



**TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**AUDITORIA OPERACIONAL
DA POLÍTICA ESTADUAL DE COFINANCIAMENTO
DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM
REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA (SERDIA)**

Relatório Final

SECEXSOCIAL • 2025



www.tcees.tc.br



@tceespiritosanto

PROCESSO: 03542/2025

FISCALIZAÇÃO: 00017/2025

INSTRUMENTO: Auditoria Operacional

RELATOR: Conselheiro Sérgio Aboudib Ferreira Pinto

PERÍODO FISCALIZADO: 01/01/2022 a 16/09/2025

UNIDADE RESPONSÁVEL: Secretaria de Controle Externo de Políticas Públicas Sociais - SECEXSOCIAL

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO: 01/04/2025 a 17/10/2025

OBJETIVO: Avaliar o desenho e eficiência na implementação da Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtornos do Espectro Autista (SERDIA), no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios

ENTIDADES FISCALIZADAS: SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SEMSA - Fundo Municipal de Saúde de Pedro Canário
SEMSA - Fundo Municipal de Saúde de Viana
FMSST - Fundo Municipal de Saúde de Santa Teresa
FMSSMJ - Fundo Municipal de Saúde de Santa Maria de Jetibá
FMSSM - Fundo Municipal de Saúde de São Mateus
FMSS - Fundo Municipal de Saúde de Sooretama
FMSRB - Fundo Municipal de Saúde de Rio Bananal
FMSPK - Fundo Municipal de Saúde de Presidente Kennedy
FMSP - Fundo Municipal de Saúde de Pinheiros
FMSNV - Fundo Municipal de Saúde de Nova Venécia
FMSTMUCU - Fundo Municipal de Saúde de Mucurici
FMSSMS-ES - Fundo Municipal de Saúde de Mimoso do Sul

FMSMONT - Fundo Municipal de Saúde de Montanha
FMSM - Fundo Municipal de Saúde de Marataízes
FMSLT - Fundo Municipal de Saúde de Laranja da Terra
FMSJN - Fundo Municipal de Saúde de João Neiva
FMSIC-ES - Fundo Municipal de Saúde de Iconha
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Iúna
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Itarana
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Ibitirama
FMSI - Fundo Municipal de Saúde de Ibatiba
FMSF - Fundo Municipal de Saúde de Fundão
FMDSL - Fundo Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço
FMSDRP - Fundo Municipal de Saúde de Dores do Rio Preto
FMSDM - Fundo Municipal de Saúde de Domingos Martins
FMSCC - Fundo Municipal de Saúde de Conceição do Castelo
FMSC - Fundo Municipal de Saúde de Castelo
FMSC - Fundo Municipal de Saúde de Cariacica
FMSBE - Fundo Municipal de Saúde de Boa Esperança
FMSB - Fundo Municipal de Saúde de Brejetuba
FMSAV - Fundo Municipal de Saúde de Atílio Vivácqua
FMSAC - Fundo Municipal de Saúde de Alfredo Chaves
FMSAC - Fundo Municipal de Saúde de Afonso Cláudio
FMSA - Fundo Municipal de Saúde de Apiacá
FMS_SJC - Fundo Municipal de Saúde de São José do Calçado
FMS/SDN - Fundo Municipal de Saúde de São Domingos do Norte
FMS Ibirapu - Fundo Municipal de Saúde de Ibirapu
FMS - VITORIA - Fundo Municipal de Saúde de Vitória
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Velha
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Valério
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vila Pavão
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Venda Nova do Imigrante
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Vargem Alta

FMS - Fundo Municipal de Saúde de Serra
FMS - Fundo Municipal de Saúde de São Roque do Canaã
FMS - Fundo Municipal de Saúde de São Gabriel da Palha
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Santa Leopoldina
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Rio Novo do Sul
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Ponto Belo
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Piúma
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Pancas
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Muqui
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Muniz Freire
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Marilândia
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Marechal Floriano
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Mantenópolis
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Linhares
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Jerônimo Monteiro
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Jaguaré
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Itapemirim
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Itaguaçu
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Irupi
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Guarapari
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Guaçuí
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Governador Lindenberg
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Ecoporanga
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Conceição da Barra
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Colatina
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Bom Jesus do Norte
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Barra de São Francisco
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Baixo Guandu
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Aracruz
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Anchieta
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Alto Rio Novo
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Alegre
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Águia Branca
FMS - Fundo Municipal de Saúde de Água Doce do Norte

RESUMO

O que o TCEES fiscalizou?

O objetivo da auditoria foi “avaliar o desenho e eficiência na implementação da Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual (DI) e Transtornos do Espectro Autista (TEA) - SERDIA no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios”.

As questões de auditoria constantes na matriz de planejamento definiram o escopo da auditoria e abordaram a adequação do desenho do programa SERDIA para atender à demanda por atendimentos especializados, a acessibilidade e a efetividade dos serviços disponibilizados às pessoas com DI e com TEA, a articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social no apoio aos beneficiários e a regularidade da coleta e análise de indicadores qualitativos e quantitativos capazes de subsidiar o monitoramento e a avaliação da política.

O que o TCEES encontrou?

Em resposta às 7 (sete) questões de auditoria, foram apontados **12 (doze) achados de auditoria (AA)**, conforme se verifica a seguir:

Questão de Auditoria (QA1): A distribuição do cofinanciamento e o valor total do repasse do Estado aos municípios estão adequados às responsabilidades e aos custos do serviço?

- Distribuição do cofinanciamento e valor do repasse não adequados às responsabilidades e aos custos dos serviços prestados no programa (**AA01**);

Questão de Auditoria (QA2): Os critérios de classificação dos SERDIA (Tipos I, II e III) são adequados para garantir a cobertura populacional prevista?

- Incompatibilidade entre a definição dos tipos de SERDIA e a garantia da cobertura do público-alvo previsto (**AA02**);

Questão de Auditoria (QA3): Existe a equipe mínima exigida e com a qualificação adequada às necessidades identificadas nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)?

- Descumprimento da exigência de equipe mínima multiprofissional estabelecida para oferta dos serviços especializados do Serdia (**AA03**);
- Insuficiência de capacitação ofertada aos multiprofissionais da equipe mínima e aos atores envolvidos na política estadual do Serdia (**AA04**);

Questão de Auditoria (QA4): A estrutura física do SERDIA atende aos critérios mínimos exigidos na Portaria Sesa 159-R?

- Ausência de critério de monitoramento da equipe e da estrutura física mínimas exigidas para o SERDIA na Portaria 159-R/2022 (**AA05**);
- Ausência de critério objetivo que caracterize infraestrutura humanizada nos SERDIA (**AA06**);
- Ausência de estrutura física mínima para oferta dos serviços especializados do SERDIA (**AA07**);

Questão de Auditoria (QA5): Houve melhora no tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento após implantação do SERDIA?

- Ausência de condições para avaliação da efetividade do SERDIA quanto à redução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento (**AA08**);
- Fragmentação do atendimento nos municípios sem SERDIA ou estrutura equivalente (**AA09**);

Questão de Auditoria (QA6): Há articulação eficaz entre os serviços de saúde, educação e assistência social para apoiar as pessoas atendidas no programa?

- Ausência de ações intersetoriais eficazes entre os serviços de saúde, educação e assistência social (**AA10**);
- Ausência, na portaria 159-R/2022, de previsão de Governança colaborativa no SERDIA e responsabilidades da SESA na coordenação, monitoramento e avaliação da política (**AA11**);

Questão de Auditoria (QA7): Os indicadores qualitativos e quantitativos são coletados e analisados regularmente e permitem monitorar e avaliar a política?

- Os indicadores (qualitativos e quantitativos) não são coletados e analisados regularmente, na sua integralidade, em todos os SERDIAS, não permitindo monitoramento e avaliação da política de forma adequada (**AA12**);

Benefícios esperados

Caso as deliberações sejam implementadas, espera-se como **benefícios** a expansão da cobertura dos atendimentos e maior adesão municipal, com consequente redução das desigualdades regionais e promoção da equidade; a diminuição das filas de espera e o acesso mais oportuno, especialmente no período crítico de intervenção precoce para o TEA; bem como a melhoria da qualidade, integralidade e humanidade do cuidado, por meio de diagnósticos mais precisos e precoces, maior resolutividade, retenção de profissionais e fortalecimento do trabalho em equipe. Além disso, prevê-se o suprimento da lacuna normativa existente, com padronização e uniformização das infraestruturas dos SERDIA já instalados, assegurando ambientes adequados para o acolhimento e o cuidado multiprofissional.

Adicionalmente, a auditoria indica como **benefícios** esperados a geração de base de dados confiável que permita monitorar de forma contínua a efetividade da política e embasar a tomada de decisão em evidências; a redução da fragmentação do atendimento, mediante articulação multiprofissional e intersetorial entre saúde, educação e assistência social; e a maior coordenação entre os atores envolvidos, favorecendo o planejamento, a alocação eficiente de recursos, a cooperação federativa e a sustentabilidade financeira do programa.

Quais são os próximos passos?

As deliberações propostas pela equipe de fiscalização, após apreciação do Plenário do TCEES, deverão ser objeto de monitoramento para verificação da implementação e dos impactos. Propõe-se o encaminhamento do presente relatório ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde e à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	VISÃO GERAL	18
3	DESENHO DO PROGRAMA SERDIA	24
	3.1 Distribuição do cofinanciamento e valor do repasse não adequados às responsabilidades e aos custos dos serviços prestados no programa	25
	3.2 Incompatibilidade entre a definição dos tipos de Serdia e a garantia da cobertura do público-alvo previsto	36
4	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SERDIA	49
	4.1 Ausência de critério de monitoramento da equipe e da estrutura física mínimas exigidas para o SERDIA na portaria 159-R/2022	49
	4.2 Ausência de critérios objetivos que caracterizem infraestrutura humanizada nos SERDIA.	54
	4.3 Ausência de estrutura física mínima para oferta dos serviços especializados do SERDIA... ..	60
	4.4 Descumprimento da exigência de equipe mínima multiprofissional estabelecida para oferta dos serviços especializados do SERDIA.....	67
	4.5 Insuficiência de capacitação ofertada aos multiprofissionais da equipe mínima e aos atores envolvidos na política estadual do SERDIA.....	72
	4.6 Ausência de condições para avaliação da efetividade do SERDIA quanto à redução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento	78
	4.7 Fragmentação do atendimento a pessoas com Deficiência Intelectual e/ou TEA nos municípios sem SERDIA ou estrutura equivalente	82
5	INTERSETORIALIDADE DO SERDIA	89
	5.1 Ausência de ações intersetoriais eficazes entre os serviços de Saúde, Educação e Assistência Social	90
	5.2 Ausência de previsão de governança colaborativa no Serdia e das responsabilidades da sesa na portaria 159-r/2022.....	99
6	INDICADORES DO PROGRAMA SERDIA	103
	6.1 Os indicadores (qualitativos e quantitativos) não são coletados e analisados regularmente, na sua integralidade, em todos os SERDIAS, não permitindo monitoramento e avaliação da política de forma adequada	103
7	CONCLUSÃO	110
8	PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	112

1 INTRODUÇÃO

1. Esta auditoria operacional atende a proposição contida no Plano Anual de Controle Externo – PACE para o exercício de 2025, aprovado pela Decisão Plenária nº 4, na 9ª Sessão Ordinária Plenária de 2025, relativa à linha de ação por Objetivo de Desenvolvimento Sustentável / Redução das desigualdades/ Fiscalização / Avaliar programa de política pública social, sob responsabilidade da SecexSocial, sendo para o feito autuado o **Processo TC nº 3542/2025**.

2. O objetivo da fiscalização foi “avaliar o desenho e eficiência na implementação da Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual (DI) e Transtornos do Espectro Autista (TEA) - SERDIA no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios”.

3. O problema de auditoria decorre do aumento acelerado das matrículas na Educação Especial e da crescente demanda por serviços de saúde especializados, o que evidencia a intensificação dos desafios enfrentados por pessoas com DI e com TEA no Brasil.

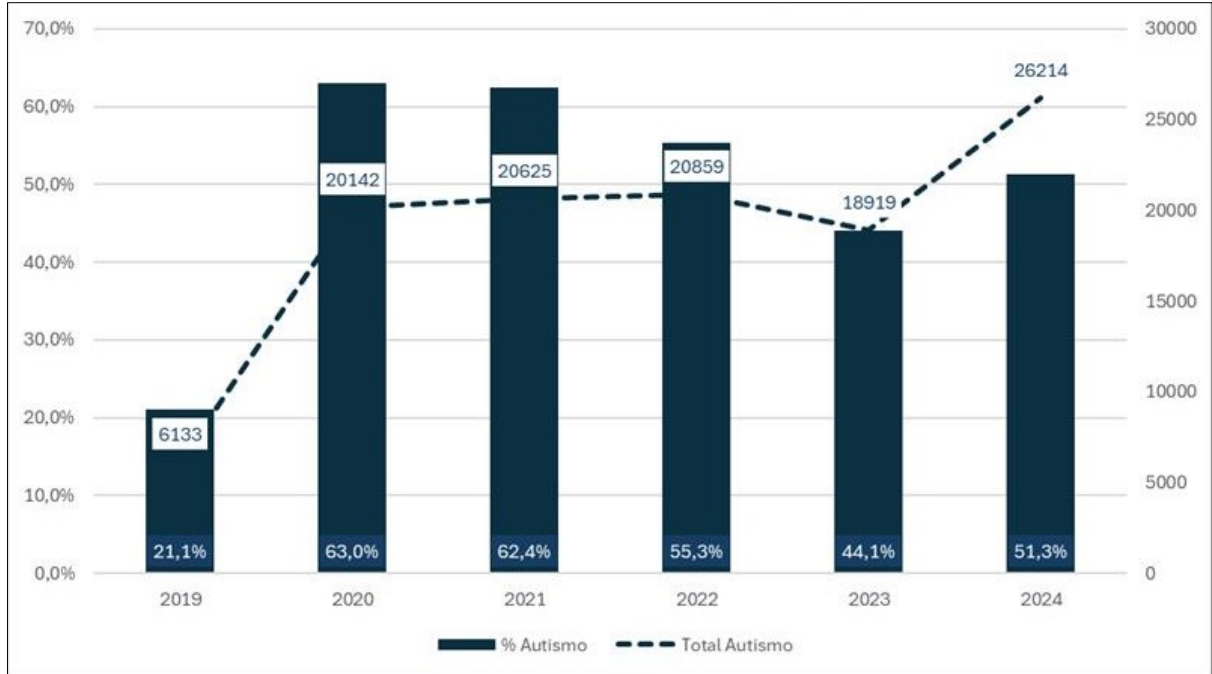
4. No país, as matrículas de estudantes da educação básica com TEA aumentaram 44,4%, entre 2023 e 2024. De acordo com o **Censo Escolar 2024**, o número saltou de 636.202 para 918.877 nesse período. Esse crescimento representa um aumento de 58,7% em relação a 2020, indicando uma tendência de aceleração na identificação e inclusão de estudantes com necessidades educacionais especiais.

5. No Espírito Santo também se observa um crescimento significativo e acelerado nas matrículas da educação especial nos últimos anos, com destaque para o aumento expressivo de crianças com TEA. Essa tendência revela não apenas o avanço na identificação e diagnóstico, mas também evidencia a pressão crescente sobre os sistemas de educação e saúde pública para garantir o atendimento especializado necessário.

6. Conforme apresentado no Gráfico 1, em 2019, havia 6.133 alunos com autismo matriculados, representando 21,1% do total da educação especial. Em 2024, esse número saltou para 26.214 alunos, passando a representar 51,3% do total. Isso significa que, em apenas cinco anos, o número de alunos com TEA quadruplicou e

sua proporção na educação especial mais que dobrou. Trata-se de um crescimento que exige uma resposta urgente e coordenada dos serviços públicos.

Gráfico 1 - Percentual de Autismo nas Matrículas da Educação Especial



Fonte: elaboração própria

7. Essa evolução na educação acompanha o aumento da demanda por atendimentos especializados em saúde, com filas crescentes para neurologistas, psiquiatras infantis, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, sobretudo no interior. A dificuldade de acesso à estimulação precoce e ao acompanhamento multiprofissional compromete a inclusão escolar e o desenvolvimento das crianças com DI e TEA, evidenciando a urgência de políticas públicas integradas e investimentos contínuos em educação e saúde.

Metodologia

8. Durante a fase de planejamento, para embasar teoricamente a auditoria, foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica. Foram analisadas legislações, artigos científicos, manuais técnicos e literatura especializada sobre deficiência intelectual (DI), transtorno do espectro autista (TEA), desenvolvimento neuropsicomotor, estimulação precoce, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), SERDIA e políticas públicas de escopo semelhante ao SERDIA nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Além disso, em 10/04/2025, realizou-se reunião com a equipe da

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde (SSAS), responsável pelo SERDIA, na qual a política foi apresentada à equipe de auditoria e houve a oportunidade de esclarecimento de dúvidas.

9. A partir das informações coletadas nessas etapas, foi realizada uma análise de riscos, considerando os riscos inerentes, de controle e de detecção. Essa avaliação foi crucial para identificar pontos críticos que poderiam impactar os resultados da auditoria e orientar a definição das estratégias de trabalho.

10. Com base nessa análise, elaborou-se a matriz de planejamento, instrumento que organizou as questões de auditoria e os procedimentos a serem adotados. Essa matriz foi posteriormente validada por meio de um Painel de Referência (realizado em 21/05/2025) com os gestores das secretarias de saúde, garantindo alinhamento e relevância nas questões abordadas (Figura 1).



Figura 1 - Painel de Referência para validação da Matriz de Planejamento. Fonte: Equipe de Auditoria, 2025.

11. As questões de auditoria elaboradas na matriz de planejamento foram:

Q1 – A distribuição do cofinanciamento e o valor total do repasse do Estado aos municípios estão adequados às responsabilidades e aos custos do serviço?

Q2 – Os critérios de classificação dos SERDIA (Tipos I, II e III) são adequados para garantir a cobertura populacional prevista?

Q3 – Existe a equipe mínima exigida e com a qualificação adequada às necessidades identificadas nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)?

Q4 – A estrutura física do SERDIA atende aos critérios mínimos exigidos na Portaria Sesa 159-R?

Q5 – Houve melhora no tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento após implantação do SERDIA?

Q6 – Há articulação eficaz entre os serviços de saúde, educação e assistência social para apoiar as pessoas atendidas no programa?

Q7 – Os indicadores qualitativos e quantitativos são coletados e analisados regularmente e permitem monitorar e avaliar a política?

12. Após a validação da matriz, os instrumentos de coleta de dados foram desenvolvidos, visando à aplicação prática durante a fase de execução da auditoria. Essa etapa incluiu a definição de métodos e ferramentas adequados para assegurar a qualidade das informações levantadas.

13. Na fase de execução da auditoria, foram requeridas informações às 78 Secretarias Municipais de Saúde por meio do envio de formulário eletrônico e solicitação de documentos (**Ofícios TC 02601/2025-1, 02781/2025-3**), visando obter informações sobre a formulação, financiamento, implementação, operação, estrutura de governança, monitoramento e avaliação do SERDIA, bem como razões de não adesão de parte dos municípios à política, filas e características dos usuários em atendimento.

14. Além da coleta de informações por meio eletrônico, foram realizadas visitas *in loco* em 9 municípios com SERDIA, selecionados por meio de amostragem estratificada não probabilística, considerando critérios como tipo de SERDIA, distribuição por região de saúde e distância geográfica, sendo selecionados os seguintes municípios: **Rio Bananal, Linhares e Jaguaré** (Região de Saúde Central/Norte); **Santa Maria de Jetibá, Domingos Martins, Venda Nova do Imigrante e Ibiracu** (Região de Saúde Metropolitana); e **Anchieta e Piúma** (Região de Saúde Sul).

15. As respostas ao formulário eletrônico e às visitas *in loco*, bem como os documentos encaminhados pelos gestores, **podem ser consultadas no índice de protocolos e papéis de trabalho** constantes dos **Apêndices 191/2025** (respostas às entrevistas, inspeções e questionário eletrônico), **175/2025** (registros fotográficos), **189/2025** (documentos submetidos) e **188/2025** (documentos e-DOCS).

16. Posteriormente à fase de execução, foi realizado o **Painel de Referência dos Achados**, em **1º de outubro de 2025**, de forma virtual, ocasião em que os gestores tiveram oportunidade de dialogar com a equipe de auditoria para esclarecer dúvidas relacionadas às constatações preliminares. Foram convidados representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos 78 municípios capixabas e da Secretaria de Estado da Saúde.

17. Após a realização do painel, foi encaminhado aos gestores o **Relatório Preliminar da Auditoria**, para manifestação e envio de comentários à equipe de fiscalização. Os **comentários recebidos estão listados para consulta no Apêndice 190/2025**, e suas respectivas análises encontram-se apresentadas ao longo deste relatório.

Limitação de auditoria

18. Uma das limitações identificadas na auditoria foi a **apuração da rotatividade dos profissionais vinculados ao SERDIA**, procedimento previsto para atendimento da Q3, em razão da inexistência de indicadores específicos e de mecanismos sistematizados de coleta de dados acerca de admissões, desligamentos e permanência das equipes multiprofissionais. Essa dificuldade de aferição comprometeu a possibilidade de monitorar a estabilidade da força de trabalho, identificar fragilidades na manutenção da equipe mínima exigida (art. 12 da Portaria SESA nº 159-R/2022) e avaliar os impactos da rotatividade na continuidade e qualidade do cuidado ofertado aos usuários.

19. Outra limitação identificada refere-se à **análise da melhoria no tempo médio para o diagnóstico e início do tratamento** após a implantação do SERDIA (Q6). Tal avaliação não pôde ser realizada devido à inexistência de registros históricos anteriores à política e ao fato de esta estar em vigor há menos de três anos.

20. Por fim, uma última limitação diz respeito às **bases de dados utilizadas**, visto que o acompanhamento dos indicadores se fundamentou em dados secundários encaminhados pelos gestores, os quais, em tese, podem apresentar riscos quanto à precisão e à confiabilidade.

Critérios

21. Os critérios utilizados serão detalhados no capítulo que trata dos achados de auditoria, com destaque para as Portarias GM/MS nº 793/2012 e SESA/ES nº 159-R/2022; a Nota Técnica GEPORAS/SSAS/SESA nº 27/2022 e o Protocolo de Funcionamento dos SERDIA do Espírito Santo. Os critérios estão relacionados com os princípios da eficácia, eficiência e economicidade e foram discutidos com os auditados no painel de referência da matriz de planejamento realizado em 21/05/2025.

Escopo e não escopo

22. O escopo foi delimitado na Matriz de Possível Questões de Auditoria e Escopo (PQAE) documentado no sistema de fiscalização, e se materializam nas questões de auditoria. Já o não escopo refere-se aos seguintes temas: análise de processos licitatórios para aquisição de equipamentos; análise do processo de contratação de

pessoal; verificação da qualidade do diagnóstico e atendimento prestado ao paciente; e avaliação dos critérios clínicos.

Normas aplicáveis

23. Os trabalhos foram conduzidos em conformidade com as Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores e com as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) aplicáveis às auditorias operacionais, especialmente com as NBASP 100, 300 e 3000, e com observância ao Manual de Auditoria Operacional do TCU (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021) e aos demais pronunciamentos profissionais aplicáveis, dentre os adotados pelo TCEES. Nenhuma restrição foi imposta aos exames, salvo as limitações da auditoria já mencionadas.

Usuários do Relatório

24. Profissionais de saúde, gestores públicos, Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES), Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, Defensoria Pública, Comissão de educação da ALES, Ministério Público Estadual – MPES, instituições acadêmicas e movimentos sociais.

Antecedentes da auditoria

25. Boletim informativo “O Autismo no Estado do Espírito Santo”, edição nº 3, elaborado pelo Núcleo de avaliação e monitoramento de Políticas Públicas de Saúde – NSAÚDE/SECEXSOCIAL e publicado em abril de 2023, cujo objetivo foi apresentar os aspectos do desempenho da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno de Espectro Autista (TEA), desenvolvida no estado do Espírito Santo, observando, como proxy representativa desta população em específico, o número de autistas nas escolas públicas e particulares do estado.

26. Outro trabalho considerado como antecedente da auditoria foi a **Avaliação Executiva do SERDIA**, conduzida pelo TCEES em parceria com a Fundação Getúlio Vargas (FGV CLEAR) em 2025, cujo objetivo foi analisar o diagnóstico, o desenho e a implementação do SERDIA, identificando potencialidades, fragilidades e

oportunidades de aprimoramento. Essa avaliação integra o presente relatório **como Apêndice 192/2025**, servindo como **base técnica e analítica** para a definição das questões de auditoria, dos achados e das recomendações apresentadas.

Volume de Recursos fiscalizados

27. Conforme metodologia disposta no **Apêndice 00172/2025-4**, estimou-se como valores envolvidos na fiscalização o montante de **R\$ 13.265.664,00**.

Organização do Relatório

28. O relatório é composto por 4 capítulos principais:

- a. Desenho do Programa SERDIA (Capítulo 3);
- b. Serviços especializados do SERDIA (Capítulo 4);
- c. Intersetorialidade do SERDIA (Capítulo 5);
- d. Indicadores (Capítulo 6);

29. O capítulo 3 contempla duas questões, uma relacionada a distribuição do cofinanciamento e do valor total do repasse do Estado aos municípios e outra sobre os critérios de classificação dos tipos de SERDIA.

30. O capítulo 4 contempla três questões, a primeira, sobre a existência de equipe mínima e com a qualificação adequada às necessidades identificadas nos PTS, a segunda sobre a estrutura física e a terceira sobre o tempo médio entre para diagnóstico e início de tratamento após a implantação do SERDIA.

31. O capítulo 5 contempla uma questão relacionada a articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para apoiar as pessoas atendidas no programa.

32. Por fim, o capítulo 6 contempla uma questão relacionada aos indicadores qualitativos e quantitativos, se são coletados e analisados regularmente e se permitem monitorar e avaliar a política.

2 VISÃO GERAL

33. O **Serviço Especializado em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual (DI) e Transtorno do Espectro Autista (TEA) – SERDIA** – é uma política pública estadual instituída pela **Portaria SESA nº 159-R/2022**, no âmbito da Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde (SSAS), com o objetivo de **estruturar e ampliar a oferta de serviços especializados de reabilitação intelectual e TEA no Espírito Santo**, em conformidade com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS).

34. A criação do SERDIA buscou **preencher lacunas na atenção especializada** voltada às pessoas com deficiência intelectual e autismo, especialmente em municípios que não contavam com **Centros Especializados em Reabilitação (CER)** nas modalidades intelectual e TEA. A política tem caráter **municipal ou regional**, sendo implementada mediante **adesão voluntária dos municípios**, a partir da apresentação e aprovação de **Plano de Trabalho Institucional (PTI)**.

35. O **modelo de funcionamento** do SERDIA baseia-se em **atendimento multiprofissional e interdisciplinar**, com foco na elaboração e acompanhamento de **Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)** (Figura 2). As equipes devem ser compostas por profissionais de diversas áreas da saúde, de acordo com os parâmetros mínimos estabelecidos no **art. 12 da Portaria SESA nº 159-R/2022**, contemplando, entre outros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

36. O **cofinanciamento estadual** constitui um dos eixos centrais da política. O Estado repassa recursos de custeio aos municípios habilitados, conforme o **tipo de serviço** implantado:

- a. **Tipo I:** atendimento a uma população inferior 20.000 (vinte mil) habitantes;
- b. **Tipo II:** atendimento a uma população de 20.000 (vinte mil) a 100.000 (cem mil) habitantes;
- c. **Tipo III:** atendimento a uma população acima de 100.000 (cem mil) habitantes.



Figura 2 - Características do SERDIA

37. Os **valores de repasse** foram definidos pela Portaria 159-R/2022, que estabelece ainda **a proporção de 60% de participação estadual e 40% municipal no custeio das ações**, podendo os municípios complementarem os recursos conforme suas necessidades locais.

38. O **processo de adesão e implantação do SERDIA** ocorre mediante fluxo normativo definido nos **arts. 14 a 16 da Portaria SESA nº 159-R/2022**, conforme demonstrado na Figura 3.

