



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)**

1	<p>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>IDADE (anos): _____</p>
2	<p>DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (Informar sobre os itens abaixo e detalhar):</p> <p>2.1 Prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Detalhe: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.2 Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Detalhe: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.3 Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Detalhe: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
3	<p>PACIENTE É ACOMPANHADO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Se SIM, especifique quais são os profissionais e tempo de acompanhamento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



4	<p>COMPORTAMENTO AGRESSIVO GRAVE (Informar sobre os itens abaixo e detalhar):</p> <p>4.1 Paciente apresenta comportamento agressivo <u>grave</u> (dirigido a si ou a terceiros)?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Detalhe quais são as agressões, frequência e intensidade:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



6	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;</td><td><input type="checkbox"/> Glaucoma;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neoplasias;</td><td><input type="checkbox"/> Catarata;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatopatia;</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência renal;</td><td><input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença da tireoide;</td><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dislipidemia;</td><td><input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;</td><td><input type="checkbox"/> Depressão;</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;</td><td><input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	<input type="checkbox"/> Glaucoma;	<input type="checkbox"/> Neoplasias;	<input type="checkbox"/> Catarata;	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;	<input type="checkbox"/> Hepatopatia;	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal;	<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;	<input type="checkbox"/> Doença da tireoide;	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;	<input type="checkbox"/> Dislipidemia;	<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;	<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;	<input type="checkbox"/> Depressão;	<input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;	<input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.	<input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;	
<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;	<input type="checkbox"/> Glaucoma;																				
<input type="checkbox"/> Neoplasias;	<input type="checkbox"/> Catarata;																				
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson;																				
<input type="checkbox"/> Hepatopatia;	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer;																				
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal;	<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;																				
<input type="checkbox"/> Doença da tireoide;	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;																				
<input type="checkbox"/> Dislipidemia;	<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;																				
<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;	<input type="checkbox"/> Depressão;																				
<input type="checkbox"/> História de convulsões ou epilepsia;	<input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio.																				
<input type="checkbox"/> Agranulocitose ou uso de drogas mielossupressoras;																					
7	COMORBIDADES (Informe se paciente possui as seguintes comorbidades): <input type="checkbox"/> Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; <input type="checkbox"/> Transtorno opositivo desafiador; <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual; <input type="checkbox"/> Deficiências sensoriais. Caso indicado alguma comorbidade acima, esclareça possível relação dos comportamentos agressivos com as demais condições clínicas: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																				
8	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____																				
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																				



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____												
2	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____												
3	NOME DO AVALIADOR: _____												
4	RELAÇÃO COM O PACIENTE (MARQUE UMA ALTERNATIVA): <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> PROFESSOR <input type="checkbox"/> TREINADOR/SUPERIOR Outros, especifique: _____												
5	ONDE O PACIENTE FOI OBSERVADO: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> ESCOLA <input type="checkbox"/> CRECHE Outros, especifique: _____												
6	CASO ESTEJA NA ESCOLA, QUAL TIPO (MARQUE UMA ALTERNATIVA): <input type="checkbox"/> ESCOLA PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS <input type="checkbox"/> ESCOLA PARA PORTADORES DE AUTISMO <input type="checkbox"/> ESCOLA DE INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ESCOLA COMUM Outros, especifique: _____												
7	GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> PARDO Outros, especifique: _____												
8	SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE: <table border="0"><tr><td>Surdez?</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Cegueira?</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Epilepsia?</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr><tr><td>Paralisia cerebral?</td><td><input type="checkbox"/> SIM</td><td><input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>	Surdez?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Cegueira?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Epilepsia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Paralisia cerebral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Surdez?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO											
Cegueira?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO											
Epilepsia?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO											
Paralisia cerebral?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO											
9	MEDICAMENTOS EM USO ATUALMENTE: <table border="1"><thead><tr><th>MEDICAMENTO</th><th>DOSAGEM</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	MEDICAMENTO	DOSAGEM										
MEDICAMENTO	DOSAGEM												
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura: _____												



ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO – CONTINUAÇÃO

INSTRUÇÕES:

A escala de sintomas ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo paciente é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

0 = não é problema;

1 = o comportamento é um problema, mas em grau leve;

2 = o problema tem gravidade moderada;

3 = o problema é grave.

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os seguintes pontos a seguir:

- Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente em média mais acessos de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conhece, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.
- Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você, tente levar em conta a situação em geral.
- Tente considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balançar o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

1.	<i>Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar</i>	0	1	2	3
2.	<i>Fere-se de propósito</i>	0	1	2	3
3.	<i>Indiferente, lento(a), parado(a)</i>	0	1	2	3
4.	<i>Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)</i>	0	1	2	3
5.	<i>Procura se isolar dos outros</i>	0	1	2	3
6.	<i>Movimentos corporais repetitivos e sem sentido</i>	0	1	2	3
7.	<i>Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)</i>	0	1	2	3
8.	<i>Grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
9.	<i>Fala excessivamente</i>	0	1	2	3
10.	<i>Crises de birra/acesso de fúria</i>	0	1	2	3
11.	<i>Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos</i>	0	1	2	3
12.	<i>Preocupado(a), fixa o olhar no vazio</i>	0	1	2	3
13.	<i>Impulsivo(a) (age sem pensar)</i>	0	1	2	3
14.	<i>Irritável e queixoso(a)</i>	0	1	2	3
15.	<i>Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)</i>	0	1	2	3
16.	<i>Retraído(a); prefere atividades solitárias</i>	0	1	2	3
17.	<i>Estranho, comportamento esquisito</i>	0	1	2	3
18.	<i>Desobediente; difícil de controlar</i>	0	1	2	3
19.	<i>Grita em momentos inapropriados</i>	0	1	2	3



