

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DESAFIADOR Opositor E TRANSTORNO DE CONDUTA – RISPERIDONA - 2021

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10)¹, o transtorno desafiador opositor (TOD) na classificação F91.3 é definido como:

Transtorno de conduta, manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves (CID-10).¹

De acordo com o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)², o TOD é definido como:

Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses (DSM-5)².

Para diagnóstico, esses comportamentos devem ocorrer em um padrão repetitivo e persistente, com mais frequência do que se observa geralmente em indivíduos de idade e nível de desenvolvimento comparáveis^{3,4,5}. Além disso, o transtorno de conduta causa prejuízo significativo tanto para a família quanto no contexto social, acadêmico ou ocupacional do indivíduo^{3,4,5}.

Os comportamentos negativistas e de hostilidade manifestam-se por teimosia persistente, resistência a ordens, teimosia com adultos ou seus pares, geralmente ignorando ordens, discutindo e deixando de aceitar a responsabilidade pelas más ações^{2,3,4,5}.

Geralmente, no TC, a hostilidade é dirigida a adultos ou a seus pares, principalmente a pessoas que exercem autoridade sobre o indivíduo^{3,4,5}, sendo demonstrada ao incomodar deliberadamente ou agredir verbalmente; em formas mais graves pode ocorrer agressão física mais séria^{3,4}. As manifestações dos transtornos estão quase que invariavelmente presentes no contexto doméstico^{3,5}.

Os indivíduos com estes transtornos, em geral, não se consideram oposicionais ou desafiadores^{3,5}. A criança portadora do transtorno é propensa a adotar uma idéia opositiva em relação aos seus familiares, mesmo que não de modo intencional, ou seja, a criança acredita que está agindo corretamente, justificando seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias irracionais^{3,5}.

Em relação às características e transtornos associados, estes variam em função da idade do indivíduo e da gravidade do quadro^{3,4,5}.

1.1 Prevalência

O DSM-5² cita uma prevalência de 1 a 11%, sendo a média estimada de 3,3%. A variação nessa taxa encontra-se relacionada à idade e ao sexo da criança. Existe, uma maior prevalência em indivíduos do sexo masculino^{2,3,4,5}, numa proporção de 14:1 antes da adolescência², sendo que após a puberdade as proporções são semelhantes⁵.

Os sintomas em geral são similares em ambos os sexos, porém os homens podem apresentar mais comportamentos de confronto e sintomas mais persistentes^{3,5}.

Sobre o desenvolvimento do TDO, os primeiros sintomas das crianças geralmente aparecem nos anos pré-escolares; crianças com alta reatividade, dificuldade em serem acalmadas e agitação psicomotora, sendo raro seu início após a adolescência^{3,5}. Pode haver baixa autoestima, instabilidade do humor, baixa tolerância à frustração e uso precoce de álcool, tabaco ou drogas ilícitas^{3,4,5}.

De acordo com a literatura, o curso e a evolução do TDO são variáveis e 67% das crianças que são diagnosticadas com o TDO, quando acompanhadas terapêuticamente, deixarão de apresentar os sintomas do transtorno nos próximos anos. Nas crianças em que os sintomas do TDO se manifestam antes dos oito anos de idade, será maior o risco de evolução para o TC⁵. Quando o indivíduo não recebe tratamento adequado, o risco de evolução para o TC poderá acontecer em até 75% dos casos⁵. Além disso, cerca de 30% das crianças diagnosticadas com TDO, poderão intensificar os sintomas, evoluindo para o TC na adolescência⁵. Os comportamentos disruptivos do TDO têm uma natureza menos severa do que o TC e tipicamente não inclui agressão a pessoas ou animais, destruição de propriedades ou um padrão de furto ou defraudação³.

É comum a comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade^{3,5}. A desestrutura familiar esta relacionada ao desenvolvimento do TDO^{3,4,5} sendo que os sintomas opositivos frequentemente emergem no contexto doméstico, mas com o tempo podem aparecer também em outras situações³.

2. CID-10 CONTEMPLADO^{1,4}

- F91.0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar
- F91.1 Distúrbio de conduta não-socializado
- F91.2 Distúrbio de conduta do tipo socializado
- F91.3 Distúrbio desafiador e de oposição
- F91.8 Outros transtornos de conduta
- F91.9 Transtorno de conduta não especificado

3. DIAGNÓSTICO

A CID-10¹ relaciona o transtorno na categoria F91.3 como distúrbio desafiador e de oposição, no caso, um transtorno de conduta com manifestação comumente verificada em crianças jovens; sendo caracterizado, principalmente, por comportamentos provocadores, perturbadores ou de desobediência e quando não acompanhados de conduta dissocial, agressiva e delituosa⁵.

O DSM-5 elenca um critério geral (A) relacionado a outros oito critérios para a realização do diagnóstico, especificando a difusão dos sintomas como um indicador de gravidade, sendo fundamental a avaliação do comportamento do indivíduo em vários contextos e, principalmente, no meio familiar e escolar^{2,5}.

A. Critério Geral:

Os pacientes devem apresentar um padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador durando pelo menos 6 meses, durante os quais quatro (ou mais) das seguintes características estão presentes^{3,5}:

Humor raivoso:

- (1) frequentemente perde a paciência
- (2) frequentemente é sensível ou facilmente incomodado
- (3) com frequência é raivoso e ressentido

Comportamento questionador e desafiante:

- (4) frequentemente questionado figuras de autoridade (adultos)
- (5) frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade
- (6) frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas
- (7) frequentemente culpa os outros por seus erros

Índole vingativa:

- (8) foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos 6 meses

Outros Critérios:

B. A perturbação do comportamento causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional^{3,5}.

C. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico ou Transtorno do Humor^{3,5}.

D. Não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Conduta (TC) e, se o indivíduo tem 18 anos ou mais, não são satisfeitos os critérios para Transtorno da Personalidade Antissocial^{3,5}.

4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso não exclui a necessidade de tratamento psicossocial e psicoterapêutico e tem por objetivo a diminuição dos sintomas de impulsividade, raiva e agressividade, característicos do transtorno⁵.

Os antipsicóticos e os estabilizadores de humor têm sido estudados em vários transtornos disruptivos graves, agrupando transtorno de conduta (TC) e transtorno desafiador opositor (TOD)⁵.

O metilfenidato é capaz de induzir a remissão de TDO em uma grande proporção de pacientes de TDAH com TDO comórbido⁶. Os medicamentos ácido valpróico, haloperidol, clorpromazina, risperidona e lítio são provavelmente mais efetivos quando há instabilidade de humor observável⁶. Estudos demonstraram a eficácia de haloperidol e lítio em casos de agressão, não aderência ao tratamento e explosões de cólera em pacientes agressivos⁶.

O ácido valpróico foi testado em pacientes com TDO ou TC com ímpetos explosivos e labilidade de humor e 80% dos pacientes responderam em comparação o com placebo⁶.

Os antipsicóticos atípicos são os mais utilizados atualmente⁵. A risperidona foi investigada em relação a transtornos disruptivos, especialmente em pacientes com baixo QI, e foi considerada como significativamente eficaz para a melhoria da “calma ou adesão”⁶.

A risperidona é um medicamento usado para tratar psicoses tendo um efeito favorável sobre certo número de transtornos relacionados ao pensamento, às emoções e/ou às atividades¹⁰. Também melhora a tensão e o estado mental alterado por estes transtornos, além da ansiedade, agitação, humor expansivo ou irritável, necessidade de sono reduzida, pressão para falar, pensamento acelerado, redução da atenção e concentração ou diminuição da capacidade de julgamento, incluindo comportamentos inadequados ou agressivos¹⁰. Tem ação significativa no tratamento dos transtornos de conduta⁶.

4.1 Risperidona

A risperidona pertence à classe dos antipsicóticos atípicos⁷, sendo indicada quando há resistência ou intolerância aos antipsicóticos típicos⁷. Seu mecanismo de ação envolve um antagonista seletivo das monoaminas cerebrais, dopamina e serotonina,^{8,9,10,11} tendo alta afinidade pelos receptores serotoninérgicos 5HT2 e dopaminérgicos D2^{9,11}. Liga-se igualmente aos receptores alfa-1 adrenérgicos e, com menor afinidade, aos receptores histaminérgicos H1 e alfa-2 adrenérgicos^{8,9}.

Um aspecto comum aos antipsicóticos atípicos é a capacidade de promover a ação antipsicótica em doses que não produzam, de modo significativo, sintomas extrapiramidais^{11,9} além de aumentar a atividade terapêutica sobre os sintomas negativos e afetivos⁹.

As doses terapêuticas usuais (doses baixas) da risperidona trazem estes benefícios⁷. Contudo, seu uso pode ocasionar síndrome neuroléptica maligna e maior ganho de peso^{7,11}. Alguns outros efeitos colaterais comuns à risperidona são insônia, agitação, sedação, tontura, rinite, hipotensão, distúrbios menstruais e galactorréia¹¹. Além disso, hiperglicemia, diabetes mellitus e exacerbação de diabetes preexistente têm sido relatadas durante o tratamento com risperidona, sendo necessário o monitoramento para sintomas de hiperglicemia e diabetes mellitus.¹⁰

De acordo com o Food and Drug Administration (FDA) o uso da risperidona é aprovado em pacientes com idade entre 5-17 anos¹². Desta forma, por motivos de segurança, não é orientada a prescrição de risperidona a pacientes com idade inferior a 5 anos. Porém fica à critério da conduta médica a avaliação desta necessidade.

4.1.1 Apresentações disponíveis na Remume¹³

Risperidona 2 mg comprimido (sulcado)

Risperidona 1 mg comprimido

Risperidona 1mg/ml, solução oral frasco 30ml

4.1.2 Farmacocinética

A risperidona é bem absorvida por via oral tendo um pico plasmático de 1 a 2 horas⁷. A absorção não é alterada pela alimentação podendo ser ingerida durante as refeições⁹.

Apresenta metabolismo hepático⁷ sendo metabolizada pela CYP2D6 em 9-hidróxi-risperidona, metabólito com atividade farmacológica similar à risperidona⁹. A fração antipsicótica ativa é assim formada pela risperidona e pela 9-hidróxi-risperidona juntas⁹. Após administração oral apresenta meia vida de eliminação de 20 a 30 horas⁷ sendo que a risperidona é eliminada com uma meia-vida de 3 horas⁹ e a 9-hidróxi-risperidona, 24 horas⁹.

O estado de equilíbrio é alcançado em um dia para a risperidona e em 4-5 dias para a 9-hidróxi-risperidona, na maioria dos pacientes⁹. As concentrações plasmáticas de Risperidona são proporcionais à dose, dentro da faixa terapêutica⁹. Em crianças a farmacocinética é similar àquela em adultos⁹.

4.1.3 Esquema de administração em Crianças (5 a 17 anos)^{9,10}

A dose de risperidona deve ser individualizada de acordo com as necessidades e a resposta do paciente. A dose inicial vai variar conforme o peso. O esquema de administração consiste em:

Tabela 1. Dose indicada de risperidona conforme peso.

Grupo de acordo com o peso	Dose diária inicial (dias 1 a 3)	Dose diária de manutenção (dia 4 em diante)	Aumento de dose, se necessário.	Faixa terapêutica
< 20 kg	0,25 mg	0,50 mg	Aumento de 0,25 mg em intervalos ≥ 2 semanas	0,5 mg a 1,50 mg
≥ 20 kg	0,50 mg	1,0 mg	Aumento de 0,50 mg em intervalos ≥ 2 semanas	1,0 mg a 2,50 mg (a)
Adultos	2,00 mg	2 a 6 mg/dia		2 mg a 6 mg

(a) Apesar de indicada a mesma dose inicial, indivíduos com peso maior que 45 kg podem necessitar de doses maiores (dose máxima de 3,5 mg/dia). Fonte: Adaptado de Janssen-Cilag, 2015¹⁰.

Dose de manutenção: A dose de manutenção deve ser mantida e a resposta deve ser avaliada ao redor do 14º dia. Apenas para os pacientes que não obtiverem resposta clínica suficiente, aumentos adicionais da dose devem ser considerados. Os aumentos da dose devem ser realizados em intervalos mínimos de 2 semanas.

Dose máxima: Em estudos clínicos, a dose máxima estudada não excedeu uma dose diária total de 1,5 mg em pacientes < 20 kg, 2,5 mg em pacientes ≥ 20 kg ou 3,5 mg em pacientes > 45 kg e doses inferiores a 0,25 mg/dia não se mostraram efetivas. Assim que uma resposta clínica suficiente tenha sido obtida e mantida, deve-se considerar a redução gradual da dose para obter um equilíbrio ótimo de eficácia e segurança. Indicado até 6mg. Na necessidade de doses superiores deve ser substituída a medicação.

Posologia: O medicamento risperidona pode ser administrado uma ou duas vezes ao dia. Os pacientes que apresentarem sonolência podem se beneficiar de uma mudança na administração de uma vez ao dia para duas vezes ao dia ou uma vez ao dia ao deitar-se.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- 5.1 Ser atendido em serviço público municipal especializado em infância e adolescência nas áreas de Neuropediatria, Psiquiatria infantil e Reabilitação.
- 5.2 Prescrição de neuropediatra ou psiquiatra de serviço público municipal especializado em infância e adolescência.
- 5.3 Prescrição de neuropediatra ou psiquiatra dos serviços Associação de Pais e Amigos Excepcionais São José do Rio Preto (APAE) e Associação Renascer.
- 5.4 Cumprir critérios diagnósticos conforme os CIDs: F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8 e F91.9 (Transtornos de Conduta CID-10)¹.
- 5.5 A indicação da Risperidona deverá ocorrer depois de esgotados os recursos farmacológicos disponíveis na REMUME, sem prejuízo da utilização de outros recursos terapêuticos disponíveis, tais como: intervenções multidisciplinares e orientação familiar.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 6.1 Receita provinda de serviço privado.
- 6.2 Receitas que estejam fora das recomendações do fabricante da medicação.
- 6.3 Desligamento do paciente dos serviços autorizados nos critérios de inclusão.
- 6.4 Dose de risperidona superior a 6 mg.
- 6.5 Hipersensibilidade ou evento adverso prévio conhecido ao medicamento ou a qualquer componente da fórmula.

7. OBJETIVOS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

- 7.1 Redução de eventos disruptivos que permitam melhor adequação à escola, família e comunidade;

- 7.2 Prevenir agravos associados ao curso da doença, tais como dependência química, envolvimento em atos infracionais, evasão escolar e heteroagressão.

8. MONITORIZAÇÃO

Para acompanhamento do paciente em uso do medicamento risperidona são exigidos exames de monitoramento que devem ser realizados antes do início do tratamento e anualmente:

- Perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídios);
- Provas de Função hepática (aminotransferases/transaminases);
- Glicemia de jejum;
- Peso: em todos os retornos médicos.

9. FLUXO DE ATENDIMENTO

Para a solicitação do medicamento risperidona para tratamento de Distúrbio / Transtorno de Conduta através do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Município de São José do Rio Preto, são necessários os seguintes documentos:

- a) Formulário de solicitação de risperidona (Anexo I) preenchido por neuropediatra ou psiquiatra dos serviços autorizados nos critérios de inclusão, no início do tratamento e anualmente.
- b) Prescrição médica em duas vias devidamente preenchida para até 60 dias de tratamento.
- c) Apresentação do cadastro PFJ.

O paciente ou seu responsável deve apresentar estes documentos nas farmácias dos estabelecimentos de saúde designados para atendimento desta patologia.

A farmácia deve manter um controle anual destes pacientes considerando a data inicial do tratamento e a data da próxima avaliação médica (novo formulário de dispensação de risperidona).

Os formulários impressos deverão ser arquivados na farmácia.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 10 ed. 2012. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f90_f98.htm#F91. Acesso em: 22 Maio 2018.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (recurso eletrônico). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=QL4rDAAQBAJ&pg=PT578&lpg=PT578&dq=taxa+de+preval%C3%A2ncia+de+transtorno+de+conduta&source=bl&ots=nQZItDAcER&sig=y-7HCJWksWRR_HOAnUZZm8QMG3Y&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKewjJ9sDcsdrWahUDN5AKHfiJBfkQ6AEIYTAI#v=onepage&q=taxa%20de%20preval%C3%A2ncia%20de%20transtorno%20de%20conduta&f=false. Acesso em: 22 Maio 2018.
3. EspecialID Blog [Internet]. TOD - Transtorno de Oposição e Desafio [Internet]. 2010 Maio - [citado em 23 Maio 2018]. Disponível em: <http://especialid.blogspot.com.br/2010/05/tod-transtorno-de-oposicao-e-desafio.html>.
4. BALLONE, G J. Transtorno de Conduta – in. PsiqWeb, Internet. Revisto em 2015. Disponível em: <http://psiqweb.net/index.php/forense/transtorno-de-conduta/> Acesso em: 22 Maio 2018.
5. AGOSTINI, V. L. M. L., SANTOS, W.D. V. Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: um desafio da infância à adolescência. Psicologia.pt. fevereiro 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1175.pdf>. Acesso em: 25 Maio 2018.
6. SERRA-PINHEIRO, M. A. et all. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):273-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/a13v26n4.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

- Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_therapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 30 Maio 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Nota Técnica Nº 194/2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. Acesso em 02/10/2017
9. RISPERIDONA. Responsável Técnico: Dr. Luiz Donaduzzi. Toledo: Prati, Donaduzzi & Cia Ltda. Bula de remédio: 22/06/2015. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=28170252016&pIdAnexo=4229359. Acesso: 22 Maio 2018.
10. RISPERDAL, risperidona. Responsável Técnico: Marcos R. Pereira. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda. Bula de remédio: 18/03/2015. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=20010242016&pIdAnexo=3670097 Acesso em: 22 Maio 2018.
11. OLIVEIRA, I. R. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. Departamento de Neuropsiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.1 São Paulo May 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500013. Acesso em: 30 Maio 2018.
12. American Society of Health System Pharmacists, Inc., DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 233460, Risperidone; [updated 2017 Aug 31, cited place cited date here]; [about 27 screens]. Available from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=233460&site=dynamed-live&scope=site>. Registration and login required. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=1b705e13-14a7-42ae-b7a5-3201d84da1f3%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=233460&db=dme>. Acesso em: 24 Maio 2018.
13. BRASIL. Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto. Portaria nº 02 de 22 de fevereiro de 2021. Procede a publicação da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) do ano de 2021, entre outras providências correlatas. Disponível em: file:///C:/Users/alpsantos/Downloads/sms-Portaria_02-2021-REMUME.pdf. Acesso: 04 maio 2021.



ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RISPERIDONA

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Este formulário não substitui a prescrição. Preencher na admissão e anualmente. Registrar no prontuário para controle de exames e peso. Entregar ao paciente o formulário e receitas em duas vias com prescrição para até 60 dias. Orientar paciente a procurar a farmácia de sua unidade de referência para retirada.

Unidade de referência:

- () CSE Parque Estoril: Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde
 () UBS Jaguaré: Avenida Danillo Galeazzi, 1881 - Jaguaré
 () Farmácia Municipal: Biblioteca Municipal

Data ____/____/____

Nome _____ PFJ _____

Data nascimento _____ Responsável _____

Endereço: _____

Bairro _____ Cidade: São José do Rio Preto-SP

1- SERVIÇO SOLICITANTE:

- () CAPS I CENTRO () CAPS I SUL () CAPS I NORTE () CER () AMB. NEUROPED. CME
 () APAE () ASSOCIAÇÃO RENASCER

2- SINAIS OU SINTOMAS PRESENTES (ao menos 5 dos itens acima e 6 meses de evolução):

<input type="checkbox"/>	Comportamento negativista, hostil e desafiador
<input type="checkbox"/>	Frequentemente perde a paciência
<input type="checkbox"/>	Frequentemente discute com adultos
<input type="checkbox"/>	Com frequência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos
<input type="checkbox"/>	Frequentemente perturba as pessoas de forma deliberada
<input type="checkbox"/>	Frequentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento
<input type="checkbox"/>	Mostra-se frequentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros
<input type="checkbox"/>	Frequentemente enraivecido e ressentido
<input type="checkbox"/>	Frequentemente rancoroso ou vingativo
Início de sintomas em meses:	

3- ÁREAS DE PREJUÍZO (prejuízo em ao menos uma área):

<input type="checkbox"/>	Funcionamento social
<input type="checkbox"/>	Desempenho acadêmico
<input type="checkbox"/>	Atividade ocupacional

4-CID10

<input type="checkbox"/>	F91.0	Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar
<input type="checkbox"/>	F91.1	Distúrbio de conduta não-socializado
<input type="checkbox"/>	F91.2	Distúrbio de conduta do tipo socializado
<input type="checkbox"/>	F91.3	Distúrbio desafiador e de oposição
<input type="checkbox"/>	F91.8	Outros transtornos de conduta
<input type="checkbox"/>	F91.9	Transtorno de conduta não especificado

5-TRANSTORNO ASSOCIADO: _____

6- MONITORAMENTO LABORATORIAL (antes do início do tratamento e anualmente)

() REALIZA () NÃO REALIZA

EXAMES	EXAMES
COLESTEROL TOTAL	TGO
COLESTEROL-HDL	TGP
TRIGLICÉRIDES	GLICEMIA DE JEJUM

7- MONITORAMENTO DE GANHO DE PESO:

() REALIZA () NÃO REALIZA **Peso atual:** _____

8- PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÃO	DOSE DIÁRIA EM MG
RISPERIDONA COMPRIMIDO 2 MG	
RISPERIDONA COMPRIMIDO 1 MG	
RISPERIDONA SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML	

Médico prescriptor/CRM _____
 (Assinatura e carimbo)



PREFEITURA DE
RIO PRETO