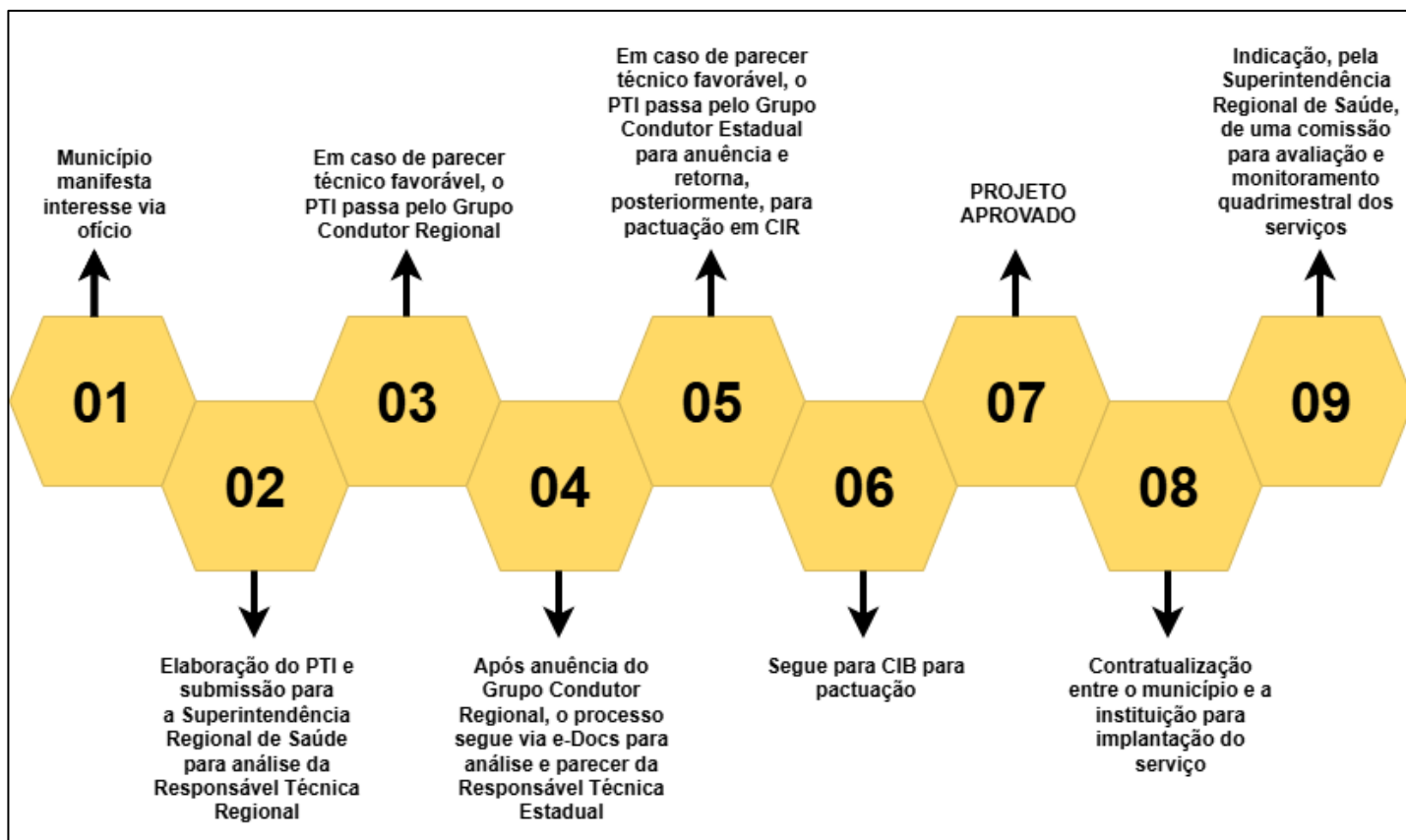


Figura 3 - Fluxograma para adesão e habilitação SERDIA

Fonte: Adaptado da Nota Técnica nº 27/2022 GEPORAS/SSAS/SESA.

39. A adesão se dá **por iniciativa do município**, após **elaboração do PTI** em parceria com a **Superintendência Regional de Saúde** e com a **Área Técnica da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD/GEPORAS/SSAS/SESA)**. O PTI deve ser **pactuado nas instâncias legítimas de governança interfederativa**, a saber: **Comissão Intergestores Regional (CIR)** e **Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/ES)**.

40. Conforme o art. 15 da referida Portaria, o **Grupo Condutor Estadual da RCPD**, instituído pela **Portaria SESA nº 222-R/2020**, e os **Grupos Condutores Regionais** são responsáveis por **analisar, consolidar e formular as propostas de implantação**, incluindo fluxos assistenciais e normativos complementares. Após parecer favorável da Superintendência Regional de Saúde e homologação nas instâncias de pactuação, a **Secretaria de Estado da Saúde (SESA)** publica a **Portaria de Habilitação no Diário Oficial do Estado**, formalizando a adesão do município à política.

41. Após a publicação da portaria de habilitação, o município torna-se apto a receber o cofinanciamento estadual, de acordo com o tipo de SERDIA (I, II ou III) e o cumprimento dos parâmetros técnicos definidos pela SESA.

42. Até setembro de 2025, **34 municípios capixabas (43,6%)** haviam concluído formalmente o processo de adesão ao SERDIA, com a publicação das respectivas portarias de habilitação no Diário Oficial do Estado. Além desses, **outros 10 municípios (12,8%)** encontravam-se em fase de adesão, com o PTI em elaboração. Assim, **o total de municípios que já aderiram ou estão em processo de adesão alcança 56,4% do conjunto dos municípios do Espírito Santo**, evidenciando uma expansão significativa da política em menos de três anos desde sua instituição.

43. Quando se consideram apenas os **municípios com serviços efetivamente em funcionamento** — isto é, aqueles que possuem **CER** com modalidades de reabilitação **intelectual e TEA** ou **SERDIA implantado** —, a **abrangência atual da RCPD** voltada a esse público alcança **50% dos municípios capixabas (39 municípios)**, conforme ilustrado na **Figura 4**. Esse percentual reflete a **cobertura efetiva** da rede especializada, enquanto os municípios ainda em processo de adesão representam uma **expansão potencial** da política, capaz de elevar significativamente a capilaridade da atenção especializada nos próximos anos.

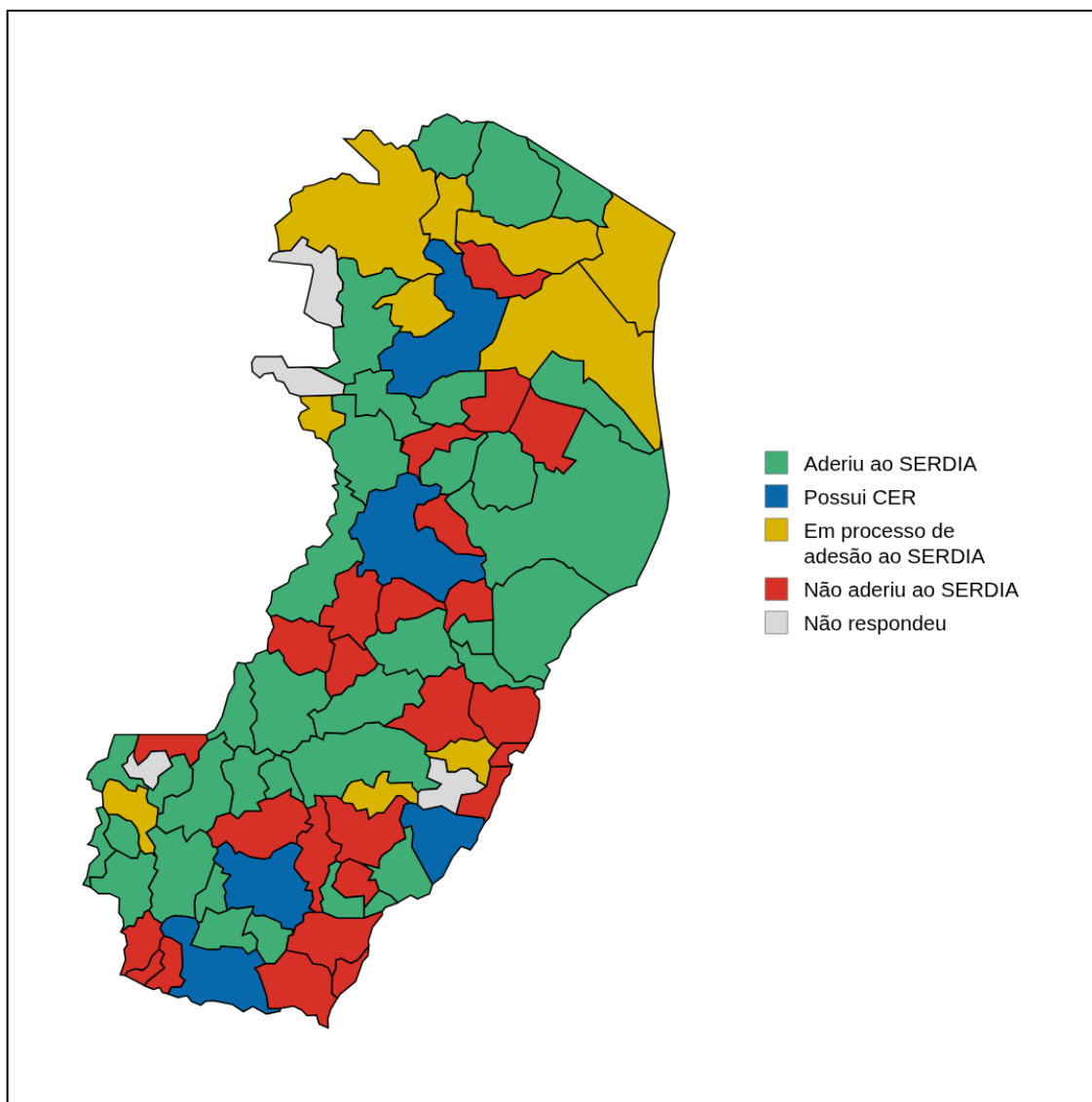


Figura 4 - Situação dos municípios do Espírito Santo quanto à implantação do SERDIA e à existência de Centros Especializados em Reabilitação (CER) com modalidades de reabilitação intelectual e TEA, 2025.

Fonte: Pesquisa realizada junto aos municípios e documentos encaminhados pela SESA (2025).

44. A **porta de entrada** para acesso aos SERDIA é a **Unidade básica de Saúde (UBS)**, onde é realizada uma pré-avaliação com a utilização do M-Chat¹ e escala do desenvolvimento infantil (disponíveis na caderneta de saúde da criança) e, caso identificado risco para DI e TEA, é feito o encaminhamento ao SERDIA, através da regulação.

¹ *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat)*: questionário com 20 perguntas para pais de crianças de 18 a 30 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA.

45. Entre os **principais produtos e resultados esperados** da política, destacam-se: o diagnóstico precoce, o acompanhamento terapêutico contínuo, a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a promoção da autonomia e inclusão social das pessoas com deficiência, a articulação intersetorial com as políticas de educação e assistência social, e a redução das desigualdades regionais no acesso à reabilitação especializada.

46. O **processo de gestão e monitoramento** da política é de responsabilidade da SSAS/SESA, por meio da **Gerência de Políticas de Reabilitação (GEPORAS)**, que coordena a análise dos planos de trabalho, a habilitação das unidades, o repasse dos recursos e a supervisão técnica dos serviços implantados. Os **municípios executores** devem encaminhar relatórios quadrimestrais contendo informações assistenciais e financeiras, que subsidiam o acompanhamento da política no âmbito estadual.

47. O **marco normativo** do SERDIA inclui, além da Portaria SESA nº 159-R/2022, a **Portaria GM/MS nº 793/2012**, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS, e a **Nota Técnica GEPORAS/SSAS/SESA nº 27/2022**, que detalha diretrizes complementares para a implantação e o funcionamento dos serviços. Outros instrumentos de referência são o **Protocolo de Funcionamento dos SERDIA do Espírito Santo** e os **PTI** aprovados pela SESA.

48. Em síntese, o SERDIA configura-se como **uma política pública estadual de alta relevância social**, voltada à ampliação e qualificação da atenção à pessoa com deficiência intelectual e ao autista no Espírito Santo. Seu desenho combina **atendimento multiprofissional, cofinanciamento compartilhado e governança descentralizada**, inserindo-se como componente estratégico da RCPD do SUS.

49. A seguir, são apresentados os **principais achados da auditoria operacional**, agrupados conforme os eixos temáticos definidos na matriz de planejamento: **(i)** desenho do programa; **(ii)** estrutura e funcionamento dos serviços especializados; **(iii)** articulação intersetorial e governança; e **(iv)** monitoramento e indicadores. Cada achado é descrito segundo a estrutura metodológica adotada, compreendendo **situação encontrada, evidências, critérios, efeitos, propostas de encaminhamento e benefícios esperados**.

3 DESENHO DO PROGRAMA SERDIA

50. O presente capítulo aborda o Desenho do programa SERDIA e possui como questão central que orienta a sua análise: **“O desenho do programa SERDIA atende adequadamente a demanda por atendimentos?”**.

51. O modelo do ciclo de políticas públicas² é amplamente utilizado para ilustrar as etapas da política, em especial a formulação, a implementação e a avaliação de programas e ações governamentais, embora sua estrutura possa variar de acordo com o autor. Na prática, porém, nem sempre as políticas seguem esse fluxo estruturado que pressupõe o início pela formulação, com a realização de um diagnóstico abrangente da situação a ser enfrentada, a elaboração do desenho e definição de suas diretrizes, estabelecendo a racionalidade da intervenção pública desejada.

52. Nesse contexto, a etapa de formulação assume papel central, pois o sucesso da política depende, em grande medida, da adequada concepção do desenho antes de sua execução. Segundo o Referencial de Controle de Políticas Públicas (RCP) do Tribunal de Conta da União (TCU), o desenho da política pública contempla a sua caracterização com base em modelo lógico³, que explicita, entre outras coisas, seus objetivos, insumos, atividades, produtos, resultados e impactos.

53. No que se refere aos insumos, segundo o RCP, os processos de alocação e gestão dos recursos orçamentários e financeiros ocorrem ao longo de todo o ciclo de vida da política pública, desde as análises de viabilidade conduzidas *ex-ante* até a avaliação da eficiência da intervenção governamental, perpassando as etapas de planejamento, implementação e monitoramento.

54. Com efeito, o êxito de uma política pública depende tanto de uma boa formulação da política quanto da adequada planejamento e gestão dos insumos,

² Howlett, M.; Ramesh, M.; Perl, A. Política pública, seus ciclos e subsistemas. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2013.

³ Segundo o RCP, trata-se de um instrumento de planejamento que deve estar contemplado em várias fases do ciclo da política pública, especialmente nas fases iniciais. É por meio dele que se faz a modelagem das intervenções públicas por meio das quais se dará a implementação da política; que se definem as relações de causa e efeito esperadas destas; e que se estabelecem os fundamentos para o monitoramento e avaliação da política pública.

tornando-se essencial analisar como esses elementos se concretizam na política do SERDIA.

55. Assim sendo, este capítulo examina o desenho do SERDIA, conduzido pela Sesa, por meio de duas questões de auditoria: a primeira referente à distribuição do cofinanciamento e do valor total do repasse do estado aos municípios, entendidos como insumo do modelo lógico; e a outra quanto aos critérios de classificação dos tipos de SERDIA e cobertura populacional.

56. A análise identificou dois achados principais:

- **AA1** - Distribuição do cofinanciamento e valor do repasse não adequados às responsabilidades e aos custos dos serviços prestados no programa; e
- **AA2** - Incompatibilidade entre a definição dos tipos de SERDIA e a garantia da cobertura do público-alvo previsto

57. Ao longo do capítulo, são apresentados os critérios, as situações encontradas, as evidências obtidas, as causas e os efeitos das lacunas identificadas, bem como as boas práticas observadas. Por fim, são propostas recomendações para a melhoria da política.

3.1 DISTRIBUIÇÃO DO COFINANCIAMENTO E VALOR DO REPASSE NÃO ADEQUADOS ÀS RESPONSABILIDADES E AOS CUSTOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO PROGRAMA

58. **Constatou-se que os valores repassados pelo estado para o cofinanciamento do SERDIA são insuficientes para cobrir os custos de mão de obra da equipe mínima e desconsidera outras despesas necessárias à implementação e manutenção dos serviços, o que obriga os municípios a arcarem com parcela maior do financiamento da política.**

Crerios

59. Como critérios de auditoria e boas práticas de referênci, foram considerados o **art. 196 da Constituição Federal de 1988**, que estabelece a saúde como direito de

todos e dever do Estado; a **Lei nº 12.764/2012**, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; a **Portaria GM/MS nº 1.526/2023**, que atualiza as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; a **Portaria SESA nº 159-R/2022**, que institui a Política Estadual de Cofinanciamento dos SERDIA; e o **Referencial de controle de políticas públicas (RCPD)** do **Tribunal de Contas da União (TCU)**, aplicáveis às auditorias operacionais.

Situação encontrada, evidências e análise

60. Para verificar se a distribuição do cofinanciamento entre estado e municípios está de acordo com suas responsabilidades legais e se os valores repassados são suficientes para implementar e manter as atividades do programa, foram analisados: os documentos disponibilizados à auditoria, a legislação correlata, as respostas enviadas pela Sesa (Parecer Técnico nº 264/2025/NEAE/RCPD⁴), bem como as enviadas pelos municípios por meio de questionário (69 dos 78 municípios capixabas responderam), entre outros.

61. Segundo o art. 4º da Portaria nº 159-R/2022, a política estadual de cofinanciamento do SERDIA tem como objetivos, entre outros: estruturar pontos de atenção e implantar os serviços especializados em reabilitação para pessoa com DI e TEA, bem como ampliar o acesso e qualificar o atendimento a essas pessoas. Já o art. 5º traz como diretrizes, entre outras, a assistência multiprofissional, humanizada e integral, a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, bem como a organização dos serviços em rede de atenção à saúde territorializada, com estabelecimento de ações intersetoriais.

62. A Portaria está alinhada aos princípios do SUS (ex.: equidade e integralidade) e à Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, que estabeleceu como direitos da pessoa com TEA, entre outros, o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo, o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento.

⁴ Peça Complementar 28699/2025-3

63. A lógica do desenho da política, inferida a partir da referida portaria, é explicada pelo fato de seu público-alvo necessitar, frequentemente, de um conjunto de terapias simultâneas e complementares (ex.: fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional etc.), que são potencializadas quando realizadas de forma contínua, integrada e humanizada. Em muitos casos, são necessárias diversas sessões semanais com diferentes profissionais, o que exige um planejamento minucioso e articulação eficiente entre os serviços e equipes envolvidas.

64. Os atendimentos são ainda mais importantes em casos de famílias SUS-dependentes, em que os pais enfrentam o dilema de conciliar a necessidade de levar os filhos frequentemente às terapias e o cuidado do dia a dia, ao mesmo tempo que precisam garantir o sustento da família. Sem o apoio do Estado, essas famílias tornam-se ainda mais socioeconomicamente vulneráveis.

65. Além disso, cabe mencionar que a intervenção precoce é crucial nos casos de TEA, uma vez que há diversos estudos que evidenciam que os primeiros anos de vida constituem um período crítico para reabilitação e para o desenvolvimento da autonomia da criança⁵. Nesse sentido, é responsabilidade do Estado identificar potenciais usuários e assegurar a oferta tempestiva de serviços especializados.

66. Ante o exposto, devido à complexidade do atendimento ao público-alvo do SERDIA, que requer diagnósticos precoces, acompanhamento multiprofissional especializado, tratamento próximo do usuário e prolongado, que muitas vezes se estende por anos, demanda-se uma gestão eficiente dos insumos da política, como recursos financeiros, humanos (profissionais especializados e capacitados) e de estrutura (equipamentos, materiais e manutenção).

67. No que se refere à divisão legal de competências e à cooperação na utilização de insumos entre os entes federados, cabe destacar que o cofinanciamento desempenha papel fundamental para assegurar a continuidade e sustentabilidade de políticas públicas ao longo do tempo. As verbas que complementam o orçamento municipal constituem, muitas vezes, o único meio de viabilizar a prestação dos

⁵ Disponível em: <<https://neuroconecta.com.br/intervencao-precoce-no-autismo-promovendo-o-desenvolvimento-infantil/>>. Acesso em: 11 set. 2025.

serviços de forma territorializada, sobretudo nos municípios com menor capacidade financeira.

68. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), compete ao Ministério da Saúde (MS) sua implementação, financiamento, acompanhamento e monitoramento em nível nacional, observados os princípios e diretrizes do SUS. Aos estados e municípios compete o cofinanciamento, promovendo as adequações necessárias às suas especificidades.⁶

69. De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA⁷, em casos de suspeita do transtorno, os usuários devem primeiro buscar a UBS para uma avaliação inicial (porta de entrada). A estrutura do SUS também contempla a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que, por meio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) – organizados conforme número de modalidades de reabilitação⁸ e cofinanciados pelo governo federal –, oferecem serviços especializados para TEA, como a realização de diagnóstico, tratamento, reabilitação, habilitação, concessão e adaptação.

70. No estado do Espírito Santo, existem apenas cinco municípios que possuem CER com especialidade em reabilitação intelectual: Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Guarapari, Mimoso do Sul e Nova Venécia. Caso esses fossem os únicos equipamentos especializados disponíveis, haveria uma concentração regionalizada da oferta de serviços, o que poderia impor barreiras de acesso a usuários de diversos municípios e, simultaneamente, sobrecarregar os serviços existentes em função da elevada demanda.

71. Nesse contexto, a política do SERDIA surgiu em 2022 como uma estratégia de ampliação dos centros especializados no atendimento de TEA e DI, por meio de um cofinanciamento entre o Governo do Estado e as Prefeituras. Trata-se de uma boa prática no âmbito estadual, ao buscar priorizar esse público, reduzir desigualdades na

⁶ Disponível em: < [Portaria GM/MS nº 1.526/2023](#)>. Acesso em 11 set. 2025.

⁷ Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf>. Acesso em 11 set. 2025.

⁸ As modalidades de reabilitação abrangem as áreas auditiva, física, intelectual e visual. O CER II oferece atendimentos de duas modalidades de reabilitação, o CER III três modalidades e o CER IV contempla todas as modalidades mencionadas.

distribuição dos serviços e promover maior equidade no acesso à reabilitação em saúde.

72. Atualmente, conforme o Art. 17 da Portaria 159-R/2022, o cofinanciamento dos SERDIA é dividido entre a Sesa, com 60%, e os municípios, com contrapartida de 40%, na forma de políticas próprias e valores fixos de coparticipação, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Valores atuais do cofinanciamento do SERDIA.

	Estado	Município	Total
Serdia Tipo I	7.200,00	4.800,00	12.000,00
Serdia Tipo II	14.400,00	9.600,00	24.000,00
Serdia Tipo III	28.800,00	19.200,00	48.000,00

Fonte: Portaria 159-R/2022.

73. Segundo o §1º do Art. 17, a base de cálculo do custeio do SERDIA teve como referencial o valor de custeio de um CER II, estipulado pela portaria do Ministério da Saúde nº 835/2012. O valor mínimo a ser repassado à convenente para implantação dos SERDIA representa o valor de custeio de uma equipe mínima de um CER, mas proporcionalmente ao atendimento a 100 usuários/mês em uma única modalidade de reabilitação, o que corresponderia a um SERDIA Tipo II.

74. Nesse contexto, por meio do **Ofício nº 02590/2025-7**, foram encaminhados à Sesa diversos questionamentos relacionados à concepção e à execução do **modelo de cofinanciamento do SERDIA**. Entre os pontos abordados, destacaram-se: **(1)** os fundamentos que embasaram a definição da proporção de **60% de participação estadual e 40% municipal**; e **(2)** a **metodologia adotada para o cálculo dos valores de repasse** estabelecidos na **Portaria SESA nº 159-R/2022**, que instituiu o atual modelo de financiamento da política.

75. Conforme Parecer Técnico nº 264/2025/NEAE/RCPD, a Sesa citou que considerou os seguintes aspectos para o estabelecimento da proporção do financiamento **(1)**: a responsabilidade solidária entre os entes federativos no financiamento das ações e serviços de saúde; a organização da RCPD no âmbito do SUS; os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº 835/2012, que dispõe sobre os CER; a necessidade de regionalização e abrangência territorial dos serviços de saúde; a capacidade de financiamento dos entes federativos, especialmente aqueles

com menor arrecadação; os critérios populacionais; e a necessidade de assegurar equidade no acesso e integralidade do cuidado.

76. Segundo a Sesa, a adoção da política de cofinanciamento também se justificou pelo diagnóstico de que havia um vazio assistencial no estado, uma vez que existiam apenas cinco CER em funcionamento na modalidade intelectual e isso ocasionava deslocamentos excessivos e barreiras de acesso. Essa dificuldade era ainda mais acentuada no caso de pessoas com TEA, que frequentemente enfrentam limitações adicionais para o transporte. Nesse sentido, o cofinanciamento configurou-se como um incentivo à adesão dos municípios à implementação de mais um componente da atenção especializada da RCPD.

77. Apesar de a iniciativa da Secretaria de propor o modelo de cofinanciamento seja relevante e oportuna, contribuindo efetivamente para a ampliação da oferta de serviços de reabilitação intelectual no estado, entendeu-se que a justificativa apresentada não forneceu elementos suficientes para sustentar a adoção da proporção 60/40 em detrimento de outras possibilidades, especialmente considerando que há municípios com menor capacidade de financiamento de políticas públicas.

78. Além disso, observa-se que o estado visa cofinanciar apenas as despesas com a equipe técnica, sem participação nos custos de implementação (estrutura física, equipamentos e treinamentos) e de manutenção das atividades, o que pode gerar barreiras a novas adesões e comprometer a sustentabilidade e qualidade dos serviços em municípios com menor capacidade de arrecadação.

79. No que se refere à metodologia do cálculo dos valores **(2)**, a Sesa confirmou que estes foram baseados nos parâmetros técnicos do modelo de custeio do CER II, que, à época da elaboração da Portaria do SERDIA, considerava o seguinte: atendimento para 400 usuários, com 580 horas de trabalho da equipe e custo de R\$ 140.000,00. Ressalva-se que a versão do instrutivo utilizada era de 2020, tendo sido atualizada em 2023, após o início do funcionamento do SERDIA.

80. Com base nesses dados e considerando que o SERDIA opera exclusivamente uma modalidade de reabilitação em vez de duas (CER II), foram estimados pela Sesa os valores para o custeio da remuneração da equipe mínima. O cálculo também teria

levado em consideração a produção mínima, a carga horária da equipe e a quantidade de pessoas que seriam atendidas com base em critério populacional, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 – Metodologia de cálculo dos valores do SERDIA.

CATEGORIA	CER II	SERDIA Tipo I	SERDIA Tipo II	SERDIA Tipo III
Custeio mensal	R\$ 140.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 24.000,00	R\$ 48.000,00
Usuários/mês	400	50	100	200
Produção mensal	2.406	250	500	1.000
Carga horária da equipe mínima	580 h	64 h	128 h	230 h
Abrangência	Regional	Municipal	Municipal	Municipal

Fonte: Sesa.

81. Segundo os gestores da secretaria, a realização do cálculo exclusivamente para a modalidade intelectual representou um ineditismo, uma vez que não existia, no Brasil, modelo estruturado semelhante, havendo apenas uma iniciativa similar no município de Belo Horizonte, mas sem cofinanciamento estadual. De todo modo, os gestores destacaram que essa pactuação inicial considerou a disponibilidade de dados e os limites orçamentários vigentes na época e visou garantir a viabilidade inicial da política, havendo o compromisso de avaliar e revisar futuramente os valores estabelecidos.

82. Ocorre que, até a presente data, não houve o referido reajuste, ainda que tenha ocorrido em 2023 a revisão dos valores do CER, política que serviu de referência. Os próprios gestores da Sesa admitiram, tanto na reunião de apresentação do Painel de Referência da Auditoria quanto no Parecer citado, que os valores finais aprovados não cobriam integralmente, no momento da implementação do serviço, os custos estimados da força de trabalho necessária. Ademais, enfatizaram a necessidade de reajustes periódicos, especialmente diante das dinâmicas do mercado privado de trabalho, que competem com o serviço público e impactam a remuneração dos profissionais da saúde, bem como os custos operacionais dos serviços.

83. Conforme a Tabela 3, disponibilizada pela Sesa, os valores constantes na Portaria de 2022 precisariam ser reajustados, ainda na época de sua publicação, em 34,7% nos SERDIA I e II e 21,0% no SERDIA III.

Tabela 3 – Cálculo dos valores para cobertura da equipe mínima do Serdia em 2022.

Profissional	Carga Horária CER II	Custo CER II (R\$)	Carga SERDIA I	Custo SERDIA I (R\$)	Carga SERDIA II	Custo SERDIA II (R\$)	Carga SERDIA III	Custo SERDIA III (R\$)
Fisioterapeuta	120h	30.295,26	15h	3.786,91	30h	7.573,82	60h	15.147,63
Terapeuta Ocupacional	80h	20.196,84	15h	3.786,91	30h	7.573,82	60h	15.147,63
Fonoaudiólogo	80h	20.196,84	15h	3.788,18	30h	7.576,36	60h	15.152,73
Psicólogo	120h	30.295,26	15h	3.786,91	30h	7.573,82	60h	15.147,63
Assistente Social	40h	10.098,42	15h	3.786,91	30h	7.573,82	30h	7.573,82
Enfermeiro	20h	5.049,21	—	—	—	—	—	—
Médico	40h	10.098,42	4h	1.009,84	8h	2.019,68	20h	5.049,21
Responsável Técnico	40h	10.098,42	—	—	—	—	—	—
Eletivo	40h	10.098,42	—	—	—	—	—	—
TOTAL	580h	140.000,00	64h	16.158,75	128h	32.317,50	230h	58.064,02

Fonte: Sesa.

84. Se considerado apenas o cálculo proporcional do custo por usuário do CER II, sem levar outros fatores, os valores de custeio à época seriam de R\$ 17.500,00, R\$ 35.000,00 e R\$ 70.000,00, respectivamente, valores mais condizentes com a tabela acima.

85. Adicionalmente, realizou-se a análise da “Seção B - Financiamento da Política do SERDIA” das respostas do questionário aplicado aos gestores municipais, respondido por 69 dos 78 municípios, bem como das informações obtidas durante a visita *in loco* em oito unidades em funcionamento.

86. Conforme apresentado no **Apêndice 00173/2025-9**, verificou-se que a maioria dos municípios que não aderiram ao SERDIA tomaram essa decisão por considerar que a participação do estado no cofinanciamento é insuficiente, destacando, entre outros pontos, a necessidade de adequar a estrutura física e de adquirir equipamentos para o funcionamento do serviço.

87. O cenário é preocupante, considerando que 30 dos 35 municípios respondentes que estavam nessa situação ou tinham iniciado o processo de adesão recentemente afirmaram que havia fila de espera para atendimentos com especialistas para pessoas com DI e/ou TEA. Oito deles informaram que, atualmente, não dispõem de atendimentos com especialistas (ex. fonoaudiólogos, terapeuta

ocupacional, neurologista etc.) para as pessoas com DI e TEA e dois mencionaram filas de espera de mais de seis meses para o atendimento com alguns especialistas.

88. Destaca-se, ainda, o caso do município de Ibatiba, que reportou gastos mensais de R\$ 125 mil decorrentes de demandas judiciais por não possuir uma unidade estruturada. Tal circunstância evidencia o risco da judicialização da política, com impactos financeiros significativos e imprevisíveis para a gestão, que poderiam ser evitados, caso houvesse uma política pública perene para esse público.

89. O **Apêndice 00173/2025-9** dispôs também sobre os 26 municípios⁹ que aderiram ao SERDIA e que estão em funcionamento, verificando-se um custo médio mensal por município de R\$ 19,1 mil para os equipamentos do Tipo I; R\$ 30,1 mil para o Tipo II; e R\$ 48 mil para o Tipo III (só teve um respondente, que afirmou que não complementava, mas não considerou gastos indiretos para manter o equipamento).

90. Conclui-se que o subdimensionamento dos custos da política representa uma barreira à adesão de novos municípios, inclusive para os de maior porte (Tipo III), dos quais apenas um implantou o SERDIA efetivamente. As situações de Vitória e Cachoeiro de Itapemirim foram utilizadas como exemplo para evidenciar que os valores previstos na portaria se encontram defasados.

91. Além disso, dentre os municípios que já possuem o SERDIA em funcionamento, os valores repassados pelo estado para cofinanciamento mostram-se insuficientes para cobrir proporção razoável dos custos da política, uma vez que desconsidera despesas de implementação e manutenção dos serviços, além de não estabelecer reajustes. Como consequência, a maior parte do ônus financeiro recai sobre os municípios: em 16 dos 26 casos analisados, o gasto municipal supera o do estado e, em termos percentuais, os gastos municipais representam 55,6% dos gastos apurados, contra 44,4% do estado.

92. Ante o exposto, verifica-se um problema na implementação do desenho da política, pois a proporção de cofinanciamento adotada, combinada com os valores fixados em patamares que não cobrem a equipe mínima exigida pela portaria,

⁹ Há 27 municípios com Serdia implementado e em funcionamento, mas o município de Barra de São Francisco não respondeu ao questionário.

transfere aos municípios a responsabilidade por financiar o maior percentual dos SERDIA, comprometendo sua expansão e sustentabilidade.

93. Dessa forma, conclui-se que é importante que o Governo do Estado amplie a disponibilidade de recursos para a política, a fim de reequilibrar a estrutura de cofinanciamento, tornando-a mais saudável e evitando sobrecarga dos municípios. Esse fortalecimento contribuirá para a perenidade da política, garantindo a continuidade e execução de planos terapêuticos e atendimento às particularidades de cada indivíduo, o que, por fim, consolida seu caráter de verdadeira política de Estado.

94. Ressalta-se, contudo, que a simples elevação dos valores de cofinanciamento, mantendo-se a atual proporção de 60/40, deve ser analisada com cautela à luz das condições financeiras dos municípios que já executam a política.

Causas

95. Citam-se como possíveis causas do cofinanciamento e valores de repasse não serem adequados às responsabilidades e aos custos dos serviços prestados no programa: definição inicial dos valores em volume inferior ao cálculo realizado de custo da equipe mínima; ausência de estudos de custos atualizados do programa; não realização de reajustes periódicos, ainda que tenha ocorrido reajuste no programa que serviu de modelo; definição da proporção de cofinanciamento sem análise dos custos totais de implementação e manutenção assumidos pelos municípios; e carência de mecanismos de pactuação diferenciada, ainda que os valores por Tipo de SERDIA sejam diferentes.

Efeitos

96. São efeitos da manutenção da situação encontrada: baixa adesão municipal, com apenas 27 dos 78 municípios com SERDIA em funcionamento, mesmo diante da crescente demanda por atendimentos; sobrecarga financeira para os municípios; possibilidade de interrupção ou descontinuidade dos atendimentos, afetando a perenidade e resultados da política; inequidade nos atendimentos e ampliação das desigualdades regionais; e persistência de filas de espera e vazios assistenciais.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

97. Os gestores manifestaram concordância com o achado, não apresentando elementos que modifiquem a análise ou as conclusões da equipe de auditoria.

Propostas de encaminhamento

98. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento, devendo o gestor avaliar a viabilidade de cada medida de forma a assegurar que sua implementação não comprometa o equilíbrio fiscal do Poder Executivo Estadual:

98.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para adequar os valores dos Tipos de SERDIA aos custos reais do programa e prever mecanismo de atualização monetária anual.

98.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para adequar a proporção de cofinanciamento (60/40), aumentando a responsabilidade do Estado.

98.3. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse financeiro, e único, específico para custos de instalação dos serviços (infraestrutura e materiais).

98.4. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse financeiro periódico para custear a manutenção dos serviços.

98.5. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse para financiamento da formação continuada dos profissionais envolvidos na política.

Benefícios esperados

99. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se a expansão da cobertura dos atendimentos e maior adesão municipal; maior sustentabilidade financeira do programa, com alívio para os municípios; e redução das desigualdades regionais e promoção da equidade nos atendimentos.

3.2 INCOMPATIBILIDADE ENTRE A DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE SERDIA E A GARANTIA DA COBERTURA DO PÚBLICO-ALVO PREVISTO

100. **Verificou-se que as características desenhadas para o SERDIA relativas à (1) quantidade de usuários por mês, a (2) quantidade de atendimentos por mês e a (3) quantidade de horas de profissionais são incompatíveis com a demanda crescente por atendimentos em reabilitação de DI e TEA. Tal situação leva a manutenção de filas e afastamento da solução que a política busca solucionar.**

Critérios

101. Como critérios de auditoria e boas práticas de referência, foram considerados a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e os artigos 6, 11 e 12 da Portaria SESA nº 159-R/2022, que dispõem sobre a organização e o cofinanciamento dos SERDIA.

102. Também foram utilizados o Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde, no âmbito da RCPD do SUS; o Protocolo de Funcionamento dos SERDIA do Espírito Santo; o Referencial de Controle de Políticas Públicas (RCPP) do Tribunal de Contas da União (TCU); e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

Situação encontrada, evidências e análise

103. Para avaliar a adequação dos critérios de classificação dos SERDIA (Tipos I, II e III) em relação à cobertura populacional prevista, foram analisados diversos insumos, incluindo a Portaria SESA nº 159-R/2022 e o Instrutivo do Ministério da Saúde de 2020, as respostas aos questionários enviados aos municípios (69 dos 78 capixabas responderam, apresentando dados sobre público-alvo estimado,

atendimentos e filas), literatura epidemiológica sobre a prevalência de deficiência intelectual e TEA, inclusive quanto à coocorrência entre ambos, além de dados do Censo 2022 do IBGE e dos relatórios quadrimestrais de avaliação dos SERDIA, que abrangem períodos recentes de monitoramento.

104. Complementarmente, foram encaminhados questionamentos à SESA por meio de ofício, solicitando o embasamento técnico utilizado na definição das tipologias, resultando no Parecer Técnico nº 264/2025/NEAE/RCPD¹⁰, o qual foi analisado em confronto com as demais evidências coletadas pela equipe de auditoria.

105. Inicialmente, destaca-se que o SERDIA visa expandir o acesso territorializado à reabilitação para pessoas com TEA e/ou DI, um público em ascensão, possivelmente devido à diagnósticos mais precisos e maior conscientização. No entanto, o desenho da política revela falha estrutural ao subdimensionar a capacidade dos serviços, ignorando evidências epidemiológicas e variações regionais, o que compromete a efetividade e a equidade no SUS.

106. Embora a resposta da SESA ao ofício ressalte os esforços de descentralização — medida essencial para o público, por reduzir o sofrimento causado por grandes deslocamentos e fundamentada em normativas federais e estaduais —, ela não resolve o problema do subdimensionamento identificado. Isso porque se apoia em parâmetros de referência incompatíveis com a real demanda e não apresenta cálculos específicos que relacionem a população atendida à capacidade operacional dos serviços.

107. Quanto à **(1) quantidade de usuários por mês**, verificou-se incompatibilidade com a demanda crescente de DI e TEA. A Portaria 159-R/2022 prevê mínimos de usuários mensais (Quadro 1), classificados conforme o tamanho populacional dos municípios. Essa definição carrega consigo o pressuposto de que os serviços atendam o público-alvo territorial, o que será demonstrado que não é suficiente. Apesar de serem apontados como mínimos, na prática, esses tornaram-se tetos de atendimento, como evidenciado pelos dados reais, apresentados adiante.

¹⁰ Peça Complementar 28699/2025-3.

Quadro 1 – Classificação do SERDIA conforme critérios populacionais, produção, equipe mínima, número de atendimentos

TIPO	SERDIA I (inferior a 20mil habitantes)	SERDIA II (20 mil a 100 mil habitantes)	SERDIA III (acima de 100 mil habitantes)
Número mínimo de usuários mês	50	100	200
Produção Mensal	250 procedimentos	500 procedimentos	1.000 procedimentos
Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	15 horas/semanais	30 horas/semanais	60 horas/semanais
Fonoaudiólogo	15 horas/semanais	30 horas/semanais	60 horas/semanais
Psicólogo	15 horas/semanais	30 horas/semanais	60 horas/semanais
Assistente Social	15 horas/semanais	30 horas/semanais	30 horas/semanais
Médico (clínico geral, pediatra, neurologista ou psiquiatra)	4 horas/semanais	8 horas/semanais	20 horas/semanais
Carga Horária Total	64 horas/semanais	128 horas/semanais	230 horas/semanais

Fonte: Portaria 159-R/2022, Anexo I.

108. Para análise global, estimou-se a demanda baseada na prevalência de TEA e DI no Espírito Santo, conforme Censo Demográfico de 2022 do IBGE, que indica uma média estadual de 1,3%¹¹ de residentes com diagnóstico de TEA e 1,4%¹² para pessoas com dificuldades permanentes em funções mentais (como comunicação,

¹¹ Residentes com diagnóstico de TEA. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=9>. Acessado em 06/09/2025.

¹² Considera casos de residentes com dificuldade permanente para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar ou estudar por causa de alguma limitação nas funções mentais. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=9>. Acessado em 06/06/2025.

cuidados pessoais, trabalho ou estudo). Quanto às funções mentais, a abordagem do IBGE é funcional e estatística, alinhada às recomendações do Grupo de Washington sobre Estatísticas de Deficiência da ONU¹³, não equivalendo a diagnóstico clínico (geralmente baseado em DSM-5 ou CID-11). Assim, os números do IBGE servem como ferramenta para dimensionar desafios sociais, tendendo a ser maiores que diagnósticos formais.

109. Considerando a coocorrência (ocorrência simultânea de TEA e DI), estimada em 40% a 55% pela literatura especializada¹⁴, a prevalência combinada de TEA e/ou DI no estado chega a aproximadamente 2,1%¹⁵, após ajuste para evitar duplicidades. O detalhamento dessa estimativa por município, apresentado no **Apêndice 00174/2025-3**, revela variações regionais que não foram consideradas no desenho dos tipos de SERDIA.

110. No questionário aplicado aos municípios (questão C7), 24 dos 69 respondentes forneceram estimativas do público-alvo, obtendo-se uma média de 0,8% de prevalência, valor significativamente abaixo¹⁶ da prevalência de 2,1% indicada pelo Censo 2022, o que evidencia subnotificação ou invisibilidade de parte do público-alvo. Essa limitação compromete a fidedignidade dos dados municipais, inviabiliza um planejamento adequado e tende a perpetuar demandas represadas.

111. A SESA justifica o critério populacional com os dados do Censo 2022, para DI, e do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)¹⁷ de 2022, para TEA, (

112. Quadro 2), naturais à época da concepção da política.

¹³ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2025/05/brasil-tem-144-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia-percentual-e-maior-no-nordeste-e-entre-idosos.shtml>. Acesso em: 10 de set. 2025.

¹⁴ Newschaffer CJ, *et. al.* The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health.* 2007;28:235-58. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007. PMID: 17367287. Pg. 237. Trata de revisões epidemiológicas sobre comorbidades em transtornos do neurodesenvolvimento.

¹⁵ Nota técnica: *Prevalência combinada = prevalência TEA + prevalência DI – (prevalência TEA * média de coocorrência)*

¹⁶ Aplicou-se teste t, para amostras dependentes, onde ficou confirmado a discrepância (média das diferenças = -1,03 p.p.; $p < 0,001$), com intervalo de confiança de 95% variando entre -0,77 p.p. e -1,29 p.p.

¹⁷ CDC é a agência nacional de saúde pública dos Estados Unidos, que realiza vigilância por meio da Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento (ADDM), coletando dados para entender o número e as características de crianças com TEA e outras deficiências nos Estados Unidos.

113. Embora esses dados indiquem prevalência combinada superior à prevalência atualizada, conforme demonstrado no

114. Quadro 2, e ainda que sejam desconsiderados os usuários não SUS-dependente, a quantidade de usuários não excede a demanda, pelo contrário, as evidências apontam para estrutura aquém das necessidades, resultando em subdimensionamento efetivo.

115. A SESA menciona consideração desses fatores, mas não fornece cálculos ou estudos demonstrando integração ao dimensionamento, limitando-se a referências genéricas sem evidências quantitativas.

Quadro 2 – Estimativas utilizadas pela SESA

SESA	Prevalência DI: Censo 2022	Prevalência de TEA: CDC	Prevalência de TEA: Censo	Coocorência TEA e/ou DI
<i>Estimativa em 2022</i>	1,4%	3,2%	-	3,1%
<i>Estimativa em 2025</i>	1,4%	-	1,3%	2,1%

Fonte: da Equipe, com base nas respostas da SESA.

116. Na prática, os dados do questionário confirmam que a quantidade de usuários atendidos, de fato, orbita os mínimos previstos, indicando operação no limite, sem capacidade de expansão. Para SERDIA Tipo I, média de 48,2 usuários (13 respostas); Tipo II, 95,3 (12 respostas, 3 não respondidas); Tipo III, exatamente 200 (1 resposta).

117. A adesão rígida aos “mínimos” definidos pela SESA, que na prática funcionam como teto, provavelmente por limitações nos insumos, reforçam o subdimensionamento do programa em relação à demanda estimada. Por exemplo, em município de Tipo I (20 mil habitantes), com prevalência de 2,1%, o público-alvo seria cerca de 420 pessoas; aplicando que 70% da população é SUS-dependente a nível nacional¹⁸, haveria aproximadamente 294 indivíduos necessitando acesso. Relatórios da SESA apontam que a taxa de saída está em torno de 2,24% por mês (cerca de 27% por ano).

¹⁸ Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2020-09/sete-em-cada-10-brasileiros-dependeram-do-sus-em-2019-diz-ibge>. Acesso em: 10 set. 2025. Demonstra dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE de 2019.

118. Dessa forma, as 50 vagas mensais iniciais, mesmo já considerando as altas, não são suficientes para absorver a demanda acumulada, resultando na formação de filas. A

119. Tabela 4 simula o represamento nos primeiros cinco anos, assumindo taxa de saída constante de 27% ao ano, projetando acúmulos superiores a 200 usuários para Tipo I.

120. A resposta da Sesa enfatiza diversidade geográfica do ES, 85% urbana, 15% rural, e malha viária para descentralização, relevante para equidade, mas não esclarece os critérios para a definição da quantidade mínima de usuários, sendo o resultado a não adequação das projeções de prevalência e variações intra-regionais (ex.: maior vulnerabilidade rural), violando princípios de planejamento hierarquizado do SUS.

Tabela 4 – Cenários simulados de fila por tipo de Serdia

População	Público-alvo Total	Público SUS-dep.	%Saída anual	Previsão usuários mensais	Saída	Fila ano 1	Fila ano 2	Fila ano 3	Fila ano 4	Fila ano 5
19.999	426	298	27%	50	13	248	235	221	208	195
99.999	2131	1492	27%	100	27	1392	1365	1338	1311	1284
199.999	4262	2983	27%	200	54	2783	2730	2676	2622	2568

Fonte: Elaboração própria da equipe de fiscalização.

121. No mesmo sentido da simulação, as respostas aos questionários (C8.1) indicam médias de fila: 49 pessoas (Tipo I), 78 (Tipo II) e 273 (Tipo III). Isso reforça a tese de haver subnotificação de casos, visto que as filas relatadas são inferiores as esperadas através das estimativas do Censo 2022, conforme

122. Tabela 4.

123. No tocante à **(2) quantidade de procedimentos mensais**, verificou-se incompatibilidade com o protocolo de funcionamento do SERDIA e com os parâmetros CER II, apontados como parâmetro pela SESA. A portaria prevê 250 (Tipo I), 500 (Tipo II) e 1.000 (Tipo III) procedimentos, mas isso está desalinhado com o Protocolo de funcionamento do SERDIA (p. 11), que recomenda média de 12 procedimentos por usuário/mês para metas terapêuticas. Considerando os mínimos de usuários, a

previsão da Portaria é inferior à metade do recomendado, havendo limitação nesta comparação já que existem procedimentos que podem abarcar mais de um usuário.

124. De outro ponto de vista, o Parecer Técnico da SESA traça um paralelo com o CER II com vistas a justificar escolhas como custo mensal, usuários/mês, produção mensal e carga horária da equipe mínima (Quadro 3), sendo que neste caso, o SERDIA prevê entre 20% e 27% a menos procedimentos por usuário, conforme pode ser verificado no Quadro 3.

Quadro 3 – Relação de usuários e procedimentos por tipo de equipamento

	CER II	SERDIA Tipo I	SERDIA Tipo II	SERDIA Tipo III
<i>Usuários</i>	350 a 400	50	100	200
<i>Procedimentos</i>	2406	250	500	1000
<i>Procedimentos/ Usuários</i>	6 a 7	5	5	5

Fonte: da própria equipe.

125. Por fim, constatou-se que os municípios têm se empenhado em atender aos critérios de produção estabelecidos pela Portaria 159-R/2022. Nos relatórios quadrimestrais analisados, observou-se que a média de procedimentos registrados está próxima ou mesmo acima dos parâmetros fixados (Tipo I: 7 respostas, média de 255 procedimentos; Tipo II: 5 respostas, média de 581 procedimentos; sem informações sobre o Tipo III). Contudo, ainda que tais metas estejam sendo cumpridas, elas permanecem insuficientes quando comparadas tanto ao Protocolo de Funcionamento do SERDIA — que prevê maior número de procedimentos por usuários para alcançar os objetivos terapêuticos — e quanto aos parâmetros do CER II, resultando em uma lacuna entre a execução formal e a real necessidade assistencial.

126. Em relação à **(3) quantidade de horas de profissionais**, verificou-se que as horas alocadas são incompatíveis com o parâmetro adotado pela SESA. A Portaria nº 159-R/2022, em seu artigo 11, inciso VI, estabelece que um município não pode habilitar um SERDIA se já possuir um CER habilitado na modalidade intelectual. No entanto, o §5º do mesmo artigo prevê uma exceção para municípios que atendam critérios populacionais para mais de um SERDIA. Dessa disposição, infere-se que a SESA considerou uma certa equivalência entre o CER II na modalidade intelectual e o SERDIA tipo III. Considerando que o CER II atende duas modalidades

simultaneamente e, conforme a resposta ao questionamento no item 4 da pergunta 1, a SESA, ao calcular o número de usuários atendidos, equiparou o SERDIA III a aproximadamente metade da capacidade de um CER II.

127. Ao analisar o CER de modalidade II, com base no Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (elaborado pelo Ministério da Saúde), verifica-se, em seu Anexo I, Quadro 21, a existência de três combinações possíveis de modalidades: Auditiva-Intelectual (AI), Física-Intelectual (FI) e Intelectual-Visual (IV). Independentemente da combinação escolhida, o dimensionamento da equipe multiprofissional prevê uma carga horária total de 580 horas semanais, conforme detalhado no Quadro 4.

Quadro 4 – Composição da Equipe Multidisciplinar por Categoria Profissional e Carga Horária Mínima Semanal

Composição da Equipe													
Equipe por Categoria profissional e Carga Horária Mínima Semanal *													
TIPO	MODALIDADE	FISIO	TO	FONO	PSI	PED	ASS SOC	ENF	MÉD	RESP. TÉC	ELETIVO (FI/FO/TO/PSI/ENF/ED.FIS/PED/NUT)	OPCIONAIS (ARTESÃO, MÚSICO, RECREADOR, TEC. DE ENF, TEC DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE, ORTOPTISTA, PROTÉTICO OCULAR, TEC. OFTÁLMICO, MÉDICO CLÍNICO, UROLOGISTA, PROCTOLOGISTA, GASTROENTEROLOGISTA)	C.H. Total
CER II	Auditiva e Física	120	80	160	40	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Auditiva e Intelectual	40	80	160	120	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Auditiva e Visual	40	40	160	80	40	40	20	40	40	80	LIVRE	580
CER II	Física e Intelectual	120	80	80	120	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Física e Visual	120	80	80	80	40	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Intelectual e Visual	40	80	80	120	40	40	20	40	40	80	LIVRE	580
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	120	80	160	160	0	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	80	80	160	160	40	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Auditiva Física e Visual	120	80	160	120	40	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Física, Intelectual e Visual	120	120	120	160	40	80	40	60	40	80	LIVRE	860
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	240	160	240	240	40	120	40	80	40	160	LIVRE	1360

Fonte: Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Ministério da Saúde) da Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS.

128. No que tange à carga horária por especialidade, observa-se defasagens significativas em determinados grupos profissionais: para Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, o SERDIA prevê 60 horas semanais, contra uma média de 73 horas CER II (resultando em uma diferença de 13 horas a menos); para Assistentes Sociais, são 30 horas no SERDIA, ante uma média de 40 horas para CER II (diferença

de 10 horas a menos). Ademais, o SERDIA não contempla a existência de Enfermeiros nem de Responsável Técnico em sua composição mínima, adicionalmente o CER II reserva, em média, 50 horas semanais para outros profissionais eletivos.

129. A análise comparativa revela que o dimensionamento de carga horária dos profissionais no SERDIA tipo III apresenta valores inferiores aos preconizados no Instrutivo, referência adotada pela SESA para equiparar o SERDIA ao CER II na modalidade intelectual.

130. Em síntese, as evidências demonstram incompatibilidade entre as características dos SERDIA (quantidade de usuários por mês, quantidade de procedimentos por mês e horas de profissionais) e a demanda da população identificada por meio da prevalência de DI/TEA, perpetuando filas e distanciando a política de seus objetivos de territorialização e humanização. A resposta da SESA reconhece desafios, mas não valida critérios com estudos quantitativos, reforçando necessidade de revisão para equidade e resolubilidade no SUS, garantindo a cobertura do público-alvo previsto.

Causas

131. As causas do subdimensionamento identificado nos critérios de classificação dos SERDIA podem ser atribuídas a falhas no desenho da política. Entre elas a utilização de referências federais genéricas, sem correspondência com a necessidade real, desencontro entre as práticas sugeridas e a as definições dos quantitativos do programa.

Efeitos

132. Inicialmente, destaca-se a manutenção de filas longas de espera, agravando vulnerabilidades como a perda de janelas de intervenção precoce em TEA – período crítico para o desenvolvimento de autonomia, onde atrasos podem reduzir ganhos em

30-40%, conforme literatura especializada¹⁹ e Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA (MS/2020).

133. Adicionalmente, observa-se sobrecarga nos municípios, por vezes arcando com custos extras para suportar a real demanda, ou deixando de fornecer atendimento adequada, violando o art. 196 da CF/1988 (saúde como direito de todos e dever do Estado). Um efeito particularmente grave é o aumento da judicialização da saúde, com ações contra o SUS crescendo 40%²⁰ em 2024 nacionalmente, parte dessa demanda é relativa ao TEA – onde 92% das ações contra planos de saúde são favoráveis a crianças autistas, conforme dados do CNJ²¹.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

134. Em resposta ao Achado 3.2 (**Protocolo TC 17762/2025**), a SESA informou que os parâmetros de tipologia do SERDIA foram **fundamentados nas normativas e documentos que orientam os CER**, ressaltando que a abrangência dos CER não se pauta apenas pelo número de habitantes, mas também **pelas modalidades ofertadas, pela integração com a RAS/APS e pelas pactuações interfederativas**. Como referências adicionais, a SESA citou a **diversidade geográfica e a malha viária do ES**, o **Plano Diretor de Regionalização (PDR/2020)** e a **demandada estimada de pessoas com DI/TEA**. A área técnica **discorda** da conclusão de incompatibilidade (AA02) entre a definição dos tipos de SERDIA e a cobertura do público-alvo.

135. A análise da equipe reconhece a **pertinência das referências qualitativas** invocadas (CER/RCPD, RAS/APS, PDR/2020, condicionantes territoriais). Todavia, observa-se que a manifestação **não apresenta estudos ou cálculos quantitativos** que **relacionem explicitamente**: (i) a **prevalência estimada** de DI/TEA por território, (ii) a **capacidade operacional** prevista para cada tipo de SERDIA (usuários/mês, procedimentos/mês, horas-profissionais) e (iii) a **trajetória de fila/tempo de espera**

¹⁹ Daniolou, S., Pandis, N., & Znoj, H. (2022). The Efficacy of Early Interventions for Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3390/jcm11175100>.

²⁰ <https://www.cnj.jus.br/forum-da-saude-faz-balanco-de-atividades-e-define-marcos-para-atividades-em-2025/>. Acessado em: 06/09/2025.

²¹ <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2025/03/criancas-autistas-ganham-9-em-cada-10-aco-es-judiciais-contra-planos-de-saude.shtml>. Acessado em: 06/09/2025.

resultante. Sem esse nexos quantitativo, **permanece a lacuna central apontada no achado**: o desenho tipológico opera, na prática, como **teto** (e não “mínimo expansível”), revelando **subdimensionamento** frente à demanda reportada e às simulações apresentadas.

136. Especificamente quanto aos **usuários/mês**, a SESA invoca parâmetros de referência de CER; porém, **não demonstra** a compatibilização com as **metas terapêuticas do próprio Protocolo do SERDIA** (ex.: média recomendada de procedimentos por usuário) nem apresenta **modelagem de cenário** que considere **prevalência, SUS-dependência e taxas de saída**. Os dados coletados pela fiscalização indicam que as produções informadas **se concentram nos mínimos portaria**, sugerindo operação no **limite da capacidade** e **baixa elasticidade** para absorver represamento.

137. Quanto aos **procedimentos/mês**, a manifestação sustenta paralelismo com CER II, mas **não rebate** a evidência de que o **SERDIA prevê menos procedimentos/usuário** do que o parâmetro de referência, **distanciando-se** das metas terapêuticas indicadas no Protocolo de Funcionamento e dos próprios arranjos dos CER II. Esse hiato **explica parte da manutenção de filas** e do risco de **intervenção tardia**.

138. Em relação às **horas de profissionais**, a referência às modalidades dos CER não é acompanhada de **equivalência demonstrada** entre carga horária mínima do SERDIA e a **exigida para atingir metas de reabilitação**. Persistem **defasagens** em categorias-chave (ex.: TO, Fisioterapia, Serviço Social) e a **ausência** de perfis (ex.: Enfermagem) na composição mínima, o que **fragiliza a resolubilidade** frente a metas ambiciosas de cobertura.

139. Em síntese, a manifestação da SESA **qualifica o contexto** (integração RAS/APS, regionalização, diversidade territorial) e reafirma **diretrizes desejáveis**, mas **não aporta evidência quantitativa nova** capaz de **invalidar** as análises de subdimensionamento expostas no achado (usuários/mês, procedimentos/mês e horas-profissionais **inferiores** ao necessário para atender a demanda estimada e reduzir filas).

140. Conclusão da equipe: as considerações apresentadas **não alteram** o mérito do Achado 3.2. Mantêm-se, portanto, as **propostas de encaminhamento**.

Propostas de encaminhamento

141. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

141.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à indicação de pacientes mínimos atendidos por mês, com base em estudos epidemiológicos atualizados, relacionada à prevalência de TEA e DI, de forma a garantir o atendimento da demanda atual e que sejam realizadas revisões periódicas;

141.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à quantidade prevista de procedimentos mensais, compatibilizando estes ao protocolo de funcionamento do SERDIA.

141.3. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022, para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à quantidade de horas-especialistas, compatibilizando estas com os ajustes a serem realizados nos itens 137.1 e 137.2.

Benefícios esperados

142. Espera-se que, com a implantação das recomendações, passe a ser possível o alinhamento da capacidade de atendimento à real demanda por serviços. Com isso, espera-se a redução das filas de espera, garantindo maior acesso em tempo oportuno, especialmente no período crítico de intervenção precoce para o TEA. Além disso, que

a adequação da oferta de atendimentos à carga horária de especialistas contribua para maior efetividade da política pública e melhor qualidade da atenção prestada às famílias beneficiárias.

4 SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SERDIA

143. O presente capítulo aborda o atendimento das necessidades dos usuários por meio dos serviços especializados do SERDIA. Contempla 3 questões de auditoria: a primeira, sobre a existência de equipe mínima e com a qualificação adequada às necessidades identificadas nos PTS, a segunda sobre a estrutura física e a terceira sobre o tempo médio entre para diagnóstico e início de tratamento após a implantação do SERDIA.

144. A questão central que orienta a análise deste capítulo é: **“Os serviços especializados do SERDIA estão acessíveis e atendem às necessidades dos beneficiários?”**.

145. Ao longo do capítulo, são apresentados os critérios, as situações encontradas, as evidências obtidas, as causas e os efeitos das lacunas identificadas, bem como as boas práticas observadas em alguns municípios. Por fim, são propostas recomendações para fortalecer os SERDIA, visando à melhoria da qualidade do atendimento e à otimização dos recursos no sistema de saúde.

146. A expectativa é que as ações sugeridas contribuam para uma gestão mais eficiente e, em consequência, para a efetividade da política pública sob análise.

4.1 AUSÊNCIA DE CRITÉRIO DE MONITORAMENTO DA EQUIPE E DA ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMAS EXIGIDAS PARA O SERDIA NA PORTARIA 159-R/2022

147. **Constatou-se que não constam nos artigos 28 e 30 da Portaria 159-R/2022, de forma objetiva, critérios para aferir a existência de equipe e estrutura física mínimas exigidas para o SERDIA, respectivamente, nos artigos 12 e 13 da Portaria. Apesar de existir previsão desses requisitos no projeto institucional contido no fluxo para implantação do SERDIA no artigo 16, eles não são monitorados no decorrer da execução dos serviços. Em detrimento, a ausência de critérios implica na ausência de definição de prazos para monitoramento desses requisitos por meio de inspeções *in loco*, como se depreende dos art. 31, § 7º e art. 32 da Portaria 159-R/2022.**

Crêterios

148. Como cr terios de auditoria foram considerados os artigos 12, 13, 27, 28, 30, 31 (§ 7º), 32 e o Anexo III da Portaria SESA nº 159-R/2022, que estabelecem diretrizes sobre a composição, estrutura física, acompanhamento, monitoramento e avaliação dos SERDIA.

Situação encontrada, evidências e análise

149. Constatou-se fragilidade normativa na Portaria nº 159-R/2022 no que tange à definição de cr terios objetivos para a aferição da equipe e da estrutura física mínimas necessárias ao funcionamento dos SERDIA.

150. O artigo 12 da Portaria exige equipe mínima, composta por médico clínico geral ou pediatra ou neurologista ou psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e/ou fisioterapeuta e assistente social, todos devidamente registrados nos seus respectivos conselhos profissionais. Quantitativos mínimos e carga horária semanal para esses profissionais, que variam conforme o tipo de SERDIA (I, II ou III), estão detalhados no Anexo I da portaria.

151. Já o artigo 13 da Portaria 159-R/2022 dispõe sobre estrutura física mínima composta por consultório interdisciplinar, sala para atendimento terapêutico individualizado, sala para atendimento em grupo, sanitários adaptados masculinos e femininos, área interna de convivência, sala de espera ou recepção, sala administrativa, sala destinada a arquivo e registro dos usuários, depósito de material de limpeza, sala de reunião e sala de almojarifado.

152. Além desses ambientes obrigatórios, recomenda-se que o servio disponha, ainda, de sala de estimulação precoce e de sala para atividades da vida diária. A norma determina, por fim, que todas as instalações físicas estejam adequadas às exigências de acessibilidade previstas na NBR 9050/2020, de forma a assegurar condições apropriadas para o atendimento de pessoas com deficiência. Por fim, o Anexo II que especifica o quantitativo mínimo de ambientes exigidos para os diferentes tipos de SERDIA (I, II ou III).

153. Ao se examinar os artigos 28 e 30 do mesmo diploma normativo, que disciplinam o processo de habilitação e acompanhamento, observa-se a inexistência de parâmetros claros e verificáveis para monitorar o cumprimento dessas condições.

154. Embora o artigo 16 (incisos III e IV) contenha previsão acerca da necessidade de tais requisitos constarem do Plano de Trabalho Institucional (PTI), cuja aprovação é requisito para efetivação da adesão, não há dispositivos que assegurem a verificação continuada durante a execução dos serviços.

155. Tal lacuna se agrava diante do disposto no § 7º do artigo 31, bem como no artigo 32 da Portaria nº 159-R/2022, que tratam das inspeções *in loco* e dos procedimentos de monitoramento. A ausência de critérios específicos inviabiliza a definição de prazos, métodos e indicadores capazes de orientar a atuação fiscalizatória e de garantir a efetividade da política pública.

156. Em síntese, a insuficiência normativa compromete a rastreabilidade da implementação dos requisitos estruturais e de recursos humanos, fragilizando o acompanhamento e a avaliação do SERDIA, em descompasso com os princípios da eficiência e da efetividade previstos no caput do artigo 37 da Constituição Federal.

Causa

157. As causas identificadas incluem a maior ênfase da SESA no desenho normativo do serviço, em detrimento das etapas de execução e acompanhamento; a carência de instrumentos técnicos padronizados, como *checklists*, protocolos ou indicadores que traduzam os requisitos em parâmetros verificáveis; a limitação da capacidade administrativa da gestão estadual; e a intencionalidade de manter certa flexibilização para os municípios, a fim de evitar o “engessamento” dos executores.

Efeitos

158. A ausência de parâmetros de monitoramento pode resultar na habilitação e funcionamento de serviços sem as condições mínimas de equipe e infraestrutura, comprometendo a qualidade e a equidade da política pública. Destacam-se os principais efeitos:

- 158.1. Desigualdade na oferta dos serviços, pela falta de padronização, uniformidade e de comparabilidade;
- 158.2. Risco de implantação de serviços sem condições mínimas;
- 158.3. Dificuldade de aferir a qualidade do atendimento;
- 158.4. Fragilidade no monitoramento e fiscalização, pela ausência de previsão normativa;
- 158.5. Fragilidade do controle social e institucional;
- 158.6. Risco à continuidade e à segurança do atendimento.

Comentários do gestor e análise da equipe

159. No documento Parecer Técnico nº 403/2025/NEAE/RCPD, a **SESA** discordou das constatações do Tribunal, argumentando que:

159.1. O monitoramento da estrutura física e da equipe mínima é realizado de forma quadrimestral, com base em um conjunto de documentos comprobatórios, como relatórios de produção, cadastros de profissionais (CNES), registros de reuniões, certidões e comprovação de repasses financeiros.

159.2. A estrutura mínima exigida pela portaria é verificada em visita técnica prévia, conduzida pela equipe responsável, que avalia a viabilidade de implantação do serviço nos espaços indicados, considerando os parâmetros técnicos e assistenciais definidos pela norma.

160. Conforme já descrito na 'situação encontrada' e ratificado pela própria SESA nesta manifestação, a verificação da estrutura mínima é feita quando da implantação do SERDIA, de forma prévia; não há, portanto, critérios para monitoramento posterior e a consequente garantia da manutenção da estrutura mínima exigida. Evidências desse fato estão detalhadas no Achado 4.3. Diante do exposto, **mantêm-se as propostas de encaminhamento.**

Propostas de encaminhamento

161. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

161.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a estabelecer critérios objetivos de monitoramento para a aferição do cumprimento da equipe mínima multiprofissional (art. 12) e da infraestrutura física mínima (art. 13) exigidas para os SERDIA, de modo a permitir a verificação periódica e uniforme entre as unidades.

161.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir instrumentos técnicos padronizados, como protocolos, *checklists* e indicadores de conformidade, a serem utilizados nas inspeções *in loco* e no acompanhamento administrativo, de forma a subsidiar relatórios de avaliação previstos nos arts. 31, §7º, e 32 da própria Portaria.

161.3. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a fixar prazos e periodicidade mínima para inspeções presenciais pela SESA, vinculando-os aos processos de habilitação, reabilitação ou manutenção da certificação dos serviços SERDIA, de forma a assegurar a continuidade do atendimento em conformidade com os requisitos normativos.

Benefícios esperados

162. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se o suprimento da lacuna normativa existente, visando o respaldo legal para monitoramento e fiscalizações, e a garantia de infraestruturas mínima para atendimento do público-alvo do SERDIA.

4.2 AUSÊNCIA DE CRITÉRIOS OBJETIVOS QUE CARACTERIZEM INFRAESTRUTURA HUMANIZADA NOS SERDIAS

163. **Constatou-se que o art. 13 da Portaria 159-R/2022 não estabelece critérios objetivos capazes de garantir a prestação de atendimento humanizado nos serviços especializados do SERDIA, o que fragiliza a verificação do cumprimento dos objetivos e diretrizes previstos na referida Portaria.**

Crítérios

164. Como critérios de auditoria e boas práticas de referência, foram considerados os arts. 4º, incisos II, III e VI; 5º, incisos I, II e III; 13; e 30, incisos I e V, da Portaria SESA nº 159-R/2022, que dispõem sobre a organização e o funcionamento dos SERDIA; o **Caderno HumanizaSUS – Ambiência** (2ª edição, 2010), que orienta a adequação dos espaços de saúde segundo princípios de acolhimento e humanização; a **Lei nº 15.069/2024**, que institui a Política Nacional de Cuidados (PNC); e os arts. 2º, 3º e 4º da **Portaria GM/MS nº 793/2012**, que organiza a RCPD no âmbito do SUS.

Situação encontrada, evidências e análise

165. A Portaria nº 159-R/2022, que disciplina a organização e funcionamento dos SERDIAS no Estado do Espírito Santo, estabelece no art. 13 os requisitos de infraestrutura mínima necessários à adequada prestação do serviço.

166. Constatou-se que, ao disciplinar a estrutura física mínima para o funcionamento dos SERDIAS, o art. 13 não contempla critérios objetivos voltados à garantia de atendimento humanizado dos serviços especializados.

167. Embora o normativo estabeleça a necessidade de ambientes como consultórios, salas de atendimento individual e em grupo, sanitários adaptados e áreas de convivência, não há previsão de parâmetros que assegurem aspectos relacionados à ambiência, ao acolhimento e à acessibilidade ampliada, os quais são indispensáveis para a promoção da humanização do cuidado, nos termos dos objetivos e diretrizes da própria Portaria.

168. O art. 4º e seus incisos II, III e VI da Portaria 159-R/2022 estabelecem como objetivos a garantia do acesso equânime, integral e humanizado às pessoas com

transtorno do espectro autista (TEA) e deficiência intelectual. Já o art. 5º e incisos I, II e III, preveem como diretrizes a estruturação do SERDIA de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência; o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência; e garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

169. O Caderno HumanizaSUS – Ambiência (2ª edição, 2010)²² é o documento técnico do Ministério da Saúde que fundamenta o conceito de ambiência no contexto da saúde, segundo o qual "Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana." Tal conceito segue prioritariamente três eixos:

O **espaço que visa à confortabilidade** focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... – , e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.

O **espaço que possibilita a produção de subjetividades** – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.

O **espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho**, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

170. Em relação ao acolhimento de acompanhantes e cuidadores, o Caderno é taxativo em afirmar que não basta garantir o direito ao acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades.

171. Nessa linha, a Política Nacional de Cuidados (PNC), instituída pela Lei nº 15.069/2024, estabelece o cuidado como direito fundamental e responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família. Embora a PNC não trate diretamente de ambiência, ela enfatiza princípios como o respeito à dignidade e aos direitos humanos de quem recebe cuidado e de quem cuida, a interdependência entre as pessoas e entre quem cuida e quem é cuidado, a integralidade, a

²² Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em 22 set. 2025.

corresponsabilização social e a promoção da autonomia, que são fundamentais para a implementação de ambientes de cuidado adequados e humanizados.

172. Portanto, mesmo sem uma menção direta à ambiência, os princípios e diretrizes da PNC fornecem uma base para a criação de ambientes de cuidado que atendam às necessidades das pessoas, incluindo aquelas atendidas pelos SERDIA.

173. Por fim, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria GM/MS nº 793/2012) também ressalta a importância da ambiência, do respeito aos direitos humanos, da atenção humanizada e da garantia de acessibilidade universal como elementos indissociáveis da qualidade do atendimento.

174. No questionário aplicado aos Municípios, 11,11% dos SERDIAS já em operação informaram não possuir áreas internas de convivência. São eles: Baixo Guandu, Mururici e Pedro Canário. Outros 7,41% não possuem salas de espera/recepção; são eles: Baixo Guandu e Domingos Martins.

175. Como boa prática para atendimento aos critérios de ambiência, destaca-se os SERDIAS de Domingos Martins, Linhares, Venda Nova do Imigrante e Santa Maria de Jetibá, que oferecem ambientes mais acolhedores (**Apêndice 00175/2025-8** – registros fotográficos das visitas aos municípios).

176. Como “boa prática”, o Projeto “Mães Acolhidas” da Pestalozzi de Linhares tem o objetivo de oferecer um espaço seguro, humanizado e acolhedor para as mães e responsáveis, o que vai ao encontro do que aqui se defende (**Apêndice 00175/2025-8** – registros fotográficos das visitas aos municípios).

177. Por outro lado, como evidência da necessidade de estabelecer critérios objetivos para garantir atendimento humanizado, a inspeção *in loco* ao SERDIA localizado no Município de Piúma concluiu pela precariedade da infraestrutura do Serviço, com área total pequena e pouco acolhedora para o público-alvo do Programa e para os cuidadores (**Apêndice 00175/2025-8** – registros fotográficos das visitas aos municípios). O SERDIA de Piúma está localizado em uma casa pequena, incapaz de cumprir os requisitos do art. 13 da Portaria 159-R/2022. Como exemplo para criação de ambiente acolhedores, a área externa livre, que poderia constituir-se em lugar de

espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de 'estar' de usuários ou de seus acompanhantes, não cumpre esse papel.

178. Assim, exigência de ambientes adequados, acessíveis e compatíveis com a finalidade do atendimento especializado configura condição necessária para a habilitação e funcionamento regular da unidade. **A qualidade da infraestrutura mínima não se restringe à existência de espaços físicos**, mas deve ser interpretada com base no princípio da dignidade da pessoa humana, compreendendo a humanização do cuidado e a centralidade nas necessidades da pessoa, sem as quais resta comprometida a regularidade do serviço e a observância das diretrizes legais.

179. A ausência de critérios objetivos sobre humanização no artigo 13 da Portaria 159-R/2022 gera risco de implantação de serviços cuja estrutura física atenda apenas às exigências formais de salas e espaços mínimos, sem observar padrões que favoreçam acolhimento, conforto, privacidade e acessibilidade plena dos usuários e familiares. Isso fragiliza a aderência da execução da política pública às diretrizes fixadas nos arts. 4º e 5º da Portaria 159-R/2022 e às políticas nacionais correlatas e dificulta o monitoramento e a avaliação previstos no art. 30 do normativo.

Causa

180. As causas identificadas incluem a ausência de definição de padrões que garantam acolhimento, conforto, privacidade e acessibilidade plena aos usuários e seus familiares; a falta de incorporação do **Caderno HumanizaSUS** como referência normativa; e a intencionalidade de manter certa flexibilização para os municípios, deixando margem para adaptações locais conforme suas realidades.

Efeito

181. Os efeitos observados incluem o atendimento meramente formal dos requisitos de infraestrutura mínima previstos no art. 13 da Portaria nº 159-R/2022; a desigualdade na oferta dos serviços, decorrente da falta de padronização, uniformidade e comparabilidade; o risco de implantação de serviços sem condições adequadas de funcionamento; a fragilidade do monitoramento e da fiscalização, em

razão da ausência de critérios objetivos; o comprometimento da qualidade do atendimento; e, por consequência, o risco à efetividade da política pública.

Comentários do gestor e análise da equipe

182. No documento Parecer Técnico nº 403/2025/NEAE/RCPD, a **SESA** discordou das constatações do Tribunal, argumentando que todo espaço destinado ao funcionamento de um SERDIA deve obrigatoriamente passar por vistoria da Vigilância Sanitária, assegurando o cumprimento das normas de segurança, acessibilidade e humanização, em consonância com a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).

183. As evidências apresentadas demonstram que há SERDIAS em funcionamento que não possuem área de convivência ou espaço para acolhimento das famílias, entre outros itens que caracterizam 'ambiência' adequada. Portanto, a justificativa do gestor se apresenta insuficiente diante dos fatos, motivo pelo qual **mantêm-se as propostas de encaminhamento**.

Propostas de encaminhamento

184. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

184.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a incluir critérios objetivos de ambiência humanizada na estrutura física (art. 13) e como critério de monitoramento (art. 28), contemplando conforto ambiental, privacidade e individualidade nos atendimentos, espaços que favoreçam a interação, participação e vínculo entre usuários, familiares e profissionais, e acessibilidade ampla (física, comunicacional e tecnológica);

184.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir instrumentos técnicos padronizados, como protocolos, *checklists* e indicadores de conformidade, que tratem sobre “ambiência”, a serem utilizados nas inspeções in loco e no acompanhamento administrativo, de forma a subsidiar relatórios de avaliação previstos nos arts. 31, §7º, e 32 da própria Portaria;

184.3. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a fixar prazos e periodicidade mínima para inspeções presenciais, vinculando-os aos processos de habilitação, reabilitação ou manutenção da certificação dos serviços SERDIA, de forma a assegurar a continuidade do atendimento em conformidade com os requisitos normativos;

184.4. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a prever o acolhimento e o cuidado humanizado dos acompanhantes e cuidadores, em consonância com a Política Nacional de Cuidados, que reconhece o cuidado como direito fundamental e estabelece como princípios a integralidade, corresponsabilização social, promoção da autonomia e dignidade da pessoa.

Benefícios esperados

185. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se o suprimento da lacuna normativa existente, com a conseqüente padronização e uniformização das infraestruturas dos SERDIA já instalados, de modo a assegurar ambientes adequados ao acolhimento e ao cuidado humanizado do público-alvo, bem como de seus acompanhantes e cuidadores.

4.3 AUSÊNCIA DE ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMA PARA OFERTA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SERDIA

186. **Constatou-se a ausência de estrutura física mínima para oferta dos serviços especializados do SERDIA, em desconformidade com o artigo 13 da Portaria 159-R/2022.**

Critérios

187. Como critério, adotou-se o art. 13 da Portaria SESA nº 159-R/2022, que estabelece os parâmetros mínimos de infraestrutura física a serem observados pelos SERDIA. Esse dispositivo define os ambientes essenciais destinados ao atendimento terapêutico, administrativo e de apoio, servindo de base para a análise da adequação estrutural das unidades visitadas.

Situação encontrada, evidências e análise

188. O artigo 13 da Portaria 159-R/2022 dispõe que o SERDIA deverá contar com uma estrutura física mínima composta por consultório interdisciplinar, sala para atendimento terapêutico individualizado, sala para atendimento em grupo, sanitários adaptados masculinos e femininos, área interna de convivência, sala de espera ou recepção, sala administrativa, sala destinada a arquivo e registro dos usuários, depósito de material de limpeza, sala de reunião e sala de almoxarifado. Além desses ambientes obrigatórios, recomenda-se que o serviço disponha, ainda, de sala de estimulação precoce e de sala para atividades da vida diária. O Anexo II especifica o quantitativo mínimo de ambientes exigidos para os diferentes tipos de SERDIA (I, II ou III).

189. Foi identificado, por meio da aplicação de questionários eletrônicos, que **14,81%** dos municípios que têm o SERDIA já em operação consideram que os atendimentos em seu respectivo município não são realizados numa infraestrutura que potencializa os resultados dos atendimentos (Gráfico 2).

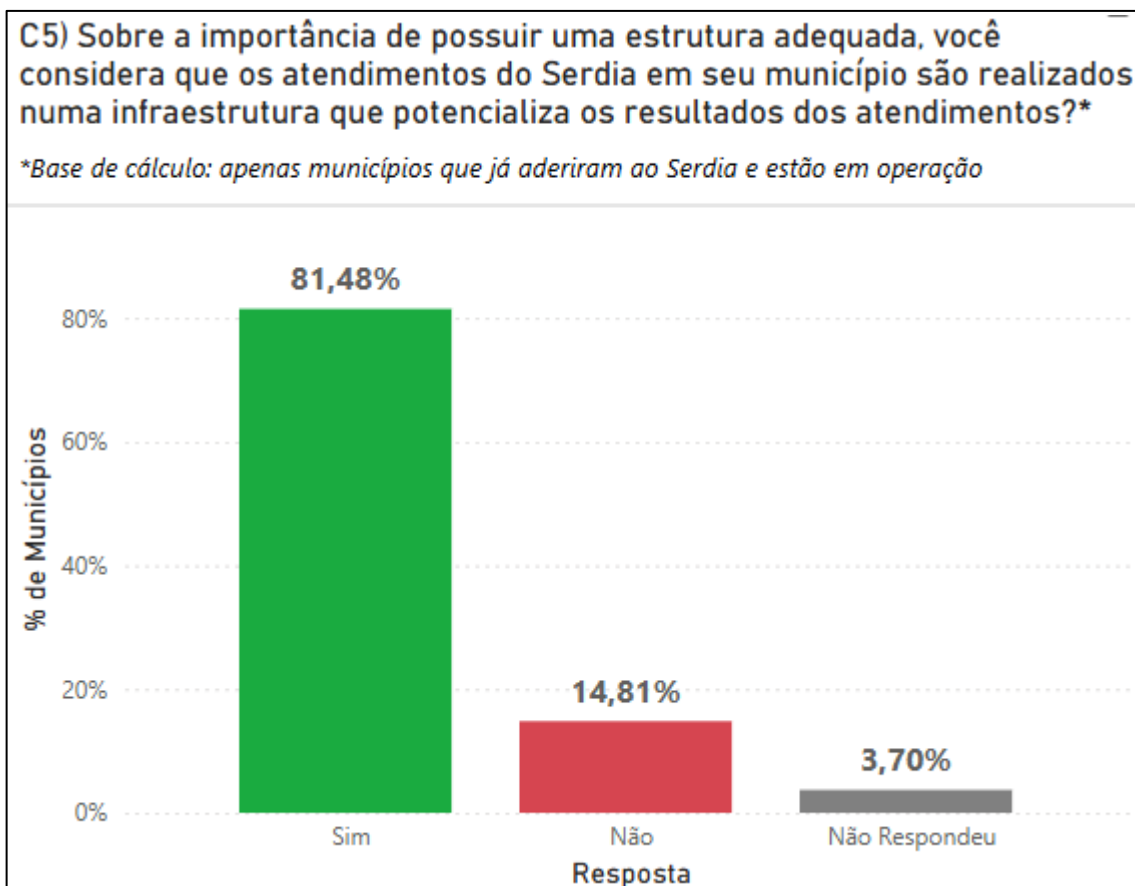


Gráfico 2 - Percepção dos municípios com SERDIA em operação quanto à adequação da infraestrutura física para favorecer os resultados dos atendimentos.

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria – TCEES, 2025. Elaboração própria.

190. Já em relação à quantidade de **salas para atendimento individualizado**, **40,74%** dos municípios com SERDIA em operação informaram quantitativos que não atendem a esse critério (Gráfico 3).

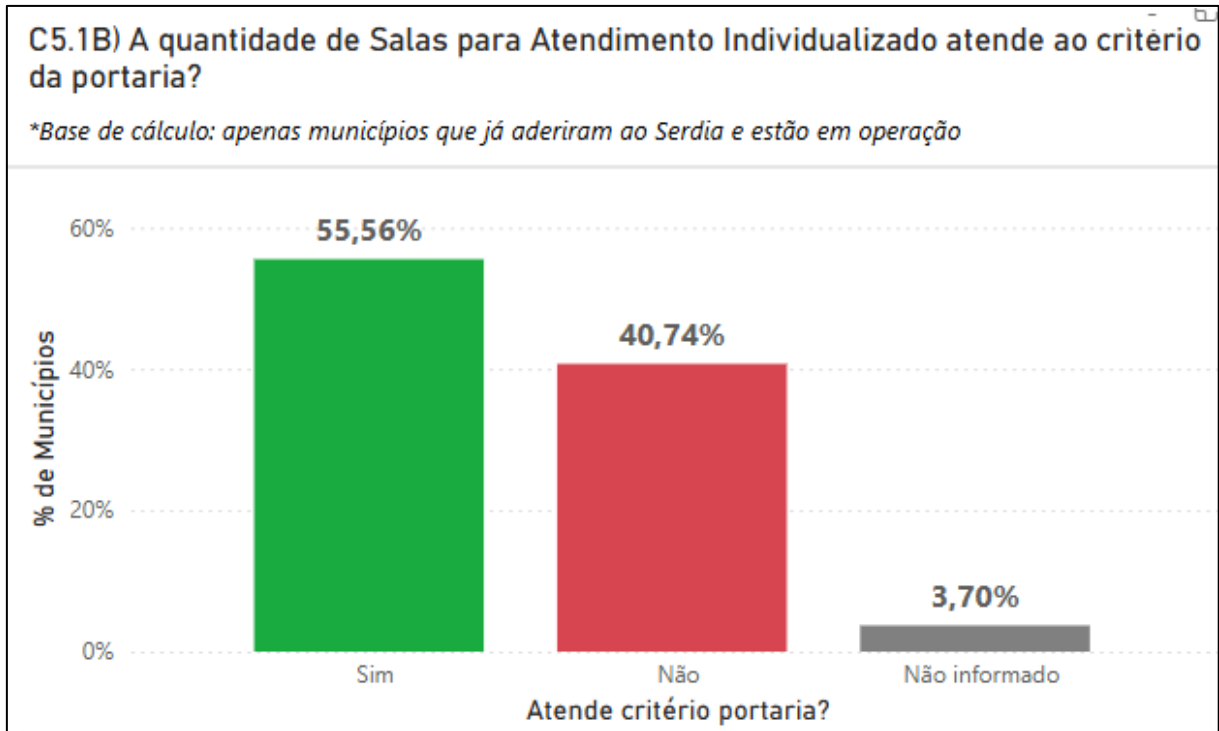


Gráfico 3 - Proporção de SERDIA em operação que informaram quantitativos de salas que não atendem ao critério da Portaria SESA nº 159-R/2022.

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria e visitas in loco – TCEES, 2025. Elaboração própria.

191. A **Tabela 5** apresenta os critérios de infraestrutura avaliados, o percentual de SERDIA em operação que informaram quantitativos em desconformidade com os parâmetros estabelecidos pela Portaria SESA nº 159-R/2022 e a relação nominal dos respectivos municípios. Verificou-se que, no caso dos **consultórios interdisciplinares**, **18,52%** dos municípios com SERDIA em operação declararam **quantitativos de ambientes que não atendem integralmente ao critério** definido pela referida Portaria.

Tabela 5 - Municípios que informaram quantitativos que não atendem ao critério objetivo relativo à infraestrutura

Critério de infraestrutura avaliado	Percentual de SERDIA em operação que informaram quantitativos em desconformidade (%)	Municípios
Consultórios interdisciplinares	18,52%	Águia Branca, Baixo Guandu, Muniz Freire, Pedro Canário, Linhares
Salas de atendimento individualizado	40,74%	Atílio Vivacqua, Brejetuba, Jerônimo Monteiro, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Rio

		Bananal, Santa Maria de Jetibá, Venda Nova do Imigrante
Salas para atendimento em grupo	11,11%	Águia Branca, Mucurici, Pedro Canário
Sanitários Independentes adaptados	22,22%	Dores do Rio Preto, Iúna, Jerônimo Monteiro, Mucurici, Muqui, Pedro Canário
Áreas internas de convivência	11,11%	Baixo Guandu, Mucurici, Pedro Canário
Salas de espera/recepção	7,41%	Baixo Guandu, Domingos Martins

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria e visitas in loco – TCEES, 2025. Elaboração própria.

192. Vale ressaltar que o §2º do artigo 15 da Portaria SESA nº 159-R/2022, que trata sobre o Plano de Trabalho Institucional (PTI) para adesão ao SERDIA, permite que a operacionalização do SERDIA ocorra, em determinados municípios, por meio da contratação de entidades como APAE ou Pestalozzi, desde que observados os requisitos de gestão local, a regularidade jurídica da instituição e a compatibilidade de sua estrutura física e de equipe multiprofissional com os critérios estabelecidos na Portaria. Esta é uma opção que pode ser vantajosa no enfrentamento da desigualdade territorial e na rapidez da oferta do serviço; no entanto, merece atenção por parte da gestão municipal pelo risco da dependência excessiva dessas instituições.

193. Em relação à recomendação da Portaria para que o serviço disponha, ainda, de **sala de estimulação precoce** e de **sala para atividades da vida diária**, dos municípios com SERDIAS já em operação, **44%** informaram possuir esses requisitos, **29%** informaram possuí-los parcialmente e **22%** informaram não os possuir (Gráfico 4).

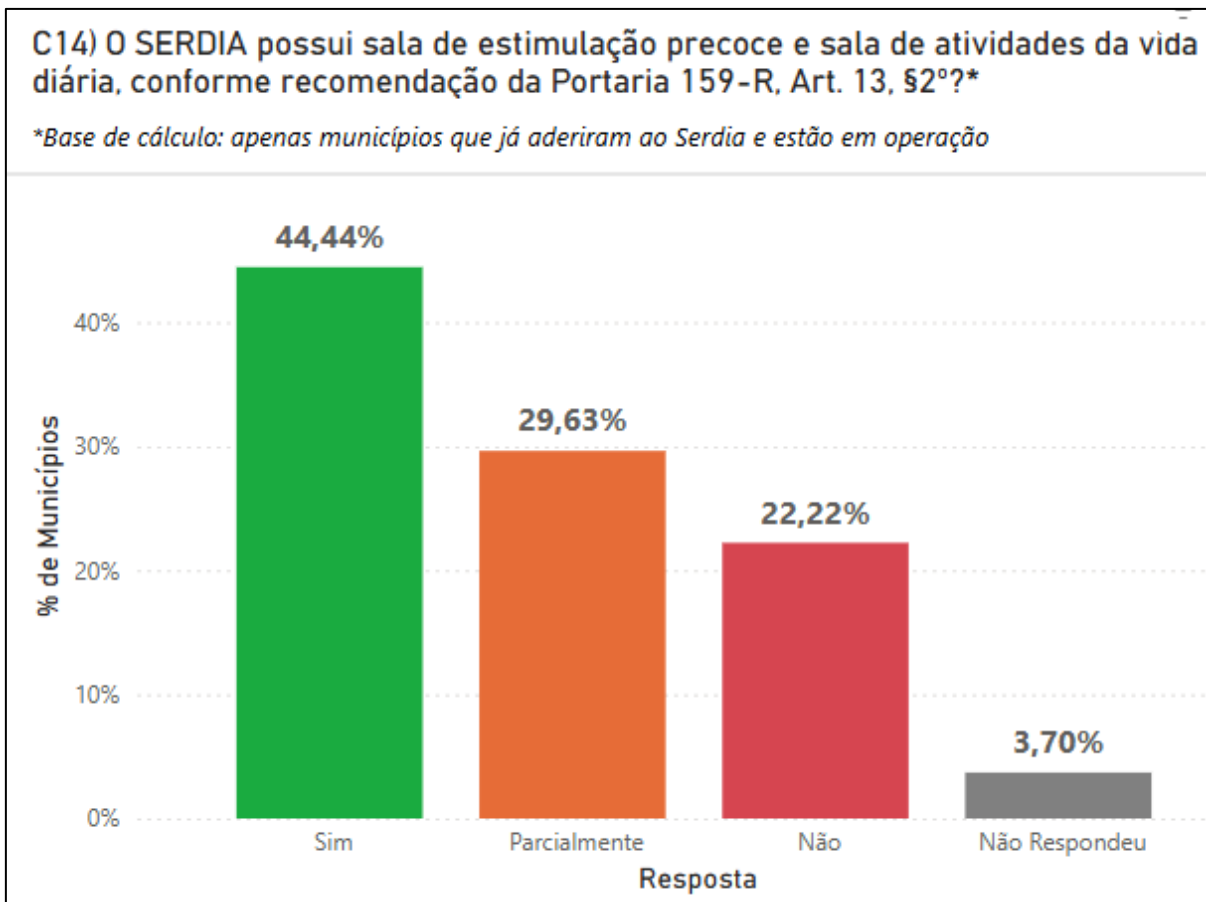


Gráfico 4 - Percentual de SERDIA em operação com salas de estimulação precoce e salas de atividades da vida diária

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria e visitas in loco – TCEES, 2025. Elaboração própria.

Causa

194. As causas identificadas incluem o planejamento insuficiente por parte dos municípios; limitações orçamentárias e financeiras; inexistência de inspeções regulares *in loco*, evidenciando fragilidades no monitoramento e na fiscalização; desarticulação intersetorial entre as áreas de saúde, assistência social e educação, o que dificulta a definição de espaços compartilhados e adequados ao atendimento; e a ausência de critérios complementares de ambiência.

Efeitos

195. Os efeitos observados incluem o comprometimento da qualidade do atendimento ao público-alvo do SERDIA; a desigualdade na oferta dos serviços, decorrente da falta de padronização, uniformidade e comparabilidade; prejuízos ao acolhimento e à humanização dos acompanhantes e cuidadores; a desigualdade

territorial na oferta dos serviços; e o conseqüente risco à efetividade da política pública.

Comentários dos gestores e análise da equipe

196. O Município de **Águia Branca (Protocolo 17693/2025-3)** reconheceu não dispor de estrutura física própria e adequada para a realização dos atendimentos, motivo pelo qual firmou convênio com a instituição Pestalozzi, responsável pela execução dos serviços. Destacou que durante o processo de credenciamento junto ao Programa SERDIA, houve participação ativa de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), os quais avaliaram a estrutura física da instituição conveniada e atestaram sua viabilidade para sediar o serviço no território municipal. O Município argumentou que não dispõe de recursos financeiros suficientes para realizar as adequações recomendadas sem o apoio financeiro do Estado, ressaltando que se trata de instituição privada, o que limita a aplicação de recursos municipais em sua infraestrutura. Sendo assim, considerando a participação dos técnicos da SESA no processo de credenciamento, o Município discorda do disposto no Achado.

197. O Município de **Apiacá (Papel de Trabalho 06309/2025)** informou que, sendo de pequeno porte, há dificuldades para locação de espaço físico e não possui orçamento para construção. Desta forma, a previsão de construção foi incluída no Plano municipal de Saúde.

198. O Município de **Muniz Freire (Protocolo 17754/2025-6)** informou que atualmente o serviço já conta com consultório interdisciplinar, adequado às exigências do artigo 13 da Portaria 159-R/2022 e que a adequação do quantitativo de salas de atendimento individualizado para o quantitativo de 4 (quatro) unidades será providenciado para o início do exercício de 2026. No entanto, não apresentou evidências ou documentação comprobatória.

199. O Município de **Pedro Canário (Papel de Trabalho 06321/2025)** manifestou-se sobre a inexecutabilidade do prazo de 180 (cento e oitenta) dias fixado pelo Tribunal de Contas para as adequações, diante da atual realidade orçamentária municipal, apresentando como argumento o percentual de repasses de investimentos da SESA ao município. Diante desse contexto, o Município solicitou a prorrogação do prazo de

atendimento, até que haja disponibilidade orçamentária e financeira suficiente para a locação de espaço mais adequado ou para a execução das adaptações físicas necessárias, desde que autorizadas pelo proprietário do imóvel, sem comprometer o equilíbrio fiscal municipal.

200. Diante das manifestações apresentadas pelos gestores, observa-se a existência de intencionalidade na regularização da estrutura física mínima exigida para o funcionamento dos SERDIA. Entretanto, a insuficiência de recursos próprios e estaduais (oriundos do cofinanciamento), a dependência de instituições conveniadas, como Pestalozzi e APAE, e o exíguo prazo estabelecido para a correção das irregularidades configuram entraves que dificultam o pleno atendimento às exigências do art. 13 da Portaria nº 159-R/2022.

201. Assim, considerando os argumentos apresentados e em consonância com os prazos das recomendações constantes do Achado 3.1, que trata do cofinanciamento, **mantêm-se as propostas de encaminhamento, acolhendo-se a prorrogação do prazo** inicialmente fixado para adequação da infraestrutura física de 180 para 360 dias.

Propostas de encaminhamento

202. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

202.1. **RECOMENDAR às Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Águia Branca, Atílio Vivacqua, Baixo Guandu, Brejetuba, Domingos Martins, Dores do Rio Preto, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Montanha, Mucurici, Muqui, Muniz Freire, Pedro Canário, Piúma, Rio Bananal, Santa Maria de Jetibá e Venda Nova do Imigrante** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, adequem suas respectivas infraestruturas físicas, de forma a atender integralmente o art. 13 da Portaria 159-R/2022.

202.2. **RECOMENDAR à SESA**, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, que realize inspeções *in loco* nos SERDIA dos Municípios de Águia Branco, Baixo Guandu, Muniz Freire, Pedro Canário e Linhares, a fim de verificar o atendimento integral do art. 13 da Portaria 159-R/2022, inclusive quanto à conformidade com a NBR 9050/2020 sobre normas de acessibilidade para as pessoas com deficiência.

Benefícios esperados

203. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se a padronização e a uniformização das infraestruturas atualmente instaladas dos SERDIA, buscando a redução da desigualdade territorial e qualidade do atendimento ao público-alvo do SERDIA.

4.4 DESCUMPRIMENTO DA EXIGÊNCIA DE EQUIPE MÍNIMA MULTIPROFISSIONAL ESTABELECIDADA PARA OFERTA DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DO SERDIA

204. **Constatou-se que alguns municípios não estão cumprindo a exigência de equipe mínima, conforme determina o artigo 12 da Portaria 159-R/2022.**

Critérios

205. Como critérios de auditoria, foram adotados o art. 10, inciso VIII; o art. 11, inciso IV; o art. 12; e o art. 16, inciso V, da Portaria SESA nº 159-R/2022, que estabelecem a obrigação dos SERDIA de manter equipe mínima multiprofissional, garantir sua qualificação contínua e assegurar condições adequadas para o funcionamento do serviço, em consonância com as diretrizes da política estadual de cofinanciamento. Esses dispositivos serviram de referência para a verificação da conformidade da estrutura de pessoal observada nas unidades avaliadas.

Situação encontrada, evidências e análise

206. De acordo com o artigo 10, inciso VIII da Portaria 159-R/2022 é competência do SERDIA manter a equipe mínima exigida conforme descrito nesta portaria. Desta forma, depreende-se que a responsabilidade pela contratação, manutenção e

capacitação dos profissionais é da Política Estadual de cofinanciamento dos serviços especializados em reabilitação para pessoa com deficiência intelectual e transtornos do espectro autista – SERDIA.

207. O artigo 11 define como critério de exigibilidade para cofinanciamento estadual dos SERDIA, ter a equipe mínima conforme disposto na portaria. E o artigo 21 estabelece que esse repasse financeiro **será suspenso caso haja descumprimento** da carga horária mínima prevista para os profissionais da equipe mínima, ou na ausência, em período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer desses profissionais.

208. O artigo 12 da Portaria 159-R/2022 exige equipe mínima, composta por médico clínico geral ou pediatra ou neurologista ou psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e/ou fisioterapeuta e assistente social, todos devidamente registrados nos seus respectivos conselhos profissionais. Quantitativos mínimos e carga horária semanal para esses profissionais, que variam conforme o tipo de SERDIA (I, II ou III), estão detalhados no Anexo I da portaria.

209. Foram identificadas ausências de profissionais e insuficiências de carga horária em algumas especialidades essenciais, comprometendo a integralidade do atendimento previsto no Plano Terapêutico Singular (PTS).

210. Conforme apresentado na **Tabela 6**, elaborada a partir das respostas aos questionários eletrônicos e das visitas técnicas realizadas aos municípios com serviços em operação, constatou-se que os municípios de **Atílio Vivacqua, Muniz Freire, Muqui e Pedro Canário** não possuem a equipe mínima necessária para a prestação dos serviços ofertados pelo SERDIA. Já os municípios de **Atílio Vivacqua, Domingos Martins, Iúna e Piúma** possuem profissionais da equipe mínima, mas com carga horária menor que a estabelecida no Anexo I da Portaria 159-R/2022.

Tabela 6 - Municípios que informaram não atender ao critério objetivo relativo à carga horária da equipe mínima e informações coletadas em fiscalização.

Município	Tipo de SERDIA	Ausência do Profissional	Carga horária insuficiente
Atílio Vivacqua	Tipo 1	Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo – 10h/s
Domingos Martins	Tipo 2	-	Fisioterapeuta – 16h/s; Fonoaudiólogo – 20h/s e médico – 6h/s.

Ílúna	Tipo 2	-	Fonoaudiólogo – 20h/s
Muniz Freire	Tipo 1	Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	-
Muqui	Tipo 1	Fonoaudiólogo	-
Pedro Canário	Tipo 1	Fonoaudiólogo	-
Piúma	Tipo 2	-	Fonoaudiólogo – 20h/s

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria e visitas in loco – TCEES, 2025. Elaboração própria.

211. Registra-se que embora o artigo 16, inciso V, contenha previsão acerca da necessidade de se evidenciar no projeto institucional de habilitação do SERDIA, a composição e carga horária da equipe mínima, não há dispositivos que assegurem a **verificação continuada** durante a execução dos serviços.

212. Diversos gestores dos SERDIA relataram às equipes de auditoria, durante as visitas *in loco*, dificuldades para contratação dos profissionais exigidos e para o cumprimento da carga horária fixada pela Portaria SESA nº 159-R/2022. Em alguns municípios, verificou-se o cumprimento da carga horária total prevista, porém fracionada entre mais de um profissional, em vez de concentrada em um único servidor.

213. De acordo com o questionário aplicado aos gestores, em que eles foram interpelados sobre os principais desafios na operação dos serviços, **87%** deles relataram a **dificuldade em encontrar profissionais capacitados** na região e **46%** registraram a **dificuldade de manter os profissionais**, ocasionando alta rotatividade.

214. A composição multiprofissional é a **espinha dorsal da política pública**. Sem o cumprimento dessa diretriz, não há como assegurar diagnósticos precoces, intervenções adequadas e terapias complementares, o que contraria o princípio da equidade do SUS e enfraquece a efetividade da política.

Causa

215. Dificuldade de provimento de profissionais especializados, escassez de profissionais especializados no mercado, ausência de mecanismos eficazes de provimento e retenção, oferta de salários incompatíveis com o mercado, insuficiência dos valores de cofinanciamento para custeio integral das equipes, ausência de

mecanismos estaduais de apoio à contratação e fixação em municípios menores e inexistência de inspeções regulares *'in loco'* (falta de monitoramento e fiscalização).

Efeito

216. Prejuízo à integralidade e qualidade do atendimento ao público-alvo do SERDIA; risco de descontinuidade dos atendimentos multiprofissionais; desigualdade no acesso aos serviços em diferentes municípios, dificuldade de garantir a integralidade e humanização do cuidado, princípios expressos no art. 5º da Portaria nº 159-R/2022 e risco à efetividade da política pública.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

217. Em resposta à solicitação de comentários, a **SESA** registrou realizar acompanhamento da equipe mínima por meio dos relatórios de prestações de contas e de instrumentos oficiais de cadastro de profissionais (CNES) e pela produção registrada nos Sistemas de Informação do SUS. Esclareceu ainda, que os municípios que integram o SERDIA relatam que o valor atualmente destinado ao financiamento estadual é insuficiente para garantir a contratação de profissionais, considerando os valores praticados pelo mercado. (Protocolo TC 17762/2025).

218. O **município de Domingos Martins** esclareceu que incrementou a carga horária do neuropediatra e que, encontra-se em processo de contratação de fonoaudiólogo e fisioterapeuta, visando o cumprimento integral da equipe mínima exigida. (Protocolo 17761/2025)

219. Já **Muniz Freire** informou que buscou incansavelmente por terapeuta ocupacional, no entanto sua escassez no mercado impediu sua contratação. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde em comum acordo com a APAE de Muniz Freire vai disponibilizar profissional fisioterapeuta para o SERDIA **até o início do exercício vindouro, compondo a equipe mínima**, contudo, não apresentou as evidências de realização dessas ações e a cessão do profissional seria por tempo limitado, com isso, a equipe de auditoria entendeu por manter a recomendação para fins de monitoramento. (Protocolo 17754/2025).

220. O município de **Pedro Canário** confirmou a ausência de fonoaudiólogo na equipe mínima do SERDIA. A inexistência deste profissional decorre da dificuldade de encontrar especialista disponível para contratação, mas esclareceu que abriu concurso público nº. 001/2025 com provas previstas para o dia 23/11/2025, e solicita a prorrogação do prazo até a conclusão do concurso público para recompor a equipe mínima. A equipe entendeu por estender um pouco o prazo, mas não até a conclusão do concurso, pois entende ser melhor que o município esteja sendo monitorado durante todo o processo do concurso (Papel de Trabalho 06321/2025).

221. Diante dos comentários apresentados, verifica-se que a **SESA** acompanha o descumprimento da equipe mínima exigida por meio de instrumentos oficiais de cadastro de profissionais (CNES) e pela produção registrada nos Sistemas de Informação do SUS, pois nos relatórios de prestação de contas analisadas pela equipe de auditoria não consta esse acompanhamento, mas não aplica a penalidade de suspensão do repasse devido à dificuldade de contratação dos profissionais diante do repasse insuficiente aos municípios, e reconhece que *“essa limitação financeira tem dificultado a composição da equipe mínima exigida para o pleno funcionamento dos serviços, comprometendo a integralidade da atenção ofertada”*. Os municípios também corroboraram com o achado de auditoria, registrando a dificuldade de contratação dos profissionais. Diante dos relatos da dificuldade de contratação desses profissionais, e do pedido do município de Pedro Canário, cabe a extensão do prazo inicialmente fixado em 180 dias para 360 dias.

Propostas de encaminhamento

222. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

222.1. **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Atilio Vivacqua, Domingos Martins, Iúna, Muniz Freire, Muqui, Pedro Canário e Piúma** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, recomponham

as suas equipes mínimas exigidas, conforme estabelecida no Anexo I da Portaria 159-R/2022;

222.2. **RECOMENDAR à SESA**, que no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, em conjunto com os municípios, adote medidas estruturantes para garantir a composição mínima e diminuir a rotatividade dos profissionais, com mecanismos de incentivo à contratação, possibilidade de fracionamento da carga horária, pactuação regional de profissionais e monitoramento sistemático via CNES.

Benefícios esperados

223. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se que os serviços prestados pelos SERDIA possuam integralidade e qualidade, que haja igualdade no acesso em todos os municípios, e que o risco de descontinuidade dos atendimentos multiprofissionais seja mitigado.

4.5 INSUFICIÊNCIA DE CAPACITAÇÃO OFERTADA AOS MULTIPROFISSIONAIS DA EQUIPE MÍNIMA E AOS ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA ESTADUAL DO SERDIA

224. **Constatou-se que a Portaria 159-R/2022 não define a responsabilidade pela formação dos profissionais que compõem a equipe mínima multiprofissional, tampouco existe um planejamento permanente de capacitações para os atores envolvidos na política estadual do SERDIA.**

Crítérios

225. Como critérios de auditoria, adotaram-se o art. 10, inciso XI; o art. 27; e o art. 28, inciso IV, da Portaria SESA nº 159-R/2022, que estabelecem a obrigatoriedade de manutenção de percentual mínimo da equipe com especialização em abordagens terapêuticas voltadas ao cuidado de pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como a responsabilidade da gestão regional pelo monitoramento periódico desses parâmetros. Tais dispositivos serviram de referência para avaliar a conformidade da qualificação profissional das equipes e a efetividade do acompanhamento por parte das Superintendências Regionais de Saúde (SRS).

Situação encontrada, evidências e análise

226. De acordo com o artigo 10, inciso XI da Portaria 159-R/2022, é competência do SERDIA a **manutenção de no mínimo 30% da equipe com especialização em abordagens terapêuticas** voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA, de acordo com as **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA**. Esse percentual deve ser monitorado quadrimestralmente pela Superintendência Regional de Saúde onde o SERDIA estiver localizado, mas vem sendo negligenciado, diante da sua dificuldade de cumprimento.

227. No entanto, não consta na portaria a **definição da responsabilidade pela formação e capacitação permanente** da equipe mínima multiprofissional. Não está estabelecido na referida portaria, a responsabilidade da Sesa em fornecer a capacitação por meio de um plano anual de capacitações, nem tampouco consta no normativo, a previsão de repasse de recursos financeiros específico aos municípios para que eles ofertem aos profissionais do SERDIA estas capacitações.

228. Desta forma, entende-se que existe um **vácuo normativo sobre a responsabilidade de ofertar formação e capacitação permanente** a equipe mínima multiprofissional do SERDIA, aos profissionais da rede de atenção primária da saúde, aos profissionais que realizam as ações intersetoriais com a educação e assistência social e para as famílias cuidadoras, com foco nas abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA.

229. Constatou-se que a prestação dos serviços do SERDIA tem sido iniciada sem a **oferta prévia de capacitação** aos profissionais da equipe mínima em TEA/DI. Nos municípios de Santa Maria de Jetibá (19/03/2025), Domingos Martins (02/06/2025) e Rio Bananal (18/06/2025), que iniciaram as suas atividades no decorrer desde exercício, por exemplo, as unidades começaram a funcionar sem que fosse disponibilizada qualquer formação estadual em abordagens terapêuticas voltadas ao cuidado de pessoas com DI e TEA.

230. A diretora da APAE de Domingos Martins, esclareceu que a Federação das APAEs disponibilizou duas vagas em uma pós-graduação em autismo para dois psicólogos da instituição. E a APAE de Venda Nova do Imigrante informou que as

capacitações permanentes são realizadas atualmente com recursos próprios da APAE ou dos próprios profissionais.

231. Registra-se que a oferta de treinamentos para os profissionais que irão compor a equipe mínima do SERDIA e da rede de atenção primária de saúde, deveria ser **disponibilizada juntamente com a fase de habilitação do município**, para que quando da abertura dos serviços para o público-alvo, eles já estejam capacitados e não comprometa a qualidade dos atendimentos.

232. Constatou-se de acordo com o questionário aplicado aos municípios e as visitas realizadas, que nos últimos 12 meses, somente **41%** dos municípios realizou alguma capacitação própria para os profissionais envolvidos no SERDIA (Gráfico 5). E que em alguns municípios falta apoio financeiro (diárias/passagens) e incentivo aos profissionais para buscarem e participarem de capacitações externas, por parte da administração municipal.

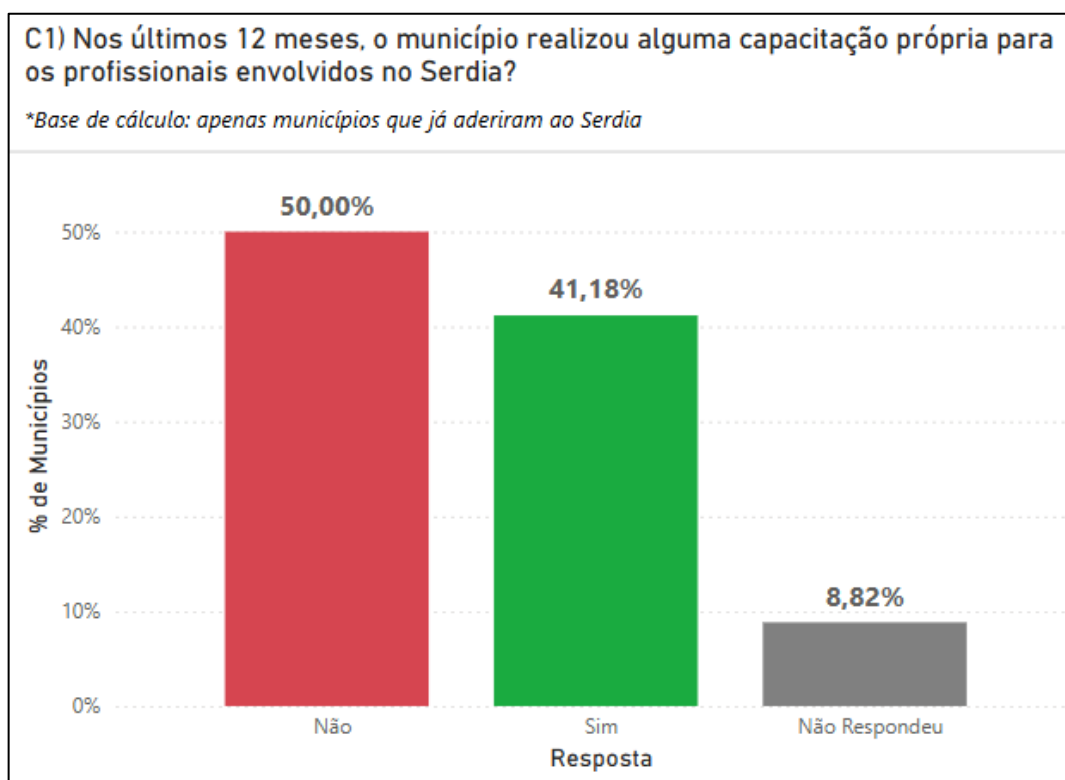


Gráfico 5 - Municípios que disponibilizaram treinamento aos profissionais do SERDIA nos últimos 12 meses.

Fonte: Questionário eletrônico da auditoria e visitas in loco – TCEES, 2025. Elaboração própria.

233. Quando questionados sobre a quantidade de treinamentos estaduais voltados à temática da DI/TEA oferecidos aos profissionais do SERDIA nos últimos 12 (doze)

meses, verificou-se que **em 6 (seis) municípios não houve oferta, em 14 (quatorze) foi realizado um treinamento, em 3 (três) foram promovidos três treinamentos, e no município de Linhares foram ofertados 5 (cinco).**

234. A SESA, por meio do Parecer Técnico nº 264/2025/NEAE/RCPD²³, informou à equipe de auditoria os treinamentos que foram fornecidos nos exercícios de 2023 e 2024. Foi realizado um curso de capacitação para os primeiros 22 SERDIA habilitados sobre abordagens terapêuticas para DI e TEA, iniciado em 12/2024 e treinamentos *in loco* junto a Atenção Primária (APS) e outros atores da rede intersetorial dos municípios habilitados para apresentação do fluxo e protocolo de funcionamento do SERDIA, no decorrer dos exercícios de 2023 e 2024.

235. No exercício de 2025, a SESA realizou somente um Webinário com o tema: Fortalecer para cuidar – SERDIA e os caminhos da Intersetorialidade no cuidado à pessoa com TEA.

236. O referido treinamento em abordagens terapêuticas foi disponibilizado pelo **Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPI**²⁴, e tratava-se de Capacitação Multiprofissional para Atuação nos Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual (DI) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Conforme edital, seriam disponibilizadas 105 vagas para médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais lotados nos SERDIA, da RCPD. O curso seria dividido em seis módulos, com carga horária total de 70 horas e tinha previsão de ocorrer no período de dezembro/2024 a março de 2025.

237. Em que pese a formação oferecida pelo ICEPI ser extremamente necessária, ela não atende ao critério da Portaria para pontuar como **especialização em abordagens terapêuticas**. Especialização é uma formação de pós-graduação *lato sensu* (mínimo 360h), voltada ao aprofundamento em uma área específica, reconhecida pelo MEC, que confere ao profissional o título de especialista.

²³ Peça Complementar 28699/2025-3

²⁴ <https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/edital-seleciona-alunos-para-curso-de-capacitacao-multiprofissional-da-rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>. Consulta realizada em 16/10/2025.

238. Devido à rotatividade dos servidores, os **municípios reconhecem como necessários treinamentos permanentes** para a rede de atenção primária, inclusive para os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), para os profissionais da rede intersetorial da educação e da assistência social, para os profissionais que realizam o transporte dos usuários do SERDIA e, também para as famílias cuidadoras.

239. A formação e atualização contínua dos profissionais é **condição essencial para a efetividade da política pública**. Sem capacitação adequada os SERDIA tendem a se tornar apenas espaços formais de atendimento, sem impacto real na reabilitação e inclusão das pessoas com TEA e DI; compromete-se o uso eficiente dos recursos públicos, pois equipes pouco qualificadas reduzem a efetividade dos serviços e viola-se o princípio da integralidade do SUS, previsto no art. 198 da CF/1988 e reafirmado pela Portaria nº 159-R/2022.

Causa

240. Inexistência de definição normativa sobre a responsabilidade de prover a capacitação, falta de planejamento estadual específico para educação permanente no âmbito do SERDIA, baixa oferta de treinamento pelas prefeituras, insuficiência de recursos financeiros e de vagas compatíveis com a demanda crescente de profissionais habilitados e falta de monitoramento do critério de manutenção de no mínimo 30% da equipe com especialização em abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA.

Efeito

241. Serviços iniciando suas atividades com profissionais sem a devida qualificação específica, comprometendo a qualidade e resolutividade dos atendimentos; dependência de iniciativas isoladas das APAEs e de alguns municípios, gerando desigualdade territorial no acesso à capacitação; risco de práticas clínicas inadequadas e/ou em desacordo com as diretrizes nacionais e desigualdade na qualidade dos serviços prestados.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

242. Em resposta à solicitação de comentários, a **SESA** registrou que realiza capacitações contínuas junto à Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de orientar e uniformizar o fluxo de atendimento e o funcionamento dos serviços, e que oferta um curso de capacitação com carga horária de 60 horas, destinado à formação de mais de 365 profissionais que compõem as equipes do SERDIA, e **que o primeiro curso foi ofertado aos 22 municípios habilitados e ocorreu no período de dezembro de 2024 a julho de 2025.** (Protocolo TC 17762/2025).

243. O município de Domingos Martins informou que aguarda orientações e cronograma da **SESA/ES** para implantação do **plano de capacitação continuada** previsto para os profissionais atuantes no SERDIA. (Protocolo 17761/2025)

244. As informações trazidas pela SESA já constavam no relatório preliminar e só confirmam a necessidade de um **programa de treinamento estruturado, planejado e contínuo.** Visto que, somente 22 (64%) dos 34 municípios que aderiram ao Serdia até o mês de setembro de 2025, haviam sido treinados pelo ICEP, desde a implementação do programa do SERDIA em 2022. Ou seja, **temos uma rede de profissionais de mais de 12 municípios ofertando atendimento** sem ter passado por um treinamento especializado em **abordagens terapêuticas** voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA, de acordo com as **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA.**

245. Assim, após análise dos comentários encaminhados pelos gestores, a equipe de auditoria concluiu que **não foram apresentados elementos suficientes que modifiquem a análise, as constatações ou as conclusões anteriormente formuladas**

Propostas de encaminhamento

246. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022,

a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

246.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022, estabelecendo **sua responsabilidade** sobre a disponibilização da formação, por meio de especialização, da equipe mínima exigida e capacitação permanente dos profissionais e familiares envolvidos na política estadual do SERDIA, **e a responsabilidade dos municípios** em fornecer o suporte necessário para que os profissionais possam participar das capacitações ofertadas;

246.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, **elabore e implemente um plano permanente de capacitação** para os profissionais que atuam no SERDIA, na Rede de Atenção Primária, nas ações intersetoriais com a Educação e Assistência Social e para as famílias cuidadoras, com foco nas abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA e na regulação e governança do SERDIA, garantindo qualidade e padronização de capacitação para todos os SERDIA.

Benefícios esperados

247. Como benefício da implementação da recomendação proposta, espera-se melhoria na qualidade do atendimento, redução das desigualdades regionais, diagnósticos mais precisos e precoces, maior integralidade e humanidade do cuidado, uniformização das práticas clínicas, aumento da resolutividade, melhoria na retenção dos profissionais, fortalecimento do trabalho em equipe e aumento da efetividade da política pública.

4.6 AUSÊNCIA DE CONDIÇÕES PARA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO SERDIA QUANTO À REDUÇÃO DO TEMPO MÉDIO PARA DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO

248. **Constatou-se que não há registros históricos consolidados que permitam mensurar a evolução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento antes e depois da implantação do SERDIA. Dessa forma, não foi possível**

responder de forma plena à questão avaliativa sobre eventual melhora temporal decorrente da implantação da política.

Critérios

249. Utilizou-se como critérios normativos para a referida análise o art. 10 da Portaria SESA nº 159-R/2022, que define como competência do SERDIA assegurar mecanismos de regulação, acompanhamento e alta em tempo oportuno; a portaria GM/MS nº 1.604/2023, art. 4º, inciso I e art. 10, inciso I, que estabelecem a diretriz do acesso em tempo oportuno à atenção especializada; o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que garante prioridade no acesso a serviços de saúde; e o Manual de Ambiência dos CER, que preconiza condições estruturais para integralidade e oportunidade do cuidado.

Situação encontrada, evidências e análise

250. O SERDIA foi instituído em dezembro de 2022 e ainda se encontra em fase inicial de implantação em diversos municípios, o que limita a possibilidade de mensuração de séries históricas consistentes. Além disso, não há linha de base consolidada que permita comparar os tempos de atendimento anteriores à habilitação dos serviços.

251. Com base nos dados disponíveis, foi possível calcular apenas **o tempo médio entre a solicitação e o início do tratamento após a implantação do SERDIA**, não sendo possível aferir informações referentes ao período anterior à instituição da política.

252. Observou-se, entretanto, que diversas listas de atendimento e filas encaminhadas pelos municípios apresentavam lacunas importantes, como a ausência de datas de solicitação, diagnóstico e início de tratamento, além da falta de informações sobre prioridade na fila, tipo de diagnóstico e nível de suporte. Tais inconsistências impactam diretamente na qualidade e na confiabilidade das análises realizadas.

253. Apesar das limitações mencionadas, os dados disponíveis permitiram realizar algumas análises exploratórias, que ofereceram uma visão inicial sobre o desempenho e o tempo de resposta dos serviços. Observou-se, por exemplo, que

72% dos usuários aguardaram até três meses entre a solicitação na regulação e o início do tratamento, sendo que, desse total, 46% iniciaram o atendimento em menos de um mês após a solicitação.

254. Embora os dados indiquem um desempenho inicial positivo quanto à celeridade no início dos atendimentos, é importante ressaltar que esse resultado é **fortemente influenciado pela fase recente de implantação da política**, período em que há maior disponibilidade de vagas e menor demanda acumulada.

255. Essa hipótese é corroborada pelo **aumento progressivo no número de usuários aguardando na fila de regulação** para início do tratamento, o que sugere tendência de **elevação dos tempos de espera** à medida que a capacidade instalada dos serviços se estabiliza. Em agosto de 2025, por exemplo, 54% dos usuários que estavam na fila aguardavam a mais de 7 meses para o início do tratamento, sendo que, desse total, 22% aguardavam a mais de 1 ano.

256. Embora os dados disponíveis tenham permitido mensurar, de forma pontual, o tempo médio entre a solicitação e o início do tratamento após a implantação do SERDIA, **não existem registros históricos padronizados que possibilitem comparar esses resultados com o período anterior à política**.

257. Ademais, **as bases atuais apresentam lacunas significativas**, como ausência de datas completas, inconsistências nas listas de regulação e diferenças de critérios de registro entre os municípios, **o que compromete a abrangência e a comparabilidade das análises realizadas**.

258. Dessa forma, as evidências obtidas permitem apenas uma visão descritiva e inicial do desempenho dos serviços, **sem que seja possível inferir, de maneira consistente, a efetividade do SERDIA quanto à redução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento**.

Causas

259. Ausência de exigência normativa de registro padronizado de tempos de espera e de atendimento no processo de habilitação do SERDIA; inexistência de monitoramento sistemático pela SESA; e recente implantação da política.

Efeito

260. Impossibilidade de verificar, de forma objetiva e comparável, se houve redução dos tempos médios de acesso ao diagnóstico e início do tratamento; fragilidade no monitoramento da efetividade da política; risco de manutenção de barreiras de acesso em alguns municípios, sem evidência clara de mitigação pela política.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

261. Em resposta à solicitação de comentários, a SESA manifestou concordância com o achado, reconhecendo a ausência de condições que permitam avaliar a efetividade do SERDIA quanto à redução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento, devido ao curto período de implementação da política (**Protocolo TC 17762/2025**).

262. Os municípios que encaminharam manifestação igualmente corroboraram o diagnóstico da auditoria, destacando que o programa ainda se encontra em fase inicial e que não há base de dados consolidada para comparação temporal entre o período anterior e posterior à implantação.

263. Assim, a análise das manifestações **confirma o teor do achado**, reforçando a necessidade de que a SESA institua indicadores de efetividade e padronize o registro e a consolidação das informações, de modo a viabilizar futuras avaliações sobre a oportunidade do cuidado e o impacto do SERDIA na redução dos tempos de diagnóstico e tratamento.

Propostas de encaminhamento

264. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

264.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria SESA nº 159-R/2022, com vista a instituir indicadores específicos de tempo médio para diagnóstico e para início do tratamento, bem como disciplinar sua coleta, monitoramento e análise nos relatórios técnicos quadrimestrais, de modo a possibilitar a avaliação periódica da efetividade do SERDIA quanto à oportunidade do cuidado e à redução do tempo de espera dos usuários.

264.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, emita ato complementar à Portaria SESA nº 159-R/2022, por meio de nota técnica, instrução normativa ou instrumento equivalente, estabelecendo o padrão mínimo de registro das informações relativas à regulação, diagnóstico e início do tratamento dos usuários do SERDIA, com definição de campos obrigatórios, periodicidade e formato de envio dos dados pelos municípios, de modo a permitir a consolidação e o monitoramento sistemático dos indicadores de efetividade da política, especialmente os relacionados ao tempo médio para diagnóstico e início do tratamento.

Benefícios esperados

265. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se a formação de uma base de dados padronizada e confiável, capaz de subsidiar avaliações futuras sobre a efetividade do SERDIA, especialmente quanto à redução do tempo de espera para diagnóstico e início do tratamento. Além de aprimorar a mensuração de resultados e a tomada de decisão pela gestão estadual, o monitoramento contínuo dos indicadores contribuirá para maior transparência, equidade e efetividade da política pública, fortalecendo o controle social e a gestão baseada em evidências.

4.7 FRAGMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU TEA NOS MUNICÍPIOS SEM SERDIA OU ESTRUTURA EQUIVALENTE

266. **Constatou-se que, nos municípios capixabas que ainda não implantaram o SERDIA ou estrutura equivalente, o atendimento às pessoas com deficiência**

intelectual (DI) e com transtorno do espectro autista (TEA) ocorre de forma fragmentada, dispersa entre diferentes pontos da rede de saúde e instituições conveniadas, sem mecanismos integrados de regulação, acompanhamento e planejamento terapêutico unificado.

Critérios

267. Utilizou-se como critérios normativos e de boas práticas: o art. 10, incisos I, VI e XI, da Portaria SESA nº 159-R/2022, que estabelece como competências do SERDIA assegurar o atendimento multiprofissional e intersetorial, com mecanismos de regulação e acompanhamento contínuo; a Portaria GM/MS nº 1.604/2023, arts. 4º e 10, que definem o acesso oportuno à atenção especializada como princípio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que garante prioridade de atendimento e integração das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência. Tais dispositivos serviram de base para avaliar se, nos municípios sem SERDIA, existem estruturas organizadas ou arranjos equivalentes capazes de assegurar a integralidade e a continuidade do cuidado a pessoas com deficiência intelectual (DI) e transtorno do espectro autista (TEA).

Situação encontrada, evidências e análise

268. Verificou-se que a ausência do SERDIA ou de estrutura equivalente nos municípios capixabas tem resultado em atendimento fragmentado e desarticulado, com grande variação na oferta, na capacidade de atendimento e no tempo de resposta entre as redes locais. Em muitos casos, o cuidado é prestado de forma dispersa entre Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e instituições conveniadas (APAEs, Pestalozzis, AMAES, entre outras), sem um mecanismo único de coordenação, regulação e monitoramento do percurso do usuário.

269. Nos questionários e ofícios recebidos, diversos municípios relataram que a não adesão ao SERDIA decorre de fatores financeiros e estruturais, como coparticipação estadual considerada insuficiente, dificuldades para contratação e fixação de profissionais especializados (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, neurologistas), limitações de infraestrutura física e ausência de equipe multiprofissional completa. Há ainda municípios que alegaram já possuir políticas

locais de atendimento à pessoa com deficiência, embora sem formalização em modelo integrado.

270. O município de **Vitória** é um exemplo de rede local relativamente estruturada, dispondo de serviços próprios multiprofissionais, contratos com APAE, AMAES e Vitória Down e atendimentos em CAPS. Contudo, mesmo na capital, as ações permanecem distribuídas entre múltiplos prestadores e sem regulação unificada, o que mantém riscos de duplicidade, lacunas e ausência de plano terapêutico singular consolidado (PTS).

271. Em contrapartida, municípios de médio e pequeno porte, como **Apiacá, São Domingos do Norte, Itaguaçu, Sooretama e Bom Jesus do Norte**, relataram **inexistência de serviço multiprofissional estruturado, dificuldades para contratação de especialistas, baixa capacidade financeira e dependência de encaminhamentos para outros municípios ou para APAEs regionais**. Alguns citaram **filas expressivas** (ex.: Nova Venécia – 418 pacientes em espera; Serra – 381; Marataízes – 134) e **tempos de espera prolongados**, chegando a **um ano** em determinadas especialidades.

Causas

272. A situação observada decorre, em grande medida, da **ausência de instrumentos normativos e de pactuação estadual** que orientem os municípios quanto à estruturação mínima de serviços equivalentes ao SERDIA, bem como à formalização de parcerias e fluxos intersetoriais.

273. **Fatores financeiros e operacionais** também contribuem, destacando-se o **cofinanciamento insuficiente** para sustentar equipes multiprofissionais completas, além da **escassez de profissionais especializados** no mercado público municipal.

274. A inexistência de **sistemas de informação integrados** e de **indicadores uniformes de regulação, diagnóstico e início do tratamento** compromete o monitoramento e a gestão da rede.

275. Por fim, soma-se a isso, a **falta de articulação intersetorial formalizada** entre saúde, educação e assistência social, que permanece apoiada em **práticas**

informais, reuniões esporádicas e ausência de protocolos de encaminhamento e referência/contrarreferência.

Efeitos

276. A ausência de estrutura multiprofissional e intersetorial organizada nos municípios sem SERDIA resulta em **fragmentação do cuidado e descontinuidade dos atendimentos**, com **duplicidades, omissões e rupturas** no percurso terapêutico das pessoas com DI e TEA.

277. Essa desarticulação provoca **atrasos no diagnóstico e início do tratamento**, ampliando o **tempo de espera** e comprometendo o **prognóstico clínico e o desenvolvimento funcional** dos usuários.

278. O cenário também **dificulta o monitoramento e a avaliação da efetividade** da política nos níveis municipal e estadual, dada a **inexistência de dados padronizados e indicadores comparáveis**, além de **gerar sobrecarga em instituições parceiras**, como APAEs e Pestalozzis, que assumem **papel central sem contrapartidas formais**.

279. Por consequência, perpetua-se um quadro de **iniquidade territorial**, no qual **municípios com maior capacidade técnica e financeira ofertam atendimento mais integrado**, enquanto os demais **dependem de encaminhamentos externos**, enfrentando **filas extensas e acesso limitado à reabilitação**.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

280. Em resposta à solicitação de comentários, a SESA manifestou concordância com o achado, reconhecendo que, nos municípios que ainda não implantaram o SERDIA, o atendimento às pessoas com DI e/ou TEA tende a permanecer fragmentado e sem mecanismos integrados de regulação e acompanhamento terapêutico (**Protocolo TC 17762/2025**). A área técnica estadual ressaltou que a ausência de estrutura multiprofissional unificada nos territórios que ainda não aderiram à política dificulta a integralidade do cuidado, confirmando o diagnóstico apresentado pela equipe de fiscalização.

281. Já o município de **Santa Leopoldina (Protocolo TC 17709/2025)** declarou desenvolver ações intersetoriais com educação e assistência social, contudo, não apresentou as evidências de realização dessas ações, com isso, a equipe de auditoria entendeu por manter a recomendação para fins de monitoramento.

282. O Município da **Serra (Protocolo TC 17788/2025)** informou dispor de **arranjo local de atendimento semelhante ao modelo do SERDIA**, composto por parceria com a APAE, responsável pelos atendimentos de reabilitação, e pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); informando assim avanços na organização da rede municipal, com práticas multiprofissionais e intersetoriais alinhadas às diretrizes da política estadual.

283. Contudo, não foi apresentado **plano municipal de organização do cuidado** que integre de maneira sistematizada os fluxos entre esses pontos de atenção e demais serviços da rede. Assim, embora o município apresente modelo próximo ao preconizado, **permanece a necessidade de consolidação de um plano formal de regulação e acompanhamento unificado**, o que mantém a pertinência da recomendação proposta.

284. A maioria dos gestores **não apresentou discordância quanto ao achado**, reconhecendo o risco de fragmentação da rede e a necessidade de diretrizes estaduais. Contudo, vale ressaltar a manifestação do município de **Vargem Alta (Protocolo TC 17676/2025)** que apresentou **discordância parcial quanto à viabilidade da recomendação de elaboração de Plano de Ação municipal**, solicitando que a exigência fosse retirada neste ciclo de monitoramento, diante da escassez de profissionais e do cofinanciamento insuficiente.

285. **Contudo, a equipe de auditoria entende que não deve ser retirada a exigência da recomendação.** A situação de Vargem Alta **não afasta a necessidade de planejamento municipal**, apenas justifica que o plano seja **proporcional e compatível com o modelo regional adotado**, ou seja, o plano pode ser simplificado e adaptado à realidade local, descrevendo inclusive a opção regionalizada via CER (fluxos, regulação, transporte, contrarreferência, acompanhamento pós-reabilitação). Recomenda-se, portanto, **manter a recomendação de elaboração de Plano de Ação municipal.**

286. Assim, após análise dos comentários encaminhados pelos gestores, a equipe de auditoria concluiu que não foram apresentados elementos suficientes que modifiquem a análise, as constatações ou as conclusões anteriormente formuladas.

Propostas de encaminhamento

287. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

287.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, elabore e publique diretrizes estaduais específicas orientando os municípios sem SERDIA ou CER quanto à estruturação mínima de serviços equivalentes, contemplando parâmetros técnicos, composição multiprofissional, mecanismos de regulação e instrumentos de acompanhamento terapêutico.

287.2. **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Água Doce do Norte, Alfredo Chaves, Apiacá, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Castelo, Ibatiba, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Mantenópolis, Marataízes, Marilândia, Presidente Kennedy, Santa Leopoldina, São Domingos do Norte, São José do Calçado, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória** que elaborem, com apoio técnico da SESA, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, planos de organização dos serviços de atenção à pessoa com deficiência intelectual e TEA, prevendo atuação multiprofissional e intersetorial, com realização de avaliações conjuntas entre os profissionais das diferentes áreas de saúde para definição de diagnóstico e condutas terapêuticas unificadas, nos moldes dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) adotados pelo SERDIA.

287.3. **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Água Doce do Norte, Alfredo Chaves, Apiacá, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Castelo, Ibatiba, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, João**

Neiva, Laranja da Terra, Mantenópolis, Marataízes, Marilândia, Presidente Kennedy, Santa Leopoldina, São Domingos do Norte, São José do Calçado, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, fortaleçam a articulação intersetorial local entre saúde, educação e assistência social, com reuniões periódicas, definição de responsáveis e elaboração de protocolos de acompanhamento conjunto dos usuários.

Benefícios esperados

288. A adoção das recomendações apresentadas tende a reduzir a fragmentação do atendimento e promover maior integralidade e continuidade do cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA, com diagnósticos mais precoces e definição conjunta de condutas terapêuticas pelos profissionais das diferentes áreas. Espera-se, com isso, o fortalecimento da atuação multiprofissional e intersetorial nos municípios sem SERDIA, favorecendo o desenvolvimento funcional dos usuários e a efetividade dos tratamentos.

5 INTERSETORIALIDADE DO SERDIA

289. O presente capítulo aborda a articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social para apoiar as pessoas atendidas no programa.

290. A questão central que orienta a análise deste capítulo é: **“Há articulação eficaz entre os serviços de saúde, educação e assistência social para apoiar as pessoas atendidas no programa?”**.

291. A análise confrontou a matriz de planejamento, a Portaria SESA nº 159-R/2022, as respostas do questionário aplicado aos municípios, visitas/inspeções e documentos locais.

Por que a intersetorialidade/articulação é importante no SERDIA?

292. A intersetorialidade é condição essencial à integralidade do cuidado para pessoas com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA). Crianças e famílias atendidas pelo SERDIA têm necessidades que atravessam a saúde clínica (diagnóstico, terapias, reabilitação), a educação (AEE, inclusão escolar, adaptações curriculares) e a assistência social (benefícios, apoio familiar, inclusão social). Sem articulação entre esses setores ocorrem rupturas no percurso terapêutico, atraso no acesso a serviços educacionais e sociais, sobrecarga informal às famílias e perda de eficácia das intervenções.

293. A integração permite:

293.1. Construir e implementar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) coerentes com demandas educacionais e sociais;

293.2. Coordenar encaminhamentos e contrarreferências para evitar duplicidades e lacunas;

293.3. Melhorar adesão e continuidade terapêutica por meio de suporte escolar e social;

293.4. Acelerar acesso a benefícios e políticas de proteção social; e

293.5. Produzir indicadores partilhados que subsidiem gestão, monitoramento e correções de rota.

294. Assim, intersectorialidade aumenta a efetividade clínica, a inclusão escolar e o bem-estar familiar, além de otimizar recursos públicos.

295. Ao longo do capítulo, são apresentadas as situações encontradas, as causas e os efeitos das lacunas identificadas, bem como boas práticas observadas em alguns municípios. Por fim, visando à melhoria da qualidade do atendimento e à otimização dos recursos, são propostas recomendações para fortalecer a intersectorialidade entre áreas que impactam na prestação de serviços do SERDIA.

5.1 AUSÊNCIA DE AÇÕES INTERSETORIAIS EFICAZES ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

296. **Constatou-se, em ampla parcela dos municípios auditados, ausência ou fragilidade de mecanismos formais de articulação intersectorial (protocolos, fluxos institucionalizados, comissões intersectoriais ou termos de cooperação sistematizados) para o atendimento integral a pessoas com deficiência intelectual e TEA.**

Situação encontrada, evidências e análise

297. Em ampla parcela dos municípios auditados observou-se ausência ou fragilidade de mecanismos formais de articulação intersectorial (protocolos, fluxos institucionalizados, comissões intersectoriais ou termos de cooperação sistematizados) para o atendimento integral a pessoas com deficiência intelectual e TEA.

298. Muitos municípios declararam existência apenas de relações informais ou reuniões esporádicas entre secretarias; poucos possuem fluxo escrito de encaminhamento, rotinas de acompanhamento conjunto ou mecanismos de avaliação conjunta (ex.: registro de encaminhamento intersectorial, reuniões periódicas com ata, indicadores partilhados).

299. Em contrapartida, foram identificadas práticas positivas pontuais em que há comissões locais, protocolos institucionais ou participação familiar registrada; essas iniciativas, porém, não são generalizáveis ao conjunto dos municípios.

300. A fragilidade da articulação repercute no encaminhamento, continuidade do PTS (Projeto Terapêutico Singular), acompanhamento escolar e acesso a benefícios sociais, conforme relatos de gestores e familiares nos questionários e inspeções.

Causas

301. A situação observada decorre, em grande medida, da ausência de normatização e instrumentos de pactuação estaduais que detalhem responsabilidades intersetoriais e exijam mecanismos formais de articulação entre saúde, educação e assistência social no âmbito do SERDIA. Essa lacuna normativa representa um vazio operacional na Portaria SESA nº 159-R/2022, que não define claramente como deve ocorrer a coordenação entre as políticas setoriais envolvidas.

302. Outra causa importante é a inexistência de institutos locais de governança intersetorial padronizados (comissões municipais intersetoriais, termos de referência, rotinas de reunião, registro de encaminhamentos e indicadores partilhados), dificultando a coordenação das ações e o acompanhamento conjunto dos resultados entre as secretarias municipais.

