



GOVERNO DE SANTA CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 108/CIB/2024-retificada em 06-11-2025

Resolve que todos os serviços já contratualizados para atendimento em reabilitação na Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista e os novos serviços contratualizados também para este atendimento, passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do sistema de regulação. Sendo critério para as novas contratualizações e que se estabelece o prazo de 90 dias para adequação dos Serviços já contratualizados.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 280ª reunião ordinária de 09 de maio de 2024 retificou e, em sua 296ª reunião ordinária de 06 de novembro de 2025 retifica, estabelecendo novos tetos (Anexo I) e que todos os serviços sejam regulados.

Considerando a necessidade de fortalecer as ações no âmbito da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência, especialmente para ampliação do acesso às ações e serviços de Reabilitação Intelectual no âmbito do SUS, como preconiza a Portaria nº 3687 do Ministério da Saúde;

Considerando que a Central Estadual de Regulação Ambulatorial - CERA realizou um levantamento acerca das Secretarias Municipais de Saúde - SMS que possuem APAE sob sua gestão e identificou que todas possuem o perfil administrador do sistema Sistema de Regulação;

Considerando a Deliberação 180/CIB/2015, que orientou a transferência de gestão das APAEs;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.687, de 22 de dezembro de 2017, que estabelece a alteração de valores de procedimentos, recurso a ser incorporado ao Bloco de Média e Alta Complexidade - Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e define estratégia para ampliação do acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002, publicada pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre a organização do atendimento às pessoas com deficiência intelectual e autismo no SUS;

Considerando a Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nos 2,3 e 6, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, do Ministério da Saúde;

Considerando a Deliberação 718/2025, que aprova a Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Santa Catarina.

RESOLVE

Art. 1º Que todos os serviços já contratualizados para atendimento em reabilitação na Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista e os novos serviços contratualizados também para este atendimento, passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do Sistema de Regulação. Sendo critério para as novas contratualizações e que se estabelece o prazo de 90 dias para adequação dos Serviços já contratualizados;

Art. 2º Anualmente serão revisados os tetos dos serviços contratualizados, para efetivação de novos ajustes caso sejam necessários. Fica estabelecido o novo teto dos Serviços (Anexos I e II), vinculado ao encaminhamento da comprovação da regulação do acesso, conforme Nota Técnica Informativa que será encaminhada através das regionais de saúde pela Área Técnica da SES.

Parágrafo 1º – O anexo I e II que se referem aos novos tetos financeiros dos prestadores serão republicados em 90 dias, de acordo com o prazo estabelecido no Art. 1º. Neste período permanecem os tetos anteriores.

Paragrafo 2º: no caso de sobra de recurso, após análise dos tetos, serão abertas possibilidades de novas contratualizações, de serviços que atendam os critérios estabelecidos na Diretriz Estadual e Normas Técnicas Vigentes;

Art. 3º As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem configurar as agendas no Sistema de Regulação para regulação **do 1º atendimento, sendo 100% regulado**, configurada como vagas de “reserva”, de acordo com o Plano Operativo do Prestador Credenciado e, em conformidade com a nomenclatura descrita no Anexo I da Portaria nº 3687 e relacionada a seguir:

Código Unificado (SIGTAP)	Código do Sistema de Regulação	Procedimento
030107007-5	0210004	ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Art. 4º O agendamento dos retornos é de responsabilidade da Unidade de saúde na qual o paciente foi atendido, de acordo com a Deliberação nº 104/CIB/2018. Desta forma, as agendas de retorno podem ser configuradas como vaga “interna” no Sistema de Regulação ou por meio de outro sistema de informação, para que a Unidade Prestadora Serviço garanta o retorno do paciente no prazo definido pelo profissional assistente.

Art. 5º Para continuidade no tratamento, estas agendas também podem ser configuradas como vaga “interna” no Sistema de Regulação, conforme grupo criado pelo DRAC abaixo:

Quadro 12: Procedimentos da tabela SIGTAP disponíveis para utilização nos serviços de DI/TEA.

Código SIGTAP	NOME DO PROCEDIMENTO
03.01.07.007-5	Atendimento / acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor
03.01.07.002-4	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa
03.01.07.004-0	Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação
03.01.07.005-9	Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação
03.01.07.006-7	Atendimento / acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências
03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)
03.01.07.009-1	Atendimento em oficina terapêutica II em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica II)
03.01.07.011-3	Terapia fonoaudiológica individual
03.01.04.003-6	Terapia em grupo
03.01.04.004-4	Terapia individual
03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)
03.01.01.031-5	Teleconsulta por profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada
03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo
03.01.07.029-6	Estimulação precoce relacionada ao neurodesenvolvimento na atenção especializada
03.01.07.030-0	Atendimento de familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência nos serviços de reabilitação da atenção especializada
03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)
03.01.07.027-0	Matriciamento de equipes dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência
03.01.07.028-8	Alta por objetivos terapêuticos alcançados da reabilitação na atenção especializada
03.01.07.026-1	Teleatendimento/telemonitoramento em reabilitação intelectual
03.01.08.016-0	Atendimento em psicoterapia de grupo
01.01.01.002-8	Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada
01.01.04.002-4	Avaliação antropométrica
02.11.07.006-8	Avaliação de linguagem escrita/leitura
02.11.07.007-6	Avaliação de linguagem oral
02.11.07.008-4	Avaliação Miofuncional de sistema estomatognático
02.11.07.011-4	Avaliação vocal
02.11.07.017-3	Exame de organização perceptiva
02.11.07.018-1	Exame neuropsicomotor evolutivo
02.11.10.001-3	Aplicação de teste p/ psicodiagnóstico
03.09.05.001-4	Sessão de acupuntura aplicação de ventosas/moxa
03.09.05.002-2	Sessão de acupuntura com inserção de agulhas
03.09.05.004-9	Sessão de auroculoterapia
03.09.05.005-7	Sessão de massoterapia
03.09.05.007-3	Tratamento naturopático
03.09.05.008-1	Tratamento osteopático
03.09.05.009-0	Tratamento quiroprático

