Ofício nº 03/2024

Toledo-PR, 11 de novembro de 2024.

Ilmo. Sr.
DR. RUY FONSATTI JUNIOR
Coordenador da Equipe de Transição do Prefeito Eleito
Município de Toledo - Paraná

Assunto: Resposta ao Ofício nº 08/2024-TC

Prezado Doutor,

Encaminhamos os documentos solicitados por meio do Ofício nº 08/2024-TC, com fundamento na Lei Municipal nº 2.226/2016 e artigo 10, § 1º da Lei nº 12.527/2011.

Ressalta-se que as informações foram detalhadas nas reuniões nos dias 31/10, 01, 04, 05, 06/11/2024, previamente agendada entre as comissões de transição, na qual a comissão do prefeito eleito não se fez presente.

Dessa maneira, em respeito o princípio da continuidade dos serviços públicos, segue em anexo o relatório de gestão e documentos anexos da Secretaria Municipal da Saúde.

Ainda são indicados os endereços eletrônicos onde é possível acompanhar as gravações das reuniões de transição onde a Secretaria Municipal da Saúde detalhou todas as informações que constam nos anexos.

- 31/10/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (1ª Reunião) - https://youtu.be/Y3tYHsoS4yk
- 01/11/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (2ª Reunião) (Manhã) - https://youtu.be/lnt1Ivp2bJM
- 01/11/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (3ª Reunião) (Tarde) - https://youtu.be/6fnrN_vod0k
- 04/11/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (4ª Reunião) - https://youtu.be/TJsRtoU4fFE
- 05/11/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (5ª Reunião) (Manhã) - https://youtu.be/bKOtR0JnzZ8

- 06/11/2024 | Reunião de Transição - Secretaria da Saúde (6ª Reunião) (Manhã) - https://youtu.be/kkQcz7wYVxU

Além disso, destacamos que todas as reuniões, documentos e atos da transição são encontrados no sítio eletrônico do município de Toledo, em aba específica – Atos da Transição: https://www.toledo.pr.gov.br/secretarias/secretaria_administracao/atos-da-transicao.

Por fim, ficamos à disposição para eventuais esclarecimentos e providências que se fizerem necessárias, aproveitando a oportunidade para renovar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

DIEGO BONALDO
Coordenador da Equipe de Transição

SECRETARIA DA SAÚDE DE TOLEDO

RELATÓRIO DE TRANSIÇÃO

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE DE TOLEDO

RELATÓRIO DE TRANSIÇÃO

Toledo é + Saúde!

GESTÃO SECRETARIA DA SAÚDE 2021 - 2024

Secretária da Saúde
Gabriela Almeida Kucharski

Diretora Geral em Saúde
Diane Michely Cassaro

Diretora do Departamento de Gestão em Saúde
Tatiani Finkler Guzzo

Diretor do Departamento Administrativo e Financeiro em Saúde
Eloi Italo Groeler

Diretora do Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde
Tatiane Veiga Rodrigues

Diretora do Departamento da Rede de Atenção Especializada
Luana Kelly Rezende

Diretora da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Juliana Ventura Lima

Diretora da Rede de Atenção à Saúde Mental
Leila de Fátima Machado

Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde
Juliana Beux Konno

Diretor de Assistência Farmacêutica
Taylon Eduardo Pereira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 05

INTRODUÇÃO 09

GABINETE E DIREÇÃO GERAL 10

GESTÃO EM SAÚDE 31

ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO 144

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 162

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 270

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 292

ATENÇÃO ESPECIALIZADA 370

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL 412

VIGILÂNCIA EM SAÚDE 452

CONCLUSÃO 538

SIGLAS 540

APRESENTAÇÃO

Nos últimos dias, temos vivenciado um momento de transição de gestão. Portanto, é importante revisitar o período em que estivemos à frente da gestão da Secretaria da Saúde do município de Toledo. Foram aproximadamente 3 anos e 10 meses, mas às vezes, ao olhar para trás e reviver a caminhada, temos a sensação de que foi um período muito maior. Explico o porquê: iniciamos em 2021, com o enfrentamento da pior fase da Pandemia da COVID 19, momento em que o sistema único de saúde mostrou o seu valor a todos aqueles que um dia duvidaram da sua importância para o país no cenário da saúde pública. Momento em que acordávamos e íamos dormir pensando apenas em como salvar vidas e, do ponto de vista de gestão, em como manter também o nosso equilíbrio para que pudéssemos seguir amparando a comunidade na Pandemia. Nenhum setor da sociedade conseguiu ficar imune às decisões tomadas na saúde pública e até quem jamais pensou em colocar os pés em uma unidade básica de saúde que fosse, precisou compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Vivemos momentos muito tristes e até desesperadores, pois somos profissionais de saúde, estudamos para salvar vidas. Recordo-me de quão triste e frustrante foi, por exemplo, assinar um aditivo de contrato para aquisição de sacos para colocar corpos de pacientes que iam à óbito, pois os nossos estoques estavam acabando. Recordo-me também, do dia em que tomamos a difícil decisão de fechar a porta externa do Pronto Atendimento Municipal para ambulâncias, uma vez que não havia mais fontes de oxigênio disponíveis para colocar os pacientes, bem como da angústia nos olhos de cada um, que dentro das suas atribuições e da sua forma precisou enfrentar, com muita coragem, um inimigo totalmente desconhecido.

Ao mesmo tempo a alegria e a emoção da primeira dose da vacina contra a COVID 19, assim como os lindos mutirões de vacinação nos ginásios, nos CERTIs e nos CEJUs. Uma vacina tão esperada na época, como a promessa do retorno ao antigo “normal”. Mas o antigo “normal” nunca mais foi o mesmo no SUS. A Pandemia causou o desmonte da saúde preventiva e devastou o modelo da Atenção Primária. Além disso, junto com ela, vieram as demandas gigantescas da saúde mental, com pacientes cada vez mais deprimidos e ansiosos, a sobrecarga nos serviços de atendimento aos pacientes com deficiência intelectual, como o transtorno do espectro autista, associado ao aumento de atendimentos na pediatria geral, com a superlotação dos pronto atendimentos devido ao comprometimento da imunidade das nossas crianças pela ausência do

convívio social, o que também resultou em inúmeros casos de crianças com atraso de desenvolvimento. Dos movimentos antivacinas, após a politização da vacinação, o que trouxe (e ainda traz) o risco de ressurgirem doenças infectocontagiosas controladas há décadas, além das filas gigantescas para consultas nas especialidades médicas, uma vez que tudo, absolutamente tudo, funcionava somente com o objetivo de dar acesso a atendimentos aos pacientes com sintomas de COVID 19.

Sim, a população estava doente. E possivelmente mais doente que na própria Pandemia. O sistema público de saúde, com todas as suas dificuldades da vida real, não estava e não está preparado para transições tão abruptas de necessidades de cuidados da população. Foi preciso reconstruir a nossa base, que é a Atenção Primária, nossa porta de entrada, do zero. É bem verdade que ainda estamos neste processo de reconstrução, um desafio diário, um trabalho de formiguinha, buscando também a reestruturação dos cuidados às doenças crônicas, como cardiopatias, hipertensão e diabéticos, e ainda o retorno ao acompanhamento sistematizado do pré-natal, puericultura, população idosa. Paralelo à reconstrução da atenção primária, iniciamos o trabalho de qualificação das filas para consultas nas especialidade médicas, através do ponta pé inicial do setor de regulação e dos mutirões realizados na Central de Especialidades e junto ao CISCOPAR, buscando reduzir as filas de espera na atenção especializada, as quais atualmente estão rumo a um controle total, com algumas mais robustas, porém nenhuma com 3 ou 4 anos de espera, como havia em 2021.

Na sequência da Pandemia, ainda emendamos o gigantesco desafio de colocar para funcionar o Hospital Regional de Toledo. Este foi o desafio que mais nos tirou da zona de conforto. Inventamos a roda, literalmente, mas sempre mantendo a nossa essência, de uma forma honesta, transparente, responsável e muito, muito competente e dedicada. Hoje, o Hospital Regional de Toledo salva vidas, com 10 leitos a mais de Terapia Intensiva para a região, auxiliou a encurtar as filas de cirurgias eletivas em 10 meses de funcionamento efetivo, além de reduzir o tempo de espera para o atendimento das urgências cirúrgicas em ortopedia, que uma vez chegou a ser de mais de uma semana para a média de 1 dia, atualmente.

Não obstante, quando finalmente pensávamos que poderíamos trabalhar com mais tranquilidade, veio a pior epidemia de dengue de todos os tempos, que mais uma vez sacrificou a rede de saúde e exigiu respostas da sociedade às demandas da saúde pública para salvar vidas.

Além dos desafios enfrentados, muito mais foi feito: foram implementadas 20 novas equipes na atenção primária, nos dando a tão sonhada cobertura de 100%, inclusive com a ampliação de carga horária médica nos interiores. Praticamente quintuplicamos a cobertura de odontologia nas unidades básicas de saúde. Ampliamos em aproximadamente 75% o número dos agentes comunitários de saúde. Implementamos o Ambulatório Materno Infantil, que junto com a rede, nos

confere um dos melhores pré-natais do Brasil. Ampliamos em 160% as farmácias e o número de farmacêuticos, levando também o cuidado farmacêutico para o interior do município. Inauguramos uma nova sede para a Central de Especialidades, que nunca teve um espaço para chamar de seu, apesar da sua enorme importância. Completamos as equipes de saúde mental e inauguramos sedes novas para o CAPS AD e para o CAPS II, porque saúde mental começa com humanização e ambiência. Iniciamos o processo de habilitação do CER II, buscando organizar a Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência em nosso território. Implementarmos a equipe multidisciplinar de atendimento domiciliar e o programa de oxigenoterapia domiciliar, trazendo muito mais conforto aos pacientes que necessitam de cuidados complexos em seus domicílios. Fizemos, juntamente com o Estado, a maior renovação de frotas da história da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo. Implementamos o COAPES e o NEPS, garantindo capacitação contínua para os servidores e parcerias sólidas com as instituições de ensino como a Universidade Federal do Paraná. Trouxemos a primeira residência médica municipal, em Estratégia de Saúde da Família, buscando com isso fixar os bons profissionais médicos na nossa rede. Praticamente dobramos o número de agentes de combate às endemias concursados, valorizamos o setor de endemias, modernizamos a vigilância sanitária e os processos interinstitucionais e qualificamos a vigilância epidemiológica.

E sabe quem fez tudo isso acontecer? Nós, o time do SUS de Toledo! Os 1337 servidores que fazem a saúde pública acontecer com qualidade todos os dias. Porque a saúde é sim, feita por pessoas. E temos feito bonito! Não só pelo enfrentamento aos desafios citados e por todas as premiações e reconhecimentos recebidos a nível estadual e nacional, mas também porque conseguimos, ao longo destes quatro anos, manter a nossa essência, que é a tecnicidade. Isto resultou na profissionalização da gestão pública da saúde de nosso município, algo aqui pouco habitual, historicamente.

Não somos perfeitos, temos muito a avançar. Porém, nunca desistimos ou esmorecemos. Aqui, cabe o nosso agradecimento ao gestor do município, o prefeito Beto Lunitti, por inovar e apostar no formato de uma equipe 100% técnica, com saúde gerida e tocada por servidores públicos e por direcionar investimentos recordes para a saúde pública, mais que o dobro do obrigatório previsto na legislação.

Ainda, pessoalmente, o meu mais sincero e caloroso agradecimento à nossa equipe de diretores, incluindo-se também todos os diretores e coordenadores que estiveram junto conosco nestes últimos quatro anos. Por estes dias, escutei uma música que me fez lembrar deste time: “segurei minhas lágrimas, pois não queria demonstrar emoção, já que estava ali só para observar e aprender um pouco mais sobre a percepção, eles dizem que é impossível encontrar o amor sem perder a razão, mas para quem tem o pensamento forte, o impossível é só questão de opinião”.

Não existe impossível para este time, só existe “vamos lá!”. Falar em parceria, competência e dedicação é pouco para descrever este time de mentes brilhantes, mas que tem no coração e na humanização a essência e o motor propulsor para fazer saúde pública de qualidade todos os dias.

Obrigada também pela confiança no meu trabalho. É uma honra, para mim, fazer parte desta equipe e foi um enorme orgulho ter liderado vocês. O SUS é de todos nós e é maravilhoso poder, através dele, fazer a diferença na vida das pessoas.

Gabriela Almeida Kucharski

Secretária Municipal da Saúde

INTRODUÇÃO

A transição da gestão municipal é um momento essencial para garantir a continuidade dos serviços públicos e a transparência na troca de responsabilidades entre as equipes de governo. Este processo garante que projetos e políticas públicas em andamento possam seguir sem interrupções, fornecendo à nova administração as informações necessárias para dar continuidade ao trabalho em benefício da população.

O objetivo principal deste relatório é consolidar dados sobre a situação atual da gestão, abordando aspectos financeiros, administrativos e operacionais. Ele oferece à nova equipe um panorama detalhado da administração municipal, permitindo que decisões sejam tomadas com base em informações precisas, de modo a evitar descontinuidades e promover a eficiência no uso de recursos públicos.

A elaboração do relatório reflete o compromisso com a transparência e o princípio da impessoalidade na gestão pública. Nele, estão incluídos dados sobre contratos, situação financeira, auditorias, processos pendentes e outras questões jurídicas, essenciais para que uma nova administração conheça os compromissos firmados anteriormente e possa agir de forma informada e responsável.

Por fim, este documento não apenas descreve o estado atual da gestão, mas também aponta desafios e oportunidades que uma nova equipe enfrentará. Ao facilitar uma transição organizada, o relatório contribui para o fortalecimento das políticas públicas, a melhoria dos serviços prestados à população e uma gestão municipal comprometida com a eficiência e a responsabilidade social.

GABINETE E DIREÇÃO GERAL

VISÃO GERAL

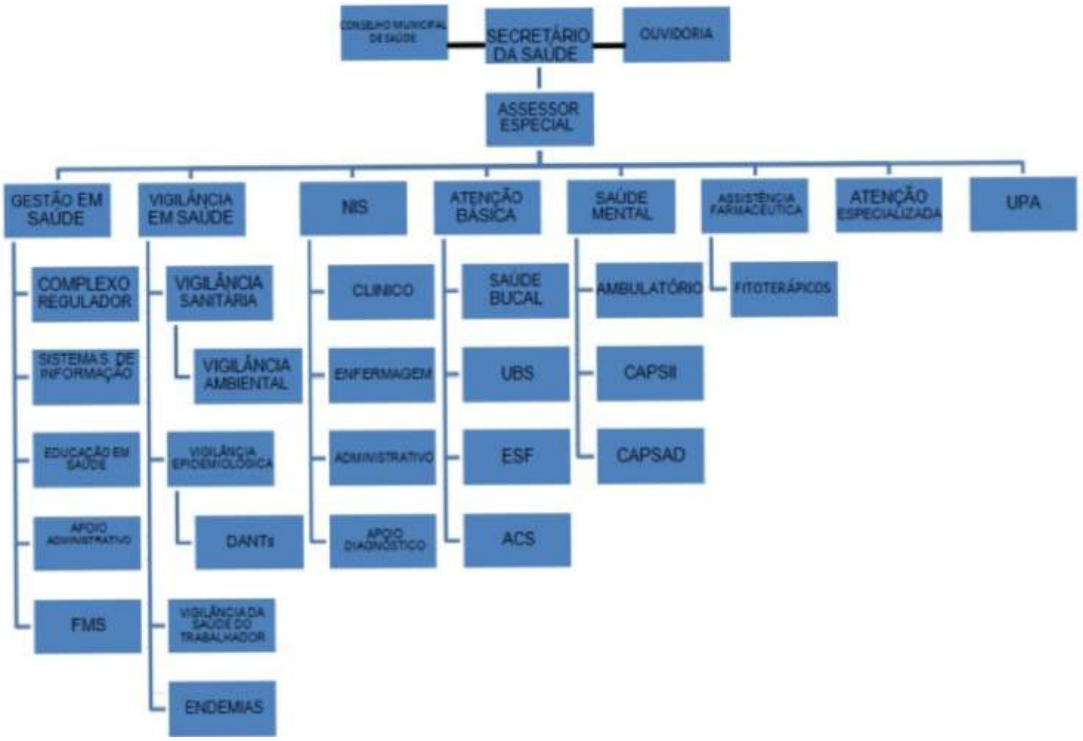
A Secretaria Municipal de Saúde de Toledo (SMS) é responsável pela gestão e execução das políticas de saúde em nível municipal, em norteadas pela Política Nacional de Saúde imposta pelo Ministério da Saúde, bem como, pela política estadual de saúde estabelecida pela SESA-PR (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná).

A SMS desempenha sua função por meio de planejamento de ações desenvolvidas pelos oito departamentos que integram a secretaria, sendo eles: Departamento de Atenção Primária em Saúde, Departamento Administrativo e Financeiro, Departamento de Gestão em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Departamento de Atenção Especializada, Departamento de Assistência Farmacêutica, Departamento de Atenção à Saúde Mental.

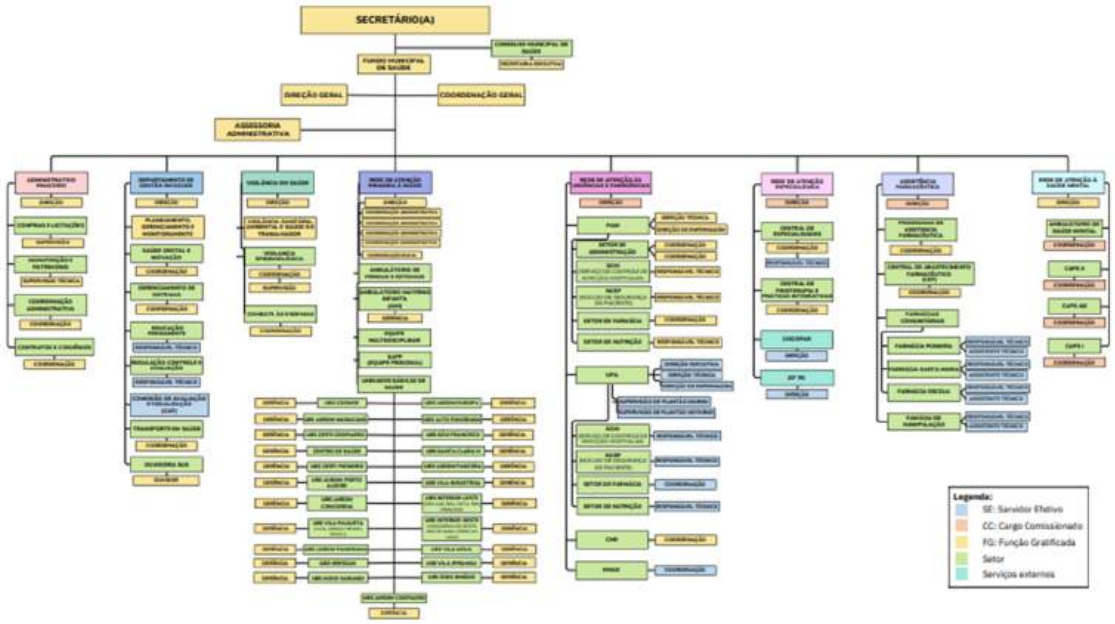
Atualmente, a SMS conta com uma direção geral e uma coordenação geral que desempenham funções de gestão em estreita colaboração com a secretária de saúde. Esse setor foi implantado no ano de 2021 com objetivo de coordenar e gerenciar os oito departamentos junto à secretária de saúde.

A estrutura organizacional de uma Secretaria Municipal de Saúde é fundamental para garantir a eficácia e a eficiência na prestação de serviços de saúde à população. A criação de departamentos bem definidos dentro do organograma não apenas facilita a divisão de responsabilidades, mas também promove uma gestão mais integrada e coordenada. Com departamentos especializados, é possível abordar de maneira mais eficaz as diversas áreas da saúde pública, como vigilância sanitária, atenção básica, saúde mental e promoção da saúde. Essa organização permite uma melhor alocação de recursos, otimiza processos e, consequentemente, melhora a qualidade do atendimento. Assim, a implementação de um organograma claro e funcional se torna uma necessidade premente para enfrentar os desafios da saúde pública de forma mais assertiva e estratégica.

Seguem organogramas, oficial e em funcionamento.



Organograma Oficial



[Organograma em funcionamento]

RECURSOS HUMANOS

A Secretaria de Saúde conta com um quadro de servidores diversificado,

composto por profissionais contratados em diferentes regimes de trabalho. Além dos servidores estatutários e comissionados, que exercem funções estratégicas e de gestão, há também empregados públicos contratados pelo regime CLT. Considerando toda a rede da secretaria municipal de saúde, no mês de setembro/2024 era composta da seguinte maneira: 970 servidores estatutários, 34 estagiários, 07 cargos comissionados, 333 servidores empregados públicos (CLT), sendo destes 36 profissionais contratados por processo seletivo simplificado (PSS).

Tipo de Vínculo	Nº de Recursos Humanos da SMS
Servidor Efetivo	970
Empregado Público Celetista	297
Cargo Comissionado	7
PSS	36
Estagiário*	34
Total	**1.344**

Fonte: Relatório RH. *Fonte: BI RH
Dentre os Servidores Efetivo e Empregado Público existem 70 profissionais com função gratificada (FG)

Essa estrutura permite que a Secretaria atenda às demandas de saúde da população com eficiência, garantindo uma equipe comprometida e capacitada para oferecer um atendimento de qualidade em diversas áreas. Na descrição detalhada por departamento serão identificados o número de profissionais por categorias.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE

O Departamento de Gestão em Saúde desempenha funções de desenvolvimento de estratégias e planos de ação que alinhem com as políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela SESA-PR. Além disso, implementa metodologias de monitoramento das ações em saúde para avaliar a qualidade dos serviços prestados e os resultados das ações. Importante relatar que o referido departamento atua na elaboração de políticas de saúde que atendam às demandas da comunidade e respeitem as diretrizes governamentais estabelecidas pelo governo federal e estadual.

Adicionalmente, o departamento promove a capacitação contínua dos profissionais de saúde, assegurando que estejam atualizados sobre as melhores práticas e inovações do setor. Outra função essencial é a análise e coleta de dados de todos os serviços e redes de saúde vinculados ao município, o que permite fundamentar decisões e políticas públicas e identificar tendências e necessidades emergentes.

Por fim, o departamento de gestão em saúde também é responsável pelo setor de transporte sanitário e gerenciamento dos exames laboratoriais realizados pela secretaria municipal de saúde.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O Departamento de Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel fundamental no sistema de saúde, funcionando como a porta de entrada para os serviços e promovendo cuidados contínuos e integrados. Suas principais funções incluem o desenvolvimento de ações educativas e preventivas para melhorar a saúde da população, com foco em hábitos saudáveis, vacinação e controle de doenças. Além disso, o departamento monitora e gerencia condições crônicas, como diabetes e hipertensão, proporcionando acompanhamento regular e suporte para autocuidado.

O departamento também coordena as ações da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), que atua em território definido, priorizando a saúde da família e oferecendo cuidados contínuos e personalizados. Para garantir a qualidade dos serviços prestados, aplica protocolos de manejo para doenças crônicas, utilizando ferramentas como prontuários eletrônicos para monitorar indicadores de saúde e adesão a tratamentos. Ademais, desenvolve e implementa protocolos clínicos para diversas condições de saúde, assegurando uniformidade no atendimento.

A articulação entre diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) é promovida por meio da utilização de sistemas de informação, garantindo continuidade no cuidado e encaminhamentos adequados. O departamento ainda investe em programas de educação permanente para equipes multiprofissionais, assegurando atualização constante em práticas e diretrizes de saúde. Por fim, utiliza modelos de gestão do cuidado centrados no paciente, promovendo planos de cuidado individualizados que incluem acompanhamento regular e avaliação de resultados.

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O departamento de Vigilância em Saúde tem como objetivo geral monitorar a saúde da população, identificar e responder a surtos e epidemias, e promover ações de prevenção e controle de doenças. Sua estrutura organizacional é composta por uma equipe multidisciplinar, dividida em setores como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância da Saúde Ambiental.

As principais atividades do departamento incluem a coleta de dados por meio de sistemas de informação, investigação de surtos para identificar causas e modos de transmissão, campanhas de vacinação e desenvolvimento de ações de educação em saúde. Para isso, utiliza ferramentas e tecnologias como sistemas de informação em saúde, como o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), e geoprocessamento para análise espacial.

Além disso, o departamento estabelece parcerias com instituições de

saúde, universidades e organizações não governamentais, buscando potencializar suas ações. Os resultados esperados incluem a redução da incidência de doenças, aumento das coberturas vacinais e melhoria na saúde da população. Para garantir a eficácia das ações, são estabelecidos indicadores que possibilitam a avaliação e o monitoramento contínuo das atividades realizadas.

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Departamento de Urgência e Emergência é responsável por oferecer atendimento rápido e eficaz a pacientes em condições que ameaçam a vida ou que exigem intervenção imediata. Atualmente, o departamento integra três serviços principais: o Pronto Atendimento Municipal (PAM), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

O Departamento de Urgência e Emergência trabalha em colaboração com outros setores da saúde, como as unidades de atenção primária e hospitais, para assegurar uma rede integrada de atendimento.

Nos atendimentos realizados nas unidades do PAM e da UPA, utiliza-se o Protocolo de Manchester, um sistema de classificação de risco que permite realizar uma avaliação inicial do paciente no momento do acolhimento, definindo a necessidade e prioridade de atendimento. Esse método facilita a identificação da gravidade do quadro, o potencial de risco, o nível de sofrimento e outras informações importantes para o atendimento adequado.

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) oferece um modelo de atenção à saúde diretamente na residência do paciente, envolvendo ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação. Esse atendimento domiciliar assegura a continuidade do cuidado e é integrado à Rede de Atenção à Saúde, proporcionando suporte constante e personalizado ao paciente.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

O Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde é responsável por assegurar uma gestão eficiente dos recursos e serviços de saúde. Entre suas principais atribuições estão o planejamento orçamentário, que envolve a elaboração, acompanhamento e execução do orçamento, além da administração de convênios para garantir o uso adequado e conforme dos recursos.

O departamento também gerencia o Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei Municipal 1643/91, realizando o controle financeiro necessário para monitorar receitas e despesas e manter a saúde financeira da Secretaria. Além disso, coordena o processo de compras e suprimentos, assegurando eficiência e transparência nas aquisições, e é responsável pelo gerenciamento do pagamento de diárias aos servidores.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O Departamento de Atenção Especializada é responsável pela coordenação e gestão de serviços que atendem a casos que requerem atenção especializada. Suas funções incluem a coordenação de unidades que oferecem serviços específicos, como consultas com especialistas e exames especializados, garantindo acesso adequado aos pacientes.

O departamento também trabalha para integrar os serviços especializados com a atenção primária, facilitando a referência e contrarreferência de pacientes. Além disso, desenvolve e implementa protocolos clínicos e diretrizes para padronizar o atendimento, realiza o monitoramento da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho e promove a capacitação contínua dos profissionais de saúde. Participa do planejamento estratégico da saúde, com a rede própria municipal e com os demais serviços conveniados via CISCOPAR e 20ª Regional de Saúde.

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Departamento de Assistência Farmacêutica desempenha funções técnicas essenciais para garantir o acesso seguro e adequado a medicamentos e insumos farmacêuticos. Suas principais atribuições incluem a gestão de estoques, assegurando a disponibilidade contínua de medicamentos, conforme padronizado pela REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) em consonância com o que consta no componente básica da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos). O Departamento de Assistência Farmacêutica também é responsável pelo gerenciamento das demandas judiciais com decisões favoráveis ao paciente para o fornecimento de medicamentos e fórmulas infantis, medicamentos não padronizados pelo SUS.

Para além disso, realização de planejamento e aquisição, que envolvem a elaboração de um planejamento estratégico para compras, considerando as necessidades da população e o orçamento disponível. O departamento organiza a distribuição de medicamentos nas unidades básicas de saúde, monitorando o uso para avaliar a eficácia dos tratamentos e promover o uso racional.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

O Departamento de Atenção à Saúde Mental atua na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de transtornos mentais e emocionais. Estruturado por uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, o departamento elabora planos de tratamento integrados. Os serviços oferecidos incluem avaliação e diagnóstico por meio de consultas de acolhimento e estratificação de risco conforme linhas guias de atenção à saúde mental.

Este departamento também é responsável por promover a saúde mental, realizando campanhas de conscientização e educação em saúde, e combatendo o estigma associado aos transtornos mentais. Para isso, deve

seguir políticas públicas e diretrizes estabelecidas pelos órgão de saúde que enfatizam a atenção psicossocial e a desinstitucionalização.