303. Também contribui para a situação encontra a limitação de capacidade técnica e de recursos humanos nas secretarias municipais para articular e manter a rotina intersetorial, caracterizada por dificuldades de coordenação e ausência de referência técnica dedicada. Soma-se a isso a fragmentação dos sistemas de informação, que em muitos casos não são integrados ou apresentam codificação inadequada, uma vez que os municípios utilizam plataformas distintas, como RG System, e-SUS PEC e outros sistemas locais, o que compromete o fluxo de dados e o monitoramento conjunto entre os setores.

304. Contribui também para o quadro identificado a cultura institucional e rotinas informais de trabalho, com predomínio de acordos informais e reuniões esporádicas sem institucionalização; resistências à mudança de práticas e baixa priorização da intersetorialidade na agenda local.

305. Outro fator que agrava esse cenário é a sobrecarga de atribuições e a limitação de pessoal qualificado para coordenar processos intersetoriais, o que reduz a capacidade de acompanhamento, articulação e monitoramento das ações conjuntas entre as secretarias.

306. Por fim, destaca-se a participação ainda incipiente das famílias e da sociedade civil nos espaços de governança locais, limitando o retorno social, a transparência e a *accountability* da política, e reduzindo o potencial de controle social sobre a implementação do SERDIA.

Efeitos

307. A fragilidade da articulação intersetorial tem como efeito lacunas na construção, revisão e acompanhamento dos PTS, bem como duplicidade ou omissão de encaminhamentos entre os diferentes setores envolvidos, comprometendo a integralidade do atendimento e gerando rupturas no itinerário do usuário.

308. Outro efeito é o aumento do tempo de resposta nos encaminhamentos entre os níveis de atenção e entre os setores de saúde, educação e assistência social, o que contribui para atrasos no acesso às medidas terapêuticas, educacionais e sociais necessárias e piora do prognóstico.

309. Além disso, a ausência de integração entre sistemas e fluxos institucionais dificulta o monitoramento e a avaliação do impacto do SERDIA nos níveis municipal e estadual, uma vez que os indicadores são incompletos e os dados frequentemente desconexos.

310. A fragilidade da articulação intersetorial também acarreta sobrecarga sobre instituições parceiras, como APAEs e Pestalozzis, que acabam por assumir papel central no atendimento sem formalização de responsabilidades nem contrapartidas adequadas, gerando desequilíbrios na execução da política.

311. Por fim, a falta de mecanismos uniformes de coordenação e monitoramento aprofunda o risco de iniquidade territorial, na medida em que municípios com maior capacidade técnica e de articulação ofertam atendimento mais integrado e resolutivo,

enquanto outros dependem de encaminhamentos externos e enfrentam filas de espera mais longas, ampliando desigualdades no acesso à reabilitação.

Evidências

312. Respostas ao questionário: Apenas 11 municípios, dos 27 municípios com SERDIA em operação assinalou “sim” quando indagados sobre existência de fluxos/protocolos de articulação entre os setores (educação, assistência social e saúde) (Gráfico 6).

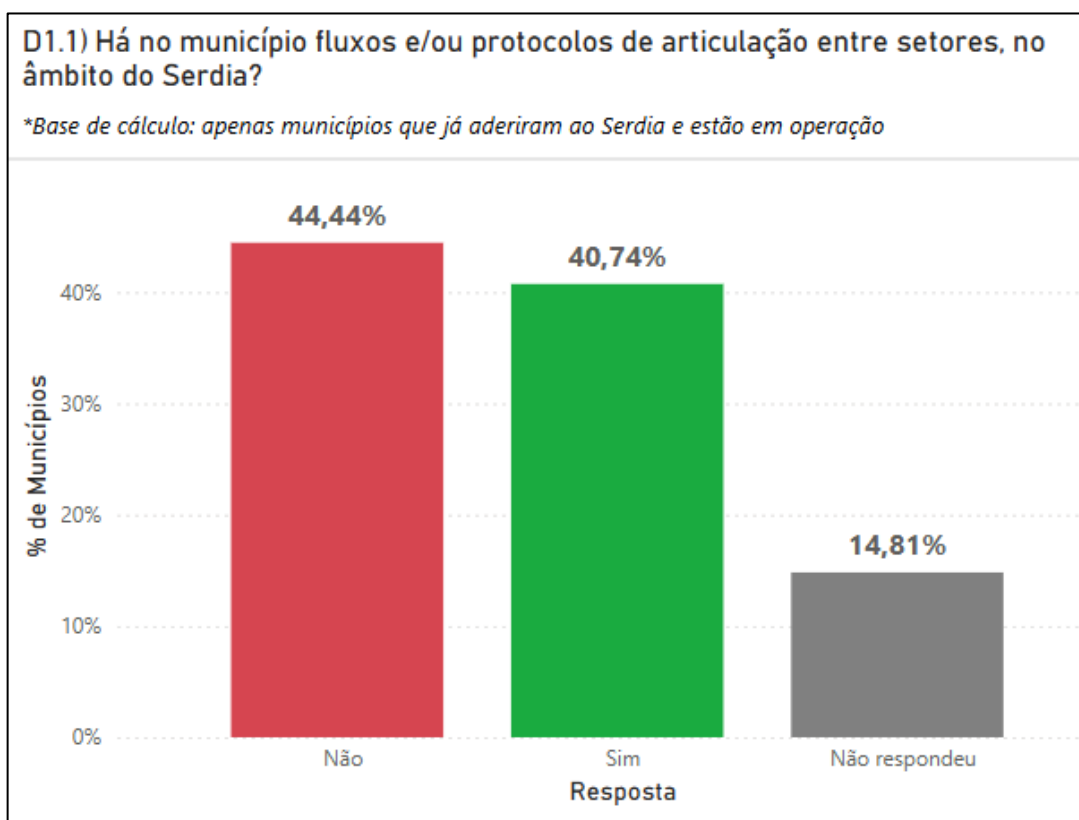


Gráfico 6 - Existência de fluxos e/ou protocolos de articulação entre setores.

Fonte: *Elaboração própria.*

313. Entretanto, ao serem questionados quanto à evidência da existência desses fluxos/protocolos, observa-se que nenhum dos 11 municípios que respondeu afirmativamente à questão anterior, de fato possui um fluxo ou protocolo formalizado.

314. As respostas foram as seguintes:

- a. Encaminhamentos de usuários
- b. O Usuário procura a APS que regula através do sistema MV
- c. Fluxo para atendimentos dos usuários.

- d. Protocolo de ser regulado pelas unidades básicas de saúde para o SERDIA
- e. Nota técnica sobre os fluxos do 1º Atendimento
- f. Fluxo de entrada dos usuários no sistema - através da unidade de saúde.
- g. Usuário é atendido pela porta de entrada APS, através de busca ativa do ACS, e quando há necessidade, é realizado reuniões de equipe da APS, juntamente com a equipe do SERDIA.
- h. Via ofício
- i. Protocolo de encaminhamento pela Atenção Primária

315. Ou seja, em nenhum dos 11 municípios restou evidenciado possuir de fato e utilizar um fluxo ou protocolo **de intersectorialidade**.

316. Os municípios também foram questionados se possuíam **instância municipal de coordenação intersectorial da política de reabilitação para pessoa com DI/TEA** (Ex.: conselho, comitê, grupo técnico composto por servidores da saúde, educação e assistência). Nesta questão, dos 27 municípios com SERDIA em operação, apenas 8 deles (30%) afirmaram possuir esta coordenação (Gráfico 7).

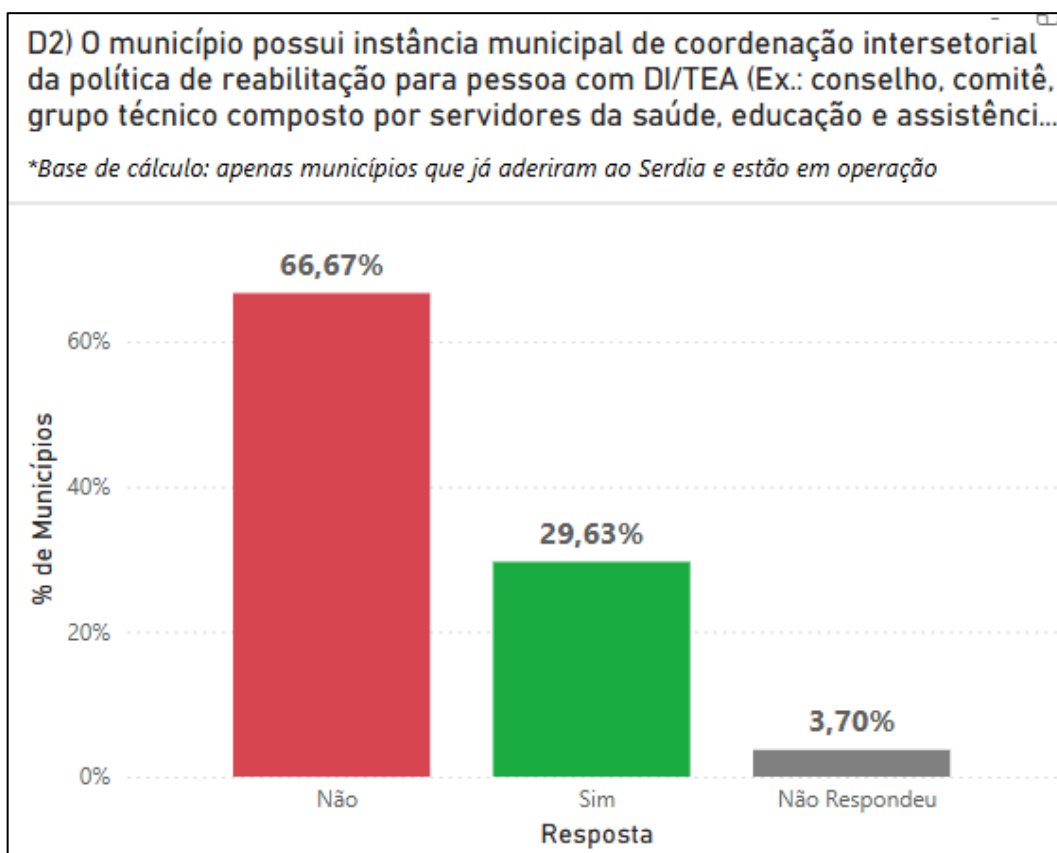


Gráfico 7: Respostas dos municípios sobre instância municipal de coordenação intersectorial.
Fonte: *Elaboração própria.*

317. Entretanto, nos registros de visita/inspeção, evidenciou-se que apesar da resposta afirmativa dos referidos municípios, documentos locais evidenciam poucos municípios com comissões constituídas e ausência de atas que pudessem comprovar a existência e funcionamento de fato dessa coordenação.

Boas práticas

318. Após a leitura de alguns relatórios quadrimestrais, identificou-se boas práticas de municípios como Afonso Cláudio (realização de matriciamento com pedagogos), Baixo Guandu (realização de ações coletivas envolvendo a assistência social), Ibirapu (coordenação do SERDIA, amigos da Justiça e educação), assim como Iúna, Jerônimo Monteiro e Montanha.

319. Destaca-se como boa prática, por fim, a realização, no município de São Gabriel da Palha, de reunião para discussão de casos, ocorrida em 31/03/2025.



Figura 5: Imagem de reunião realizada no município de São Gabriel da Palha para estudo de caso envolvendo saúde, educação e conselho tutelar.

Fonte: Relatório quadrimestral do SERDIA elaborado pelo município de São Gabriel da Palha.

320. Ações como a deste estudo de caso, quando formalmente instituídas e com periodicidade definida, possuem o potencial de contribuir para fortalecimento da continuidade e integralidade do cuidado (melhor elaboração, revisão e cumprimento dos PTS).

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

321. Em resposta à solicitação de comentários, a **SESA (Protocolo 17762/2025)** discordou da constatação de ausência de ações intersetoriais eficazes, argumentando que o PTS do SERDIA já prevê estratégias de articulação com as áreas de educação, assistência social, justiça e outras políticas correlatas. Ressaltou ainda que os relatórios de prestação de contas municipais apresentam registros de ações intersetoriais realizadas. Contudo, reconheceu que a Portaria nº 159-R/2022 carece de previsão explícita de governança intersetorial, informando que o instrumento normativo está em processo de revisão, o que possibilitará o aprimoramento dessa diretriz.

322. Entre os municípios, observa-se posição majoritariamente **concordante com o diagnóstico da auditoria**, embora com níveis variados de avanço na implantação de práticas intersetoriais. **Cariacica (Protocolo 17790/2025)** informou já ter formalizado a comissão municipal intersetorial, comprometendo-se a implementar as demais medidas recomendadas dentro do prazo. **Domingos Martins (Protocolo 17761/2025)** comunicou o início do processo de **matriciamento entre o SERDIA e as Equipes de Saúde da Família**, com reuniões mensais e planejamento de ações conjuntas com Educação e Assistência Social. **Montanha (Protocolo 17675/2025)** reconheceu possuir articulação parcial, ainda não constante, e propôs a formalização estadual dos fluxos e definição de responsabilidades. **Muniz Freire (Protocolo 17754/2025)** relatou possuir comissões temáticas relacionadas à saúde mental e educação inclusiva que tratam, indiretamente, de questões do SERDIA, comprometendo-se a criar comissão específica com participação de famílias.

323. Outros municípios apresentaram avanços pontuais. **Santa Leopoldina (Protocolo 17709/2025)** destacou a realização de **reuniões bimestrais intersetoriais** com representantes das três políticas, voltadas à discussão de casos e construção de fluxos integrados de atendimento. **Santa Maria de Jetibá (Papel de**

Trabalho 06310/2025) reconheceu a importância da formalização de instrumento jurídico entre as secretarias e a APAE, comprometendo-se a criar comissão com representação de famílias. **Vargem Alta (Protocolo 17676/2025)** informou já ter iniciado articulação conjunta com a Secretaria de Educação e comprometeu-se a envolver a Assistência Social. Já **Irupi (Protocolo 17782/2025)** não apresentou manifestação substancial.

324. A análise das manifestações indica que, embora existam **iniciativas locais relevantes**, a maioria dos municípios descreve **ações pontuais, não sistematizadas nem formalizadas**. Mesmo nas boas práticas relatadas, não há comprovação de fluxos escritos, protocolos de encaminhamento, atas de reuniões ou indicadores partilhados, conforme requerido pelas boas práticas de governança intersetorial.

325. No caso da **SESA**, a alegação de que o PTS contempla a articulação intersetorial é **parcialmente procedente**, porém insuficiente para afastar o achado. O PTS é um instrumento clínico individual e não substitui a necessidade de mecanismos institucionais de gestão e governança intersetorial. Ademais, os relatórios municipais citados pela SESA não evidenciam uniformidade ou efetividade desses arranjos, o que reforça o diagnóstico da equipe de fiscalização.

326. Dessa forma, entende-se que as manifestações **confirmam a pertinência das constatações** e a **necessidade de padronização estadual**, por meio de norma que defina modelos de comissões intersetoriais, termos de cooperação e fluxos padronizados, além de programa de apoio técnico e capacitação aos municípios.

327. Conclui-se, portanto, pela **manutenção integral do achado e das propostas de encaminhamento**.

Conclusão

328. Em que pese a existência de ações pontuais envolvendo a saúde, educação e assistência social, restou evidenciado que há falha sistemática de institucionalização da articulação intersetorial necessária para o funcionamento integrado do SERDIA. A inexistência de instrumentos formais, diretrizes operacionais estaduais para pactuação intersetorial e de mecanismos de monitoramento partilhado compromete a

integralidade do cuidado, a efetividade dos PTS e a equidade do acesso entre municípios.

Propostas de encaminhamento

329. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

329.1. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, elabore e publique norma-orientadora para pactuação intersetorial do SERDIA, contendo, no mínimo: (a) modelo de termo de cooperação intersetorial (saúde, educação, assistência social e instituições parceiras); (b) modelo de comissão municipal intersetorial (com composição mínima, funções e periodicidade de reunião); (c) fluxo padronizado de encaminhamento e contrarreferência entre setores, incluindo responsabilidades quanto ao PTS; (d) matriz de indicadores mínimos intersetoriais (encaminhamentos realizados, participação escolar, presença de benefícios sociais, reuniões com familiares, indicadores de continuidade do PTS) e periodicidade de reporte à SESA.

329.2. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, implemente programa de apoio técnico e capacitação para municípios sobre pactuação e operacionalização intersetorial do SERDIA, com material técnico, oficinas regionais e checklist para institucionalização das comissões municipais.

329.3. **RECOMENDAR aos municípios que possuem SERDIA (e aos em fase de implantação)** que, em até 180 (cento e oitenta) dias: (a) instituem formalmente comissão municipal intersetorial com base no modelo estadual; (b) celebrem termo de cooperação com as secretarias locais de educação e assistência social e com as instituições conveniadas (APAE/Pestalozzi), definindo responsabilidades, fluxos e contrapartidas; (c) registrem em ata e divulguem publicamente as reuniões e decisões da comissão; (d) incluam representantes de famílias/usuários nas instâncias de governança locais.

Benefícios esperados

330. Como benefício da implementação das recomendações propostas, espera-se que a adoção das medidas propostas deverá fortalecer a continuidade e integralidade do cuidado (melhor elaboração, revisão e cumprimento dos PTS), reduzir rupturas no itinerário do usuário, permitir acompanhamento e avaliação intersetorial da execução do SERDIA e promover maior equidade territorial no acesso a serviços e benefícios educativos e sociais.

5.2 AUSÊNCIA DE PREVISÃO DE GOVERNANÇA COLABORATIVA NO SERDIA E DAS RESPONSABILIDADES DA SESA NA PORTARIA 159-R/2022.

331. **Não foi identificada uma instância de governança que reúna Estado, municípios e atores intersetoriais (educação, assistência social, conselhos de políticas públicas) para coordenar a política do SERDIA. A Portaria nº 159-R/2022 estabelece diretrizes de articulação intersetorial (art. 5º, VI), mas não institui mecanismo de governança próprio.**

Critérios

332. Utilizaram-se como critérios e boas práticas a Portaria nº 159-R/2022, art. 5º, VI; e o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.

Situação encontrada, evidências e análise

333. Não foi identificada uma instância formal de governança interinstitucional para coordenação, monitoramento e avaliação da Política Estadual de Cofinanciamento do SERDIA. Embora a Portaria nº 159-R/2022 estabeleça a necessidade de integração em rede e ações intersetoriais, não há arranjo institucional permanente que reúna Estado, municípios e demais atores da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para **pactuar estratégias, acompanhar resultados e deliberar** sobre ajustes na política.

334. Além disso, não foram identificados colegiados, comitês ou câmaras técnicas específicas que reúnam representantes do Estado, municípios, sociedade civil

organizada e setores intersetoriais (educação, assistência social, conselhos de políticas públicas) para a coordenação, monitoramento e avaliação da política. A ausência de instância própria de governança implica que decisões sobre a política de cofinanciamento, desenho da rede, capacitação, monitoramento e avaliação fiquem dispersas entre diferentes espaços (CIR, CIB e SESA), sem foco específico no SERDIA e sem atribuição clara de responsabilidades à SESA como gestora estadual.

335. A governança é um **pressuposto de efetividade** de qualquer política pública. Sem ela, há risco de desarticulação entre os entes federados, uso ineficiente dos recursos e não alcance dos objetivos da política. Em programas multiprofissionais e intersetoriais, como o SERDIA, essa fragilidade se torna ainda mais crítica.

Causa

336. Inexistência de norma complementar que detalhe a governança específica do SERDIA; ausência de definição explícita da responsabilidade da SESA quanto à coordenação e ao monitoramento sistemático da política; ausência de instância formal com foco de deliberação sobre a política; ausência de fluxos regulares de monitoramento estadual.

Efeito

337. Fragmentação na execução da política; ausência de mecanismos formais de monitoramento e correção de rumos e dificuldade de articulação intersetorial efetiva, reduzindo a integralidade do cuidado.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

338. A **SESA (Protocolo 17762/2025)** reconheceu que a Portaria nº 159-R/2022 **não prevê de forma explícita um mecanismo de governança colaborativa**, mas informou que o instrumento normativo se encontra em **processo de revisão**, no qual serão incorporadas tais diretrizes. A SESA também afirmou que as responsabilidades de coordenação, monitoramento e avaliação do SERDIA já são exercidas pela GEPORAS/SSAS/SESA, entendendo que essas funções estão implicitamente atribuídas, embora sem detalhamento formal. Assim, concordou parcialmente com o

achado: reconhece a lacuna normativa, mas discorda de que haja ausência de responsabilidades por parte da SESA.

339. Os municípios, por sua vez, manifestaram-se de modo convergente, **aguardando orientações complementares da SESA** sobre o modelo de governança estadual. **Domingos Martins (Protocolo 17761/2025)** expressou interesse em instituir comissão municipal intersetorial após a definição das diretrizes estaduais, e **Montanha (Protocolo 17675/2025)** defendeu a criação de um instrumento estadual que formalize fluxos e responsabilidades. **Muniz Freire (Protocolo 17754/2025)** destacou já possuir grupos condutores e comissões temáticas que abordam o SERDIA.

340. A análise da equipe de auditoria indica que as manifestações **corroboram o diagnóstico da auditoria**. O reconhecimento, pela própria SESA, de que a Portaria nº 159-R/2022 carece de previsão formal de governança confirma a **pertinência da recomendação de revisão normativa**. A existência de uma estrutura técnica responsável (GEPORAS) demonstra esforço administrativo, mas não supre a ausência de **instrumentos formais que assegurem continuidade, clareza de papéis e prestação de contas**.

341. Dessa forma, as manifestações são avaliadas como **parcialmente procedentes**: procedem quanto à informação de que a SESA desempenha funções de coordenação, mas **não afastam a necessidade de alteração normativa** para institucionalizar a governança colaborativa e detalhar as responsabilidades estaduais.

342. Assim, após análise das manifestações encaminhadas pelos gestores, a equipe de auditoria conclui que **não foram apresentados elementos capazes de alterar as constatações, as conclusões ou as propostas de encaminhamento anteriormente formuladas**, permanecendo válidas e pertinentes as recomendações dirigidas à SESA e aos municípios.

Propostas de encaminhamento

343. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022,

a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

343.1. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a instituir uma **instância formal de governança colaborativa** para o SERDIA, com participação do Estado, municípios, rede intersetorial e sociedade civil;

343.2. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir claramente **as responsabilidades da SESA** na coordenação, monitoramento e avaliação da política;

343.3. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a estabelecer **competências, fluxo de informação, periodicidade** mínima de reuniões e mecanismos de prestação de contas;

343.4. **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a criar instrumentos de **monitoramento de resultados e indicadores**, que permitam correção tempestiva de falhas e transparência da política perante a sociedade.

Benefícios esperados

344. Como benefício da implementação da recomendação proposta, espera-se ter maior coordenação entre os atores e clareza dos papéis e responsabilidades, fortalecimento da cooperação federativa, tomada de decisão mais ágil e fundamentada, melhor planejamento e alocação dos recursos e aumento da eficiência da política pública.

6 INDICADORES DO PROGRAMA SERDIA

345. O capítulo contempla achados relacionados aos indicadores qualitativos e quantitativos, se são coletados e analisados regularmente e se permitem monitorar e avaliar a política.

346. A questão central que orienta a análise deste capítulo é: **“Os indicadores qualitativos e quantitativos são coletados e analisados regularmente e permitem monitorar e avaliar a política?”**.

347. Ao longo do capítulo, são apresentadas as situações encontradas, as causas e os efeitos das lacunas identificadas em alguns municípios. Por fim, são propostas recomendações para fortalecer o monitoramento e a avaliação da política por meio dos indicadores estabelecidos, para o aprimoramento da política, a tomada de decisão embasada em evidências, possibilitando a correção de falhas, o fortalecimento de áreas frágeis e a melhoria contínua. A expectativa é que as ações sugeridas contribuam para uma gestão mais eficiente, além de maior equidade no atendimento.

6.1 OS INDICADORES (QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS) NÃO SÃO COLETADOS E ANALISADOS REGULARMENTE, NA SUA INTEGRALIDADE, EM TODOS OS SERDIAS, NÃO PERMITINDO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE FORMA ADEQUADA

Situação encontrada, evidências e análise

348. No que se refere aos indicadores **(1) quantitativos**, constatou-se que a maioria dos municípios apresentou evidências, nos relatórios técnicos, de registros mensais dos procedimentos realizados. Em relação ao quantitativo de usuários atendidos por mês, os documentos registram o número de atendimentos por procedimento no período analisado; contudo, verificaram-se inconsistências, pois, em grande parte dos casos, um mesmo usuário pode ter sido contabilizado em mais de um procedimento.

349. Ainda quanto aos indicadores quantitativos, embora a maioria dos municípios tenham apresentado dados sobre o número de novos usuários mensais, poucos apresentaram informações sobre as altas efetivadas. Destaca-se, ademais, que o

sistema não está parametrizado para gerar automaticamente esses registros, o que compromete a uniformidade das informações.

350. No tocante aos indicadores **(2) qualitativos**, observou-se que a maior parte dos municípios apresentou evidências da realização de, pelo menos, uma ação coletiva mensal de promoção da saúde e prevenção, em parceria com a Atenção Primária. Porém, verificou-se ausência de registros da elaboração, avaliação e reavaliação do Projeto Terapêutico Singular para 100% dos usuários atendidos.

351. Não foram constatadas, na maioria dos municípios, informações sobre o atendimento integral a neonatos de risco (0 a 2 anos) encaminhados para avaliação e estimulação precoce. Da mesma forma, não foi comprovado o cumprimento da exigência de que, no mínimo, 30% dos profissionais possuam especialização em abordagens terapêuticas voltadas ao cuidado de pessoas com deficiência intelectual e TEA, conforme estabelecido nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA. Ademais, os relatórios não apresentaram evidências quanto ao atendimento integral da demanda com tempo de resposta de até 72 horas às solicitações realizadas pelos profissionais no âmbito da Autorregulação Formativa Territorial.

Causas

352. Falta de padronização devido à ausência de protocolos claros e uniformes estabelecidos na Nota Técnica nº 27/2022 GEPORAS/SSAS/SESA, para registro e coleta de dados nos municípios. Deficiências no sistema de informação, que não está parametrizado para gerar relatórios automaticamente ou para prevenir a inconsistência nos registros de um mesmo usuário em diferentes procedimentos, dificultando a extração de dados confiáveis. Há falha em fazer o uso adequado e em registrar as informações corretamente no sistema de prontuário único e informatizado disponibilizado pela SESA.

353. Número reduzido de procedimentos descritos nos códigos do SIGTAP (protocolo de funcionamento do SERDIA), o que dificulta a apuração dos indicadores, dificultando o gerenciamento e o monitoramento dos beneficiários da política, por parte da equipe multidisciplinar e do gestor do SERDIA.

354. Lacunas no monitoramento, já que não há mecanismos formalmente estabelecidos para a coleta de indicadores-chave, como o atendimento a neonatos de risco, a qualificação da equipe, novos atendimentos, números de altas, número de procedimentos por paciente, registro do número de pacientes sem PTS e o tempo de resposta, o que impede a supervisão dessas áreas.

Efeitos

355. Inconsistência e baixa confiabilidade dos dados, já que os relatórios quantitativos e qualitativos não refletem a realidade dos serviços prestados, pois o mesmo usuário é contabilizado múltiplas vezes, comprometendo a credibilidade das informações.

356. Tomada de decisão prejudicada, pois a gestão municipal e estadual carece de dados detalhados, padronizados, comparáveis e confiáveis para avaliar a efetividade da política pública, identificar gargalos e direcionar investimentos de forma estratégica. Risco de insuficiência de recursos, devido à ausência de dados precisos sobre a demanda (novos usuários e altas). Além disso ausência de evidenciação da qualificação da equipe. Os recursos humanos e financeiros podem não ser distribuídos de maneira eficiente, gerando sobrecarga ou ociosidade na prestação dos serviços.