03.09.05.011-1	Sessão de apiterapia
03.09.05.012-0	Sessão de aromaterapia
03.09.05.013-8	Sessão de cromoterapia
03.09.05.016-2	Sessão de imposição de mãos
03.09.05.018-9	Sessão de terapia de florais
03.09.05.019-7	Tratamento homeopático
03.09.05.020-0	Tratamento fitoterápico
03.09.05.021-9	Tratamento antroposófico
03.09.05.022-7	Tratamento Ayurvédico
03.09.05.023-5	Tratamento em medicina tradicional chinesa
03.09.05.014-6	Sessão de geoterapia
03.09.05.015-4	Sessão de hipnoterapia
03.09.05.006-5	Tratamento termal/crenoterápico

Art. 6º Aprova o Protocolo de acesso para reabilitação no serviço de atenção especializada – DI/TEA, Serviço de modalidade única de reabilitação (Anexo III).

Parágrafo Único: Os usuários que necessitam de continuidade de tratamento, por mudança de domicílio, em atendimento anterior em outro serviço de reabilitação intelectual e TEA, serão regulados como prioridade vermelha na classificação de risco.

Art. 7º Aprova o Encaminhamento para o serviço de deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo (Anexo IV).

Art. 8º Revoga a Deliberação 009/CIB/2020.

Florianópolis, 06 de novembro de 2025.

DIOGO DEMARCHI SILVA
Secretário de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Presidente do COSEMS
Coordenadora CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **0QK202RG**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



SINARA REGINA LANDT SIMIONI (CPF: 030.XXX.839-XX) em 24/11/2025 às 13:58:28

Emitido por: "AC SAFEWEB RFB v5", emitido em 11/07/2025 - 10:05:14 e válido até 11/07/2026 - 10:05:14.

(Assinatura ICP-Brasil)



DIOGO DEMARCHI SILVA (CPF: 010.XXX.009-XX) em 01/12/2025 às 15:09:46

Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/08/2023 - 13:06:44 e válido até 02/08/2123 - 13:06:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAyNzM0MTdfMjc1ODU1XzlwMjVfMFFLMjAyUkc=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00273417/2025** e o código **0QK202RG** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



**PROTOCOLO DE ACESSO PARA REABILITAÇÃO
NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DI TEA – SERVIÇOS DE
MODALIDADE ÚNICA**

**ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR**

**030107007-5 CÓD. SIGTAP
0210004 – CÓD SISREG**

INDICAÇÕES:

- Para usuários com diagnóstico de DI e/ ou TEA para reabilitação.
- Usuário com atraso global do desenvolvimento.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- ✓ Descrever o Encaminhamento padrão – especificar o diagnóstico e CID 10/11 e DSM V
- ✓ Objetivos do tratamento
- ✓ Tratamento medicamentoso
- ✓ Serviços de Saúde envolvidos
- ✓ Terapias e tratamentos atuais (desde quando e local).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- ✓ PROFISSIONAIS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	<ul style="list-style-type: none">• Usuários que necessitam de continuidade de tratamento, por mudança de domicílio, em atendimento anterior em outro serviço de reabilitação intelectual e TEA, indicado no Encaminhamento padrão;• Usuários com diagnóstico confirmado de DI/TEA ou com Atraso Global do Desenvolvimento, de zero a 5 anos, 11 meses e 29 dias, com uma ou mais alterações no quadro atual (linguagem, sono, alimentação, comportamento, higiene pessoal, socialização), sem terapias atuais.
AMARELO	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com diagnóstico confirmado de DI/TEA ou com Atraso Global do Desenvolvimento, de 6 a 16 anos, 11 meses e 29 dias, com uma ou mais alterações no quadro atual (linguagem, sono, alimentação, comportamento, higiene pessoal, socialização), sem terapias atuais.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com suspeita de DI/TEA com alterações do quadro atual (linguagem, sono, alimentação, comportamento, higiene pessoal, socialização), sem terapias atuais.
VERDE	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com diagnóstico de DI/TEA ou Atraso Global do Desenvolvimento com terapias/tratamentos atuais na APS ou outro serviço (fisio,fono,psico, TO)
AZUL	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com diagnóstico de DI/TEA acima de 17 anos de idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- SANTA CATARINA, Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Santa Catarina. 2025.

