



**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:**

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• 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.</li></ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>



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

#### 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 INTELLECTUAL - 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 referencia 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](#).