1. DIREÇÃO E COORDENAÇÃO GERAL

A Direção e Coordenação Geral da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), atuam como apoio às Direções dos Departamentos que compõem a SMS. Até o ano de 2021 havia somente “Direção Geral”, sendo que a “Coordenação Geral” foi planejada e implantada pela gestão atual da SMS, em julho de 2022.

Esses profissionais permeiam os demais departamentos da Secretaria de Saúde e suas equipes de forma interna e externa. Também proporcionam orientação aos profissionais, rede de saúde, pacientes e familiares, promovem o monitoramento do desempenho dos diretores e suas equipes, acompanham e asseguram que as metas de cada departamento estejam em sintonia com os objetivos da SMS. Fornecem suporte à resolução de situações críticas, facilitando a integração entre os departamentos, buscando uma governança mais eficiente e coesa.

Para fins práticos, a Direção e a Coordenação Geral são referências para:

- Direção Geral: Departamento de Gestão em Saúde, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Departamento da Rede de Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica
- Coordenação Geral: Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento de Vigilância em Saúde e Departamento da Rede de Atenção Primária à Saúde.

Conforme as referências mencionadas acima, os profissionais da Direção e Coordenação realizam a revisão das respostas de todos os ofícios recebidos pela SMS, e que tenham sido direcionados aos serviços que compõem a rede para resposta, bem como elaboram ofícios a serem expedidos pela SMS. Além disso, a elaboração, requerimentos, protocolos, normativas e outros documentos que norteiam o trabalho realizado pela Secretaria de Saúde são atribuições da Direção e Coordenação da SMS. Todos esses materiais elaborados passam para ciência e aprovação da Secretária Municipal de Saúde.

A comunicação oficial é realizada através do e-mail institucional direcao.saude@toledo.pr.gov.br, por onde recebemos e-mails dos mais diversos assuntos pertinentes a SMS. Em sua maioria, são provenientes da 20ª Regional

de Saúde, Secretarias da Prefeitura Municipal de Toledo, Ministério da Saúde, Conselhos Municipais vigentes e demais órgãos. Compete também à Direção e Coordenação Geral o encaminhamento de tais e-mails aos departamentos e/ou serviços pertinentes, seja para conhecimento ou resolução.

Também são realizados atendimentos a pacientes e familiares, que buscam orientação frente a diversas necessidades, para posterior encaminhamento e resolução da situação dentro dos fluxos possíveis e estabelecidos dentro da SMS.

A confecção de Estudos Técnicos Preliminares e Termos de Referências para processos de licitação, em especial para contratação de serviços, é realizado ou recebe apoio da Direção e Coordenação da SMS.

Nas férias ou ausência da servidora responsável pelo apoio administrativo da SMS, o recebimento e encaminhamento dos ofícios que chegam através do e-mail judiciario.saude@toledo.pr.gov.br também fica sob nossa responsabilidade.

Participamos do Conselho Consultivo do CISCOPAR como apoio técnico do município de Toledo, juntamente com o gestor da SMS.

Apresentamos abaixo, resumidamente, a participação da Direção e Coordenação em atividades específicas.

Direção Geral:

- Membro Titular do Conselho da Comunidade - reunião toda 1ª Segunda-feira do mês, local APAC início às 18:00h.
- Membro da comissão de RH - para avaliação dos certificados dos servidores,
- Membro e presidente da comissão assistencial da CAF -HRT
- Fiscal de alguns contratos existentes na SMS.
- Controle de ciência de cirurgias, altas de cirurgias e cancelamentos de cirurgias dentro do sistema de regulação estadual - CARE.
- Acompanhamento das filas de espera para exames e primeira consulta,

além de levantamento junto à central de possibilidades.

- Contato com hospitais do estado para organização de processos, como alta hospitalar, necessidades de pacientes frente a insumos especiais entre outras situações que são apresentadas.
- Auxílio na qualificação das filas de espera, entre outras funções.
- Atendemos as demandas conforme são apresentadas na parte do contexto diário, fora as programadas.

Coordenação Geral:

- Secretária da Comissão de Avaliação e Fiscalização do HRT
- Membro do Comitê Municipal de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas: reuniões acontecem via meet, intercaladas com reuniões presenciais. Representantes de diversas áreas fazem parte do Comitê, garantindo que as ações articuladas sejam eficientes. Próxima reunião programada para dezembro de 2024, programação ordinária bimestral.
- Elaboração das atas das reuniões do CRESEMS
- Fiscalização de Contratos:
- Referência para os interlocutores da Prestação de Contas Anuais do Tribunal de Contas do Estado do Paraná, tanto dos gerentes de unidades básicas de saúde quanto dos farmacêuticos que desempenham dispensação de medicação na Atenção Básica.
- Participação das Audiências Concentradas da Vara da Infância, junto com os representantes dos serviços de atendimento aos pacientes em questão. Ocorrem duas vezes por ano, geralmente em abril e outubro.

2. HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO

A Direção Geral, a Coordenação Geral e a Direção do Departamento Administrativo Financeiro da SMS ficaram à frente do processo de finalização e abertura do Hospital Regional de Toledo (HRT).

Em 2021 iniciamos a gestão com o contrato de reforma vigente. A construção do HRT iniciou com a empresa Endeal Engenharia e Construções Ltda. Posteriormente, houve a necessidade de adequação, sendo realizado

processo licitatório para a contratação de empresa especializada em saúde para o desenvolvimento do projeto de reforma. Deste processo, a empresa MEP Arquitetura e Planejamento Ltda - EPP concorrencia n.º 011/2018, contrato n.º 858/2018, foi a vencedora. Já para a execução do projeto, a ganhadora do certame foi a empresa Construtora Guilherme Ltda, concorrência n.º 02/2019, contrato n. 460/2019.

Em relação a climatização central do HRT, a empresa ganhadora do certame foi a empresa Adagil Climatização Eireli, concorrência n.º 05/2019, contrato n.º 936/2019, com a marca dos ares condicionados da empresa DAIKIN. Destaca-se que em 2021 este contrato já estava assinado. Com a instalação dos equipamentos de ares condicionados e da rede de gases, foi necessário a contratação de um engenheiro mecânico para a avaliação e acompanhamento da obra. Processo de tomada de preço n.º 60/2020, que deu origem ao contrato n. 81/2021, celebrado com a empresa Alaska Engenharia Ltda. A instalação dos aparelhos de ar condicionado no HRT ocorreu entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023.

Cabe ressaltar que toda a parte de obras, está dentro do setor da Secretaria de Planejamento da Prefeitura de Toledo, e todos os certames, contratos e aditivos se encontram no Portal da Transparência do Município.

No Hospital Regional, houve um investimento de R$ 44.316.736,99 reais, dos quais R$ 13.585.906,75 foram da União, R$ 13.860.721,71 foram do Estado e R$ 16.870.108,53 do Município. Referente a este montante o custo em obra foi de R$ 26.629.505,42 e o custo com equipamentos de R$ 17.687.231,57. Com equipamentos foram R$ 1.839.585,90 de recursos da União, R$ 13.860.721,71 de recursos do Estado e R$ 1.986.922,96 de recursos do Município. Foram realizados convênios com a SESA para compra de equipamentos, sendo eles: convênio nº 53/2016, n.º 73/2015 e n.º 55/2018. Dentro do convênio n.º 55/2018 se encontra a parte de climatização do HRT. Também foi realizado convênio com a União foram: o convênio n.º 837152/2016 e a Portaria n. º 1748/2018.

Durante o período de pandemia causada pelo vírus SarsCov2 alguns

equipamentos adquiridos para o HRT foram emprestados para hospitais da região, como Hospital Bom Jesus, Hospital Universitário de Cascavel e Hospital Quinto Abrão Delazeri. Todos os equipamentos emprestados já foram devolvidos ao HRT. Os demais equipamentos estão instalados e sendo utilizados, salvo exceção 01 gerador que ainda se encontra nas dependências da EMDUR. Quanto aos materiais e equipamentos de laboratórios que se encontram no HRT estamos verificando a possibilidade de doação para outras instituições que tenham laboratório próprio, visto que hoje este serviço é terceirizado.

Contextualizando o histórico do HRT, houveram reuniões com o Estado, entre 2021 a 2023, para que a gestão fosse estadual, porém sem sucesso. Também ocorreram diálogos com a União para que a gestão fosse realizada pela EBSERH, novamente sem sucesso. Frente às negativas encontradas, tratativas foram realizadas com o Estado/SESA e então chegamos ao formato de concessão onerosa para a abertura do HRT.

Finalizada a definição do tipo de gestão, foi construído um Termo de Referência baseado nas legislações vigentes, que após finalizado foi enviado ao Ministério Público da Saúde e Patronal para conhecimento, bem como para o Conselho Municipal de Saúde. Neste primeiro momento foi considerado no mínimo 60% dos atendimentos SUS. O processo de construção, adequações e avaliações até a licitação durou cerca de 10 meses. Foi realizada a Concorrência n.º 008/2022, resultando no contrato n.º 523/2023 com a empresa IDEAS - Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde, sendo então firmando 85% dos atendimentos SUS e 15% dos atendimentos de forma privada ou através de convênios de saúde. Deste contrato possuímos dois termos aditivos: o 1ª Aditivo para prorrogação do cronograma de implantação dos serviços assinado em contrato, que estipula a abertura e início das atividades para dia 21 de outubro de 2023 e para a abertura do Pronto Socorro Regulado, Internações Clínicas e Cirúrgicas, Centro Cirúrgico, UTI e todo atendimento referenciado, para até 21 de novembro de 2023. O 2ª Aditivo é a substituição do CNPJ, uma vez que foi aberto um novo CNPJ dentro do estado do Paraná. Todos os documentos da concorrência e do contrato da concessão

onerosa estão disponíveis no Portal da Transparência.

Após contrato n.º 523/2023 assinado em 21/06/2023, houve a Recomendação Administrativa n.º 11/2023, expedida pela 2ª Promotoria de