COLABORADORES:

- Jaqueline Reginatto – Coordenadora da Área da Saúde da Pessoa com Deficiência e Gerente de Habilitação e Redes de Atenção
- Sabrina Vieira da Luz – Fonoaudióloga responsável pelos Serviços de Saúde Auditiva - SES/GEHAR
- Janice W. Román Nappi – Fonoaudióloga – SES/GEHAR
- Janaína P. Cecconi – Médica Psiquiatra – SES/GEHAR



ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (AVALIAÇÃO E REABILITAÇÃO)

Nome:	
CNS/CPF:	D.N: ____/____/____
Endereço:	UBS:

O usuário deverá ser encaminhado para o Serviço de Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (DI/TEA) quando houver suspeita ou diagnóstico de DI/TEA.

1. ASSINALE O MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

- ☐ Suspeita de DI/TEA
- ☐ Diagnóstico confirmado de DI/TEA
- ☐ Atraso Global do desenvolvimento
- ☐ Transferência de cuidado*

* em caso de mudança de domicílio, visando garantir a continuidade do atendimento do usuário que já frequenta serviço de reabilitação intelectual, modalidade única.

2. DESCRIÇÃO DO QUADRO ATUAL:

- Idade de início do quadro: _____
- Alterações de: () linguagem () sono () alimentação () comportamento () higiene pessoal () socialização

Descreva: evolução dos sintomas, distúrbios, etc:

● Histórico de transtornos ou internações psiquiátricas atuais e/ou passados do paciente ou familiares:

() NÃO () SIM : _____

- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (se medicamentos, quais estão sendo ou foram utilizados, com dose e posologia e por quanto tempo): _____

- Terapias/Tratamentos atuais: () não () sim : () psicólogo () fonoaudiólogo () fisioterapeuta () terapeuta ocupacional () neurologista/psiquiatra () outra especialidade (qual?-_____)

Descreva: História familiar de TEA/ deficiência intelectual ou pais consanguíneos: _____

- Exames auditivos realizados: () TAN () PEATE () Audiometria resultado: _____
- Comorbidades: () TDAH () Ep. depressivo atual () T. ansiedade atual () doenças neurológicas

() doença somática: _____ () outros: _____

3. RESULTADO DOS INSTRUMENTOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:

- **Atraso nos marcos do desenvolvimento:** Data da aplicação: ____/____/____ () NÃO () SIM

Quais? _____

- **Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança (Ministério Saúde, 2024):**

() Provável Atraso do Desenvolvimento () Alerta para o Desenvolvimento () Desenvolvimento adequado

- **Escala M-CHAT-R (Preencher somente para pacientes entre 16 a 30 meses de idade)***

Pontuação Total Escala M-CHAT-R **16 e/ou 18m:** _____ Data da aplicação escala: ____/____/____

() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20

Pontuação Total Escala M-CHAT-R **30 m:** _____ Data da aplicação escala: ____/____/____

() Baixo risco: entre 0-2 () Risco médio: entre 3-7 () Risco elevado: entre 8-20

*Lei Federal Nº 13.438/2017 tornou obrigatório que toda a criança seja triada entre 18-24 meses para o TEA, mesmo que tenha sinais clínicos e evidentes deste diagnóstico ou de outros atrasos do desenvolvimento.

- **Outro instrumento de rastreio/ avaliação (qual? fornecer o resultado):**

4. VIGILÂNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR para usuários matriculados (anexar relatório da escola/creche)

5. TRANSFERÊNCIA E CUIDADO ENTRE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL - MODALIDADE ÚNICA

Transferência de: _____ (prestador) Para: _____ (prestador)

* Ao serviço responsável pela transferência cabe encaminhar relatório de desligamento por mudança de município, enviar cópia do PTS em andamento, e orientar que o usuário procure a unidade básica de saúde mais próximo de sua nova residência para garantia do atendimento na ordenadora do cuidado em DI / TEA. Devem orientar a família de que o atendimento é prioritário desde que haja vaga na instituição referência do novo município.

DATA: ____/____/____

Assinatura do médico

Orientações:



1. **Todo o contato com a criança deve ser visto como um momento interventivo, de avaliação e acompanhamento de seu desenvolvimento.**
2. **As medidas de estimulação, mediante a detecção de ausência de algum marco no desenvolvimento, devem ser tomadas imediatamente pela equipe, já na atenção primária, uma vez que a INTERVENÇÃO PRECOCE e oportuna oferece um melhor desfecho para a criança, independentemente de confirmação diagnóstica na Atenção Especializada**
3. **Recomenda-se que formalmente toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos, desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Sugere-se que o agendamento seja realizado no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade.**
4. **IMPORTANTE!** Para mais informações, leia as [Linhas de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista da Criança](#), [Diretrizes de Estimulação Precoce – crianças de zero a 3 anos com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor](#), [Diretrizes - Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo](#), [Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde](#).