Evidências

357. Aderiram ao SERDIA 34 municípios, desses, 27 estão em operação, porém 7 municípios ainda não.

358. Estão em operação os SERDIA dos municípios de: Afonso Cláudio, Águia Branca, Alegre, Anchieta, Atílio Vivácqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Dolores do Rio Preto, Fundão, Governador Lindenberg, Ibirajuba, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Muqui, Pedro Canário, Piúma, Rio Bananal, Santa Maria de Jetibá, São Gabriel da Palha, Venda Nova do Imigrante.

359. Não estão em operação os SERDIA dos municípios de: Aracruz, Divino de São Lourenço, Guaçuí, Jaguaré, Pancas, Rio Novo do Sul, Santa Teresa.

360. Constatam 10 municípios em processo de adesão, são eles: Alto Rio Novo, Cariacica, Conceição da Barra, Ecoporanga, Ibitirama, Marechal Floriano, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

361. Dos 27 municípios que estão com o SERDIA em operação, 20 apresentaram os relatórios técnicos quadrimestrais de funcionamento, dessa forma, foram realizadas análises dos indicadores desses municípios, foram eles: Afonso Cláudio, Águia Branca, Anchieta, Atílio Vivacqua, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Brejetuba, Conceição do Castelo, Ibiracú, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Montanha, Mucurici, Muqui, Pedro Canário, Piúma, Santa Maria de Jetibá, São Gabriel da Palha e Venda Nova do Imigrante.

Indicadores quantitativos

362. Os 20 municípios analisados apresentaram o indicador referente ao registro mensal dos procedimentos realizados. O quantitativo de usuários atendidos por mês foi apresentado por 18 municípios. Em relação ao quantitativo de novos usuários por mês, verificou-se que 19 municípios atendem a essa exigência. Quanto ao quantitativo de usuários com alta efetivada, verificamos que apenas 4 municípios implementaram esse indicador.

Indicadores Qualitativos

363. A realização de no mínimo uma ação coletiva por mês de promoção à saúde e prevenção à deficiência, em conjunto com a Atenção Primária em cada município em que estiver sediado o SERDIA, foi implementada por 20 municípios.

364. Apenas o município de Linhares evidenciou o atendimento do indicador referente ao atendimento a 100% dos neonatos de risco (0 a 2 anos) referenciados para avaliação e estimulação precoce. Em relação a elaboração, avaliação e reavaliação do PTS para 100% dos usuários atendidos, apenas 3 municípios apresentaram esse indicador.

365. Não foi evidenciado, por nenhum dos municípios, o indicador referente ao mínimo de 30% de profissionais com especialização em abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA, de acordo com

as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA. Também não foi demonstrado o atendimento a 100% da demanda com tempo de resposta de até 72 horas às solicitações realizadas pelos profissionais na Autorregulação Formativa Territorial.

366. As **Tabelas 8 e 7** demonstram a quantidade de municípios que atendeu a cada um dos indicadores (quantitativos e qualitativos):

Tabela 7 - número de municípios que atendeu a cada um dos indicadores quantitativos

Indicadores quantitativos	Nº Municípios
Registro mensal dos procedimentos realizados	20
Quantitativo de usuários atendidos por mês	18
Quantitativo de novos usuários por mês	19
Quantitativo de usuários com alta efetivada	4

Fonte: Relatório quadrimestral dos SERDIA. Elaboração própria.

Tabela 8 - número de municípios que atendeu a cada um dos indicadores qualitativos

Indicadores quantitativos	Nº Municípios
Realização de no mínimo uma ação coletiva por mês de promoção à saúde e prevenção à deficiência, em conjunto com a Atenção Primária em cada município em que estiver sediado o SERDIA	20
Atendimento a 100% dos neonatos de risco (0 a 2 anos) referenciados para avaliação e estimulação precoce	1
Elaboração, avaliação e reavaliação do PTS para 100% dos pacientes atendidos	3
Mínimo de 30% de profissionais com especialização em abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA, de acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA	0
Atendimento a 100% da demanda com tempo de resposta de até 72 horas às solicitações realizadas pelos profissionais na Autorregulação Formativa Territorial	0

Fonte: Relatório quadrimestral dos SERDIA. Elaboração própria.

367. É importante destacar que no artigo 21 da Portaria 159-R são estabelecidas situações para a suspensão de repasse financeiro aos municípios. A Inexistência ou desativação do SERDIA ou do estabelecimento de saúde em que estiver sediado; ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem a equipe mínima, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais da equipe

mínima dos SERDIA; e falha na alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) por três competências seguidas.

368. O prazo quadrimestral de prestação de contas não parece razoável, já que o monitoramento dessas situações para suspensão aparenta ser mais eficiente se acompanhado em prazo inferior.

Conclusão

369. Há falhas no monitoramento e avaliação dos indicadores quantitativos e qualitativos do SERDIA, essas falhas comprometem o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços assistenciais e a eficiência dos processos necessários ao bom desenvolvimento do serviço pelos municípios.

Comentários dos Gestores e Análise da Equipe

370. Em resposta à solicitação de comentários, os municípios que encaminharam manifestação corroboraram o diagnóstico da auditoria. Já a SESA manifestou discordância com o achado, mencionando que os indicadores (qualitativos e quantitativos) são coletados e analisados regularmente, na sua integralidade, em todos os SERDIAS, permitindo monitoramento e avaliação da política de forma adequada (AA12).

371. Assim, a análise das manifestações **confirma integralmente o teor do achado**, pelos municípios. Apesar da discordância da SESA com o achado, foram encontradas evidências, no curso da auditoria, que **confirmam o teor do achado**. Reforça-se a necessidade de que indicadores sejam coletados e analisados regularmente, na sua integralidade, em todos os SERDIAS, permitindo monitoramento e avaliação da política de forma adequada.

Propostas de encaminhamento

372. Ante o exposto e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e no art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

372.1. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, estabeleça uma parametrização mínima para os sistemas de informação utilizados pelos municípios, definindo critérios objetivos que permitam a geração automática dos indicadores estabelecidos pela Portaria para fins de monitoramento.

372.2. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, revise o rol de procedimentos realizados e disponibilizados para registro de produção no protocolo de funcionamento do SERDIA para que este possibilite (a) um maior detalhamento dos procedimentos, (b) o cálculo automático dos indicadores propostos na portaria e (c) amplie a visão gerencial dos serviços prestados pelo gestor.

372.3. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, elabore e implemente um modelo de prestação de contas padronizado de acordo com os indicadores exigidos pela portaria, detalhando inclusive as fontes de dados onde os indicadores serão coletados.

372.4. **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, promova capacitação técnica e ofereça treinamentos para os profissionais dos municípios sobre a importância e a forma correta de preencher os dados, utilizando as novas ferramentas e o protocolo padronizado.

Benefícios esperados

373. Dados mais precisos e confiáveis, para obter uma visão clara e exata do número de usuários e do fluxo de atendimento, permitindo uma análise mais fiel da realidade. Aprimoramento da política pública, a tomada de decisão será embasada em evidências, possibilitando a correção de falhas, o fortalecimento de áreas frágeis e a melhoria contínua da política. Maior equidade no atendimento, com o monitoramento de indicadores como o atendimento a grupos específicos (neonatos) garante que as lacunas sejam identificadas e corrigidas, resultando em um serviço mais justo para o público-alvo do SERDIA.

7 CONCLUSÃO

374. O presente relatório refere-se ao resultado da auditoria operacional realizada na Política Estadual de Cofinanciamento dos Serviços Especializados em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual (DI) e Transtornos do Espectro Autista (TEA) – SERDIA, com o objetivo de “avaliar o desenho e a eficiência na implementação da política no âmbito do Estado do Espírito Santo e dos municípios”.

375. A fiscalização evidenciou que, embora o SERDIA represente um avanço significativo na ampliação da oferta de serviços de reabilitação intelectual e TEA, ainda persistem fragilidades que comprometem a efetividade e a equidade da política. Foram identificadas deficiências relacionadas à adequação do cofinanciamento estadual, à classificação dos tipos de SERDIA, à composição das equipes multiprofissionais, à estrutura física dos serviços e à articulação intersetorial entre saúde, educação e assistência social.

376. No total, foram apontados **12 (doze) achados de auditoria**, abrangendo aspectos de desenho, implementação e monitoramento da política. Entre eles, destacam-se a incompatibilidade entre a tipologia dos SERDIA e a cobertura populacional prevista; a insuficiência de profissionais especializados; a ausência de critérios objetivos para infraestrutura humanizada; a fragmentação do atendimento nos municípios sem SERDIA; e a inexistência de mecanismos consolidados de monitoramento, governança colaborativa e indicadores padronizados que permitam avaliar a efetividade do programa.

377. O benefício esperado, caso as recomendações propostas sejam implementadas, é a **expansão da cobertura e da adesão municipal**, com conseqüente **redução das desigualdades regionais, melhoria da qualidade e integralidade do cuidado, diminuição das filas de espera e fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial**. Também se espera o **aperfeiçoamento do monitoramento e da gestão da política**, com base em dados padronizados e evidências que subsidiem a tomada de decisão e assegurem maior eficiência na aplicação dos recursos públicos.

378. O relatório preliminar foi encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e aos municípios fiscalizados para manifestação, cujos comentários foram analisados e, quando pertinentes, incorporados à versão final deste relatório.

379. Por fim, destaca-se que o **SERDIA constitui uma política pública estratégica** para o fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Espírito Santo, devendo a implementação das deliberações propostas contribuir para a consolidação de um modelo de atenção mais inclusivo, integrado e resolutivo, em conformidade com os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

8 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

380. Ante o exposto nos capítulos anteriores e com fundamento no art. 1º, XXXVI, da Lei Complementar n.º 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), e no art. 207, inciso V; Art. 329, §7º, ambos do Regimento Interno do TCEES, e art. 2º, III c/c art. 11 da Resolução TC 361/2022, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal as seguintes propostas de encaminhamento:

380.1. Relativamente ao achado **AA1 - “Distribuição do cofinanciamento e valor do repasse não adequados às responsabilidades e aos custos dos serviços prestados no programa”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para adequar os valores dos Tipos de SERDIA aos custos reais do programa e prever mecanismo de atualização monetária anual.
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para adequar a proporção de cofinanciamento (60/40), aumentando a responsabilidade do Estado.
- c) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse financeiro, e único, específico para custos de instalação dos serviços (infraestrutura e materiais).
- d) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse financeiro periódico para custear a manutenção dos serviços.
- e) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para incluir no SERDIA repasse para financiamento da formação continuada dos profissionais envolvidos na política.

380.2. Relativamente ao achado **AA2 - “Incompatibilidade entre a definição dos tipos de SERDIA e a garantia da cobertura do público-alvo previsto”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à indicação de pacientes mínimos atendidos por mês, com base em estudos epidemiológicos atualizados, relacionada à prevalência de TEA e DI, de forma a garantir o atendimento da demanda atual e que sejam realizadas revisões periódicas;
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022 para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à **quantidade prevista de procedimentos mensais**, compatibilizando estes ao protocolo de funcionamento do SERDIA.
- c) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022, para ajustar os tipos de SERDIA, no que diz respeito à **quantidade de horas-especialistas**, compatibilizando estas com os ajustes a serem realizados nos itens 316.2.a e 316.2.b.

380.3. Relativamente ao achado **AA3 - “Descumprimento da exigência de equipe mínima multiprofissional estabelecida para oferta dos serviços especializados do SERDIA”**:

- a) **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Atilio Vivacqua, Domingos Martins, Iúna, Muniz Freire, Muqui, Pedro Canário e Piúma** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, recomponham as suas equipes mínimas exigidas, conforme estabelecida no Anexo I da Portaria 159-R/2022;
- b) **RECOMENDAR à SESA**, que no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, em conjunto com os municípios, adote medidas estruturantes para garantir a composição mínima e diminuir a rotatividade dos profissionais, com mecanismos de incentivo à contratação, possibilidade de fracionamento da carga horária, pactuação regional de profissionais e monitoramento sistemático via CNES.

380.4. Relativamente ao achado **AA4 - “Insuficiência de capacitação ofertada aos multiprofissionais da equipe mínima e aos atores envolvidos na política estadual do SERDIA”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo 180 (cento e oitenta) dias, revise a Portaria 159-R/2022, estabelecendo **sua responsabilidade** sobre a disponibilização da formação, por meio de especialização, da equipe mínima exigida e capacitação permanente dos profissionais e familiares envolvidos na política estadual do SERDIA, **e a responsabilidade dos municípios** em fornecer o suporte necessário para que os profissionais possam participar das capacitações ofertadas;
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, **elabore e implemente um plano permanente de capacitação** para os profissionais que atuam no SERDIA, na Rede de Atenção Primária, nas ações intersetoriais com a Educação e Assistência Social e para as famílias cuidadoras, com foco nas abordagens terapêuticas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência intelectual e TEA e na regulação e governança do SERDIA, garantindo qualidade e padronização de capacitação.

380.5. Relativamente ao achado **AA5 - “Ausência de critério de monitoramento da equipe e da estrutura física mínimas exigidas para o SERDIA na Portaria 159-R/2022”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a estabelecer critérios objetivos de monitoramento para a aferição do cumprimento da equipe mínima multiprofissional (art. 12) e da infraestrutura física mínima (art. 13) exigidas para os SERDIA, de modo a permitir a verificação periódica e uniforme entre as unidades.
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir instrumentos técnicos padronizados, como protocolos, *checklists* e indicadores de conformidade, a serem utilizados nas inspeções *in loco* e no

acompanhamento administrativo, de forma a subsidiar relatórios de avaliação previstos nos arts. 31, §7º, e 32 da própria Portaria.

- c) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a fixar prazos e periodicidade mínima para inspeções presenciais pela SESA, vinculando-os aos processos de habilitação, reabilitação ou manutenção da certificação dos serviços SERDIA, de forma a assegurar a continuidade do atendimento em conformidade com os requisitos normativos.

380.6. Relativamente ao achado **AA6 - “Ausência de critério objetivo que caracterize infraestrutura humanizada nos SERDIA”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a incluir critérios objetivos de ambiência humanizada na estrutura física (art. 13) e como critério de monitoramento (art. 28), contemplando conforto ambiental, privacidade e individualidade nos atendimentos, espaços que favoreçam a interação, participação e vínculo entre usuários, familiares e profissionais, e acessibilidade ampla (física, comunicacional e tecnológica);
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir instrumentos técnicos padronizados, como protocolos, *checklists* e indicadores de conformidade, que tratem sobre “ambiência”, a serem utilizados nas inspeções in loco e no acompanhamento administrativo, de forma a subsidiar relatórios de avaliação previstos nos arts. 31, §7º, e 32 da própria Portaria;
- c) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a fixar prazos e periodicidade mínima para inspeções presenciais, vinculando-os aos processos de habilitação, reabilitação ou manutenção da certificação dos serviços SERDIA, de forma a assegurar a continuidade do atendimento em conformidade com os requisitos normativos;

- d) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a prever o acolhimento e o cuidado humanizado dos acompanhantes e cuidadores, em consonância com a Política Nacional de Cuidados, que reconhece o cuidado como direito fundamental e estabelece como princípios a integralidade, corresponsabilização social, promoção da autonomia e dignidade da pessoa.

380.7. Relativamente ao achado **AA7 - “Ausência de estrutura física mínima para oferta dos serviços especializados do SERDIA”**:

- a) **RECOMENDAR às Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Água Branca, Atilio Vivacqua, Baixo Guandu, Brejetuba, Domingos Martins, Dores do Rio Preto, Iúna, Jerônimo Monteiro, Linhares, Montanha, Mucurici, Muqui, Muniz Freire, Pedro Canário, Piúma, Rio Bananal, Santa Maria de Jetibá e Venda Nova do Imigrante** que, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, adequem suas respectivas infraestruturas físicas, de forma a atender integralmente o art. 13 da Portaria 159-R/2022.
- b) **RECOMENDAR à SESA**, no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, que realize inspeções *in loco* nos SERDIA dos Municípios de Água Branca, Baixo Guandu, Muniz Freire, Pedro Canário e Linhares, a fim de verificar o atendimento integral do art. 13 da Portaria 159-R/2022, inclusive quanto à conformidade com a NBR 9050/2020 sobre normas de acessibilidade para as pessoas com deficiência.

380.8. Relativamente ao achado **AA8 - “Ausência de condições para avaliação da efetividade do SERDIA quanto à redução do tempo médio para diagnóstico e início do tratamento”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria SESA nº 159-R/2022, com vista a instituir indicadores específicos de tempo médio para diagnóstico e para início do tratamento, bem como disciplinar sua coleta, monitoramento e análise nos relatórios

técnicos quadrimestrais, de modo a possibilitar a avaliação periódica da efetividade do SERDIA quanto à oportunidade do cuidado e à redução do tempo de espera dos usuários.

- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, emita ato complementar à Portaria SESA nº 159-R/2022, por meio de nota técnica, instrução normativa ou instrumento equivalente, estabelecendo o padrão mínimo de registro das informações relativas à regulação, diagnóstico e início do tratamento dos usuários do SERDIA, com definição de campos obrigatórios, periodicidade e formato de envio dos dados pelos municípios, de modo a permitir a consolidação e o monitoramento sistemático dos indicadores de efetividade da política, especialmente os relacionados ao tempo médio para diagnóstico e início do tratamento.

380.9. Relativamente ao achado **AA9 - “Fragmentação do atendimento nos municípios sem SERDIA ou estrutura equivalente”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, elabore e publique diretrizes estaduais específicas orientando os municípios sem SERDIA ou CER quanto à estruturação mínima de serviços equivalentes, contemplando parâmetros técnicos, composição multiprofissional, mecanismos de regulação e instrumentos de acompanhamento terapêutico.
- b) **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Água Doce do Norte, Alfredo Chaves, Apiacá, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Castelo, Ibatiba, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Mantenópolis, Marataízes, Marilândia, Presidente Kennedy, Santa Leopoldina, São Domingos do Norte, São José do Calçado, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória** que elaborem, com apoio técnico da SESA, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, planos de organização dos serviços de atenção à pessoa com deficiência intelectual e TEA, prevendo atuação multiprofissional e intersetorial, com realização de

avaliações conjuntas entre os profissionais das diferentes áreas de saúde para definição de diagnóstico e condutas terapêuticas unificadas, nos moldes dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) adotados pelo SERDIA.

- c) **RECOMENDAR às Secretárias Municipais de Saúde** dos municípios de **Água Doce do Norte, Alfredo Chaves, Apiacá, Boa Esperança, Bom Jesus do Norte, Castelo, Ibatiba, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itapemirim, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Mantenópolis, Marataízes, Marilândia, Presidente Kennedy, Santa Leopoldina, São Domingos do Norte, São José do Calçado, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória** que, no prazo de 180 (cento e oitenta), fortaleçam a articulação intersetorial local entre saúde, educação e assistência social, com reuniões periódicas, definição de responsáveis e elaboração de protocolos de acompanhamento conjunto dos usuários.

380.10. Relativamente ao achado **AA10 - “Ausência de ações intersetoriais eficazes entre os serviços de saúde, educação e assistência social”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, elabore e publique norma-orientadora para pactuação intersetorial do SERDIA, contendo, no mínimo: (a) modelo de termo de cooperação intersetorial (saúde, educação, assistência social e instituições parceiras); (b) modelo de comissão municipal intersetorial (com composição mínima, funções e periodicidade de reunião); (c) fluxo padronizado de encaminhamento e contrarreferência entre setores, incluindo responsabilidades quanto ao PTS; (d) matriz de indicadores mínimos intersetoriais (encaminhamentos realizados, participação escolar, presença de benefícios sociais, reuniões com familiares, indicadores de continuidade do PTS) e periodicidade de reporte à SESA.
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, implemente programa de apoio técnico e capacitação para municípios sobre pactuação e operacionalização intersetorial do SERDIA, com material técnico, oficinas regionais e checklist para institucionalização das comissões municipais.

- c) **RECOMENDAR aos municípios que possuem SERDIA (e aos em fase de implantação)** que, em até 180 (cento e oitenta) dias: (a) instituem formalmente comissão municipal intersetorial com base no modelo estadual; (b) celebrem termo de cooperação com as secretarias locais de educação e assistência social e com as instituições conveniadas (APAE/Pestalozzi), definindo responsabilidades, fluxos e contrapartidas; (c) registrem em ata e divulguem publicamente as reuniões e decisões da comissão; (d) incluam representantes de famílias/usuários nas instâncias de governança locais.

380.11. Relativamente ao achado **AA11 - “Ausência, na portaria 159-R/2022, de previsão de Governança colaborativa no SERDIA e responsabilidades da SESA na coordenação, monitoramento e avaliação da política”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a instituir uma **instância formal de governança colaborativa** para o SERDIA, com participação do Estado, municípios, rede intersetorial e sociedade civil;
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a definir claramente **as responsabilidades da SESA** na coordenação, monitoramento e avaliação da política;
- c) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a estabelecer **competências, fluxo de informação, periodicidade** mínima de reuniões e mecanismos de prestação de contas;
- d) **RECOMENDAR à SESA** que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, aperfeiçoe a Portaria nº 159-R/2022, com vista a criar instrumentos de **monitoramento de resultados e indicadores**, que permitam correção tempestiva de falhas e transparência da política perante a sociedade.

380.12. Relativamente ao achado **AA12 - “Os indicadores (qualitativos e quantitativos) não são coletados e analisados regularmente, na sua integralidade, em todos os SERDIAS, não permitindo monitoramento e avaliação da política de forma adequada”**:

- a) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, estabeleça uma parametrização mínima para os sistemas de informação utilizados pelos municípios, definindo critérios objetivos que permitam a geração automática dos indicadores estabelecidos pela Portaria para fins de monitoramento.
- b) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, revise o rol de procedimentos realizados e disponibilizados para registro de produção no protocolo de funcionamento do SERDIA para que este possibilite (a) um maior detalhamento dos procedimentos, (b) o cálculo automático dos indicadores propostos na portaria e (c) amplie a visão gerencial dos serviços prestados pelo gestor.
- c) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, elabore e implemente um modelo de prestação de contas padronizado de acordo com os indicadores exigidos pela portaria, detalhando inclusive as fontes de dados onde os indicadores serão coletados.
- d) **RECOMENDAR à SESA** que, em até 180 (cento e oitenta) dias, promova capacitação técnica e ofereça treinamentos para os profissionais dos municípios sobre a importância e a forma correta de preencher os dados, utilizando as novas ferramentas e o protocolo padronizado.

381. Com fundamento no art. 9º, Inciso IV, da Resolução TC-361, de 19 de abril de 2022²⁵ e no item 529 do Manual de auditoria Operacional do TCU²⁶ (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021):

381.1. **Dar ciência** à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS/ES), aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, Defensoria Pública, Comissão de educação da ALES, e ao Ministério Público Estadual – MPES, do presente relatório de auditoria;

381.2. **Dar ciência** ao controle interno da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios, do presente relatório de auditoria;

381.3. **Dar ciência** à Sesa e às Secretarias Municipais de Saúde que as recomendações deliberadas serão monitoradas conforme previsto no manual de auditoria operacional do TCU, adotado por este TCEES por meio da Nota Técnica Segex 02/2021, devendo esse monitoramento ocorrer a partir do segundo semestre de 2026.

As análises e recomendações apresentadas neste relatório devem ser interpretadas em conjunto com os resultados da Avaliação Executiva do SERDIA (**Apêndice 192/2025**), que aprofunda os aspectos metodológicos e analíticos da política, reforçando os achados e apontando caminhos para o aprimoramento contínuo da reabilitação intelectual e TEA no Espírito Santo.

²⁵ Art. 9º. As ciências se destinam a reorientar a atuação administrativa do jurisdicionado e evitar: IV - o prejuízo às finalidades de órgão, entidade, sistema, programa, projeto ou atividade governamental decorrente do não tratamento de risco relevante.

²⁶ 529. A ampla divulgação dos relatórios de auditoria promove a credibilidade das auditorias do Tribunal. Assim, os relatórios de auditoria precisam ser encaminhados para a entidade auditada, o órgão supervisor no Poder Executivo, as comissões do Congresso Nacional e para outras partes responsáveis ou com algum poder de decisão ou influência que possam contribuir para o aperfeiçoamento do desempenho do auditado e para a implementação das deliberações do TCU. (ISSAI 3000/134).

Vitória, 17 de outubro de 2025

EQUIPE: Lucas Matias Caetano (líder)
Auditor de Controle Externo

Felipe dos Anjos Vieira Ferreira
Auditor de Controle Externo

Julia Sasso Alighieri
Auditora de Controle Externo

Luiz Gustavo Braga Freire
Auditor de Controle Externo

Rodrigo Reis Lobo de Rezende
Auditor de Controle Externo

Simone Reinholz Velten
Auditora de Controle Externo

SUPERVISÃO: Maytê Cardoso Aguiar
Auditora de Controle Externo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Painel de Referência para validação da Matriz de Planejamento. Fonte: Equipe de Auditoria, 2025.	12
Figura 2 - Características do SERDIA.....	19
Figura 3 - Fluxograma para adesão e habilitação SERDIA.....	20
Figura 4 - Situação dos municípios do Espírito Santo quanto à implantação do SERDIA e à existência de Centros Especializados em Reabilitação (CER) com modalidades de reabilitação intelectual e TEA, 2025.	22
Figura 5: Imagem de reunião realizada no município de São Gabriel da Palha para estudo de caso envolvendo saúde, educação e conselho tutelar.	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Tabela 1 – Valores atuais do cofinanciamento do SERDIA.	29
Tabela 2 – Metodologia de cálculo dos valores do SERDIA.	31
Tabela 3 – Cálculo dos valores para cobertura da equipe mínima do Serdia em 2022.	32
Tabela 4 – Cenários simulados de fila por tipo de Serdia	41
Tabela 5 - Municípios que informaram quantitativos que não atendem ao critério objetivo relativo à infraestrutura	62
Tabela 6 - Municípios que informaram não atender ao critério objetivo relativo à carga horária da equipe mínima e informações coletadas em fiscalização.....	68
Tabela 7 - número de municípios que atendeu a cada um dos indicadores quantitativos	107
Tabela 8 - número de municípios que atendeu a cada um dos indicadores qualitativos	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de Autismo nas Matrículas da Educação Especial	11
Gráfico 2 - Percepção dos municípios com SERDIA em operação quanto à adequação da infraestrutura física para favorecer os resultados dos atendimentos.	61
Gráfico 3 - Proporção de SERDIA em operação que informaram quantitativos de salas que não atendem ao critério da Portaria SESA nº 159-R/2022.....	62
Gráfico 4 - Percentual de SERDIA em operação com salas de estimulação precoce e salas de atividades da vida diária.....	64
Gráfico 5 - Municípios que disponibilizaram treinamento aos profissionais do SERDIA nos últimos 12 meses.....	74
Gráfico 6 - Existência de fluxos e/ou protocolos de articulação entre setores.	93
Gráfico 7: Respostas dos municípios sobre instância municipal de coordenação intersetorial.....	94

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do SERDIA conforme critérios populacionais, produção, equipe mínima, número de atendimentos	38
Quadro 2 – Estimativas utilizadas pela SESA	40
Quadro 3 – Relação de usuários e procedimentos por tipo de equipamento	42
Quadro 4 – Composição da Equipe Multidisciplinar por Categoria Profissional e Carga Horária Mínima Semanal.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA – Achado de Auditoria
ALES – Assembleia Legislativa do Espírito Santo
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
COSEMS/ES – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo
DI – Deficiência Intelectual
ES – Espírito Santo
FGV EESP CLEAR – Fundação Getúlio Vargas / Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e África Lusófona
FMSS – Fundo Municipal de Saúde
GM/MS – Gabinete do Ministro da Saúde / Ministério da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPES – Ministério Público do Estado do Espírito Santo
NBASP – Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público
NSAÚDE – Núcleo de Controle Externo de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas de Saúde
PACE – Plano Anual de Controle Externo
PNASPD – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PTI – Plano de Trabalho Institucional
PTS – Projeto Terapêutico Singular
QAE – Questão de Auditoria e Escopo
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RCPP – Referencial de Controle de Políticas Públicas
SSAS – Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SERDIA – Serviço Especializado em Reabilitação para Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tribunal de Contas
TCEES – Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo
TCU – Tribunal de Contas da União
TEA – Transtorno do Espectro Autista
UBS – Unidade Básica de Saúde