20.	<i>Expressão facial imóvel, fixa; falta de reposta emocional</i>	0	1	2	3
21.	<i>Incomoda os outros</i>	0	1	2	3
22.	<i>Fala repetitiva</i>	0	1	2	3
23.	<i>Não faz nada a não ficar sentado(a) e olhar os outros</i>	0	1	2	3
24.	<i>Não é cooperativo</i>	0	1	2	3
25.	<i>Depressivo(a)</i>	0	1	2	3
26.	<i>Resiste a qualquer forma de contato físico</i>	0	1	2	3
27.	<i>Movimenta ou balança a cabeça para trás para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
28.	<i>Não presta atenção às instruções</i>	0	1	2	3
29.	<i>Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente</i>	0	1	2	3
30.	<i>Isola-se de outras crianças ou de adultos</i>	0	1	2	3
31.	<i>Tumultua as atividades em grupo</i>	0	1	2	3
32.	<i>Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo</i>	0	1	2	3
33.	<i>Fala sozinho(a) em voz alta</i>	0	1	2	3
34.	<i>Chora por mínimos aborrecimentos e machucados</i>	0	1	2	3
35.	<i>Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça</i>	0	1	2	3
36.	<i>O humor muda rapidamente</i>	0	1	2	3
37.	<i>Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)</i>	0	1	2	3
38.	<i>Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições, etc.)</i>	0	1	2	3
39.	<i>Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo</i>	0	1	2	3
40.	<i>Difícil alcança-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)</i>	0	1	2	3
41.	<i>Chora e grita inapropriadamente</i>	0	1	2	3
42.	<i>Prefere ficar sozinho(a)</i>	0	1	2	3
43.	<i>Não tenta se comunicar por palavras ou gestos</i>	0	1	2	3
44.	<i>Distrai-se com facilidade</i>	0	1	2	3
45.	<i>Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente</i>	0	1	2	3
46.	<i>Repete várias vezes uma palavra ou frase</i>	0	1	2	3
47.	<i>Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força</i>	0	1	2	3
48.	<i>Constantemente corre ou pula em torno do cômodo</i>	0	1	2	3
49.	<i>Balança o corpo para trás e para frente repetidamente</i>	0	1	2	3
50.	<i>Causa machucados em si mesmo</i>	0	1	2	3
51.	<i>Não presta atenção quando falam com ele (ela)</i>	0	1	2	3
52.	<i>Pratica violência contra si próprio</i>	0	1	2	3
53.	<i>Inativo (a), nunca se move espontaneamente</i>	0	1	2	3
54.	<i>Tende a ser excessivamente ativo (a)</i>	0	1	2	3
55.	<i>Reage negativamente ao contato afetivo</i>	0	1	2	3
56.	<i>Ignora propositalmente as instruções</i>	0	1	2	3
57.	<i>Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado</i>	0	1	2	3
58.	<i>Demonstra pouca reação social aos outros</i>	0	1	2	3



ESCALA DE AUTOAGRESSÃO E AGRESSÃO – TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) (BEHAVIOR PROBLEMS – BPI – S)

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes você encontrará definições gerais seguidas de descrições específicas de três tipos de problemas de comportamento: comportamentos de autoagressão (itens 1-15), comportamentos estereotipados (itens 16-40) e comportamentos agressivos ou destrutivos (itens 41-52).

Por favor, indique quais comportamentos você observou a pessoa nos últimos dois meses circulando o número no quadrado adequado para indicar: (a) com que frequência o comportamento descrito geralmente ocorre (frequência) e (b) quão problemático é este comportamento (severidade).

Se o comportamento não foi observado durante os últimos dois meses, escolha “nunca” (ou seja, número “0”).

Para obter a pontuação da subescala para esses três itens, some os valores numéricos dos quadrados selecionados, separadamente para as escalas de frequência e severidade.

Comportamento de autoagressão									
<i>Definição geral: Comportamento de Automutilação (CAA) causa dano ao corpo da própria pessoa, isto é, o dano já ocorreu ou é esperado caso o comportamento não seja tratado. Os CAA ocorrem repetidamente sempre da mesma forma e são característicos daquela pessoa.</i>									
		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
1	Morde 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 com o joelho contra a testa) com ou contra objetos (por exemplo, jogar-se contra a parede, bater na cabeça com 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, dar 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 por na boca ou engolir por motivo de higiene ou saúde (itens não alimentícios, tais como fezes, grama, papel, lixo, cabelo).	0	1	2	3	4	1	2	3
6	Inserir objetos em orifício do corpo (nariz, 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
Frequência total							Severidade total		



		FREQUÊNCIA					SEVERIDADE		
		Nunca	Mensal	Semanal	Diária	O tempo todo	Leve	Moder.	Grave
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 as 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 os outros)	0	1	2	3	4	1	2	3
		Frequência total					Severidade total		

© 2001, Johannes Rojahn

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

_____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura