



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

## **DELIBERAÇÃO 009/CIB/2020**

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 236ª reunião ordinária do dia 19 de fevereiro de 2020.

Considerando a Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que prevê a operacionalização da regulação do acesso por meio de Centrais de Regulação;

Considerando a Deliberação nº 40/CIB/13, de 21 de fevereiro de 2013, que aprova o Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina;

Considerando a Deliberação nº 370/CIB/13, de 22 de agosto de 2013, que alterara o escopo estabelecido para organização das Centrais de Regulação Macrorregionais nos Capítulos 3 e 6 do Plano Estadual anexo à Deliberação nº 40/CIB de 21 de fevereiro de 2013;

Considerando a Deliberação nº 132/CIB/15, de 29 de junho de 2015, que cria a Câmara Técnica de Regulação objetivando a discussão contínua sobre a gestão do acesso e as implicações da regulação nos diferentes níveis de atenção a saúde;

Considerando que as Centrais de Regulação são responsáveis pela identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos assistenciais que podem ser categorizados como Protocolos Clínicos e Protocolos de Regulação do Acesso;

Considerando que os Protocolos Clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. E, os Protocolos de Regulação de Acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, constituindo-se como instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial, orientando os atos dos profissionais que fazem parte dos Protocolos Clínicos;

Considerando a necessidade de padronizar as ações regulatórias no Estado de Santa Catarina, bem como disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde.

**APROVA**

**Art. 1º** O décimo quarto lote de Protocolos de Acesso (EM ANEXO), a ser utilizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal, e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, referente aos **Atendimentos das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)**.

**Parágrafo Único:** Os Protocolos de Acesso são compostos por duas partes, uma voltada para a Assistência, com orientações de como o profissional assistente deverá encaminhar o paciente para a especialidade e a outra, voltada para os médicos reguladores, que indica ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência. Ambas as partes são complementares.

**Art. 2º** As Centrais de Regulação Ambulatoriais Municipais implantadas e com funcionamento anterior a publicação desta deliberação, terão o prazo de 02 meses, a contar da data de publicação desta deliberação, para adotarem estes Protocolos e replicarem para a APS de sua área de abrangência. As Centrais de Regulação Ambulatoriais que forem implantadas posteriormente a data de publicação desta deliberação, já deverão adotar os Protocolos de Acesso descritos no caput deste artigo.

**Art. 3º** A elaboração dos Protocolos de Acesso é um processo contínuo e se estenderá durante o ano de 2019, devendo ser apresentado à CIB suas respectivas alterações e/ou inclusões, após aprovação em Câmara Técnica de Regulação, sob responsabilidade da Coordenação Médica da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA).

**Parágrafo Único:** Poderão atuar como colaboradores na elaboração dos Protocolos de Acesso, médicos especialistas, professores universitários, representantes de entidades médicas e outros profissionais especialistas que a Coordenação Médica da CERA julgar necessário, não havendo restrição no quantitativo destes profissionais.

**Art. 4º** A partir da implantação dos protocolos, os encaminhamentos que não estiverem de acordo com os mesmos, serão devolvidos pelos médicos reguladores para inclusão dos dados clínicos e/ou exames complementares necessários para a adequada avaliação e classificação de risco. Os encaminhamentos, cuja indicação clínica não estejam contempladas no protocolo da especialidade solicitada, serão devolvidos para acompanhamento na Atenção Básica e/ou reinseridos na especialidade correta.

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2020.



**HELTON DE SOUZA ZEFERINO**  
Secretário de Estado da Saúde  
Coordenador CIB/SES

**ALEXANDRE FAGUNDES**  
Presidente do COSEMS  
Coordenador CIB/COSEMS

**PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL  
SES/SC**

**ATENDIMENTO APAE**

**Florianópolis – SC  
Fevereiro de 2020**

- **Protocolo de Acesso para Atendimento na APAE**

**DOENÇAS E/ OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:**

- Deficiência Intelectual;
- Transtorno do Espectro Autista;

- **Deficiência Intelectual**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

- Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados;
- Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade;
- Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento. (refere-se ao reconhecimento da presença de déficits intelectuais e adaptativos durante a infância ou adolescência.);

**EVIDÊNCIA CLÍNICAS E COMPLEMENTARES:**

- Os componentes da avaliação podem incluir história médica pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por microarray e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem;
- Testes psicológicos, neuropsicológicos, teste de avaliação de QI;
- Sempre que possível informar o nível de gravidade da deficiência intelectual (Leve, moderada, grave ou profunda);
- Quando a deficiência intelectual está associada a uma síndrome genética, pode haver uma aparência física característica (como na síndrome de Down, p. ex.). (fenótipo);
- Nas formas adquiridas, o aparecimento pode ser abrupto, após doenças como meningite ou encefalite ou traumatismo encefálico durante o período do desenvolvimento;
- Avaliação audiológica (audiometria, imitanciometria);
- Avaliação oftalmológica.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da atenção básica, médicos especialistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE A SOLICITAÇÃO DEVE TER:**

- Descrição dos sinais, sintomas e evolução (descrever idade de início dos sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento que estão atrasados, presença de dismorfias ou características sindrômicas, episódios de convulsão ou outros achados relevantes);
- História familiar de deficiência intelectual, atrasos do desenvolvimento ou doenças raras. Se sim informe o quadro e grau de parentesco;
- História de consanguinidade entre os pais;
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como o plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência.

- **Transtorno do Espectro Autista**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia:
- Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais;
- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal;
- Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares;
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia;
- Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas);
- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente);
- Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos);
- Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento);
- Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento

(mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida);

- Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.
- Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual);

#### **EVIDÊNCIA CLÍNICAS E COMPLEMENTARES:**

- Os componentes da avaliação podem incluir história médica pré-natal e perinatal, genograma familiar incluindo três gerações, exames físicos, avaliação genética (p. ex., cariótipo ou análise cromossômica por microarray e testes para detecção de síndromes genéticas específicas), bem como triagem metabólica e investigação por neuroimagem;
- Testes psicológicos, neuropsicológicos, psicométricos, escala M-CHAT;
- Idade de início dos sintomas;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentoso e terapias);
- Transtornos psiquiátricos associados;

#### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da atenção básica, médicos especialistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais.

#### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE A SOLICITAÇÃO DEVE TER:**

- Descrição dos sinais, sintomas e evolução do quadro (descrever idade de início dos sinais e sintomas, funções comprometidas, marcos do desenvolvimento comprometidos, ou outros achados relevantes);
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (especificar);
- História familiar de TEA/deficiência intelectual ou pais consanguíneos;
- Descrição das avaliações e tratamentos prévios e atuais, assim como do plano terapêutico da equipe e/ou profissional assistente de referência;

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

<b>VERMELHO</b>	<b>DEFICIENCIA INTELLECTUAL / TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, em pacientes de qualquer idade com comportamento que, reconhecidamente, ofereça riscos contra si ou contra terceiros, ou sofrendo intervenção do conselho tutelar em função do transtorno;</b>
<b>AMARELO</b>	<b>ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO / TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, em crianças de 0 a 5 anos 11 meses 29 dias;</b>
<b>VERDE</b>	<b>DEFICIENCIA INTELLECTUAL / TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, em pacientes de 6 a 16 anos 11 meses 29 dias;</b>
<b>AZUL</b>	<b>DEFICIENCIA INTELLECTUAL / TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA em pacientes acima de 17 anos.</b>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª edição, 2017.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. Protocolos da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina / Secretaria de Estado da Saúde; organizado por Alan Índio Serrano. – Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/13438-protocolos-da-raps-livro-para-download/file>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: MS 2014. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)
- Protocolos de Encaminhamento para Neurologia Pediátrica. Elaborado em 28 de maio de 2018. Protocolo 3 – Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual. Protocolo 4 – Transtornos do espectro autista (TEA).

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/ptrs\\_neuropediatria.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_neuropediatria.pdf)