose acima do preconizado no PCDT, enviar para avaliação central: LME + receita médica + justificativa da dose prescrita.</p> <p>Troca de CID - LME + receita.</p>	
<p>CID 10:</p> <p>F84.0 Autismo infantil</p> <p>F84.1 Autismo atípico</p> <p>F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância</p> <p>F84.5 Síndrome de Asperger</p> <p>F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento</p>		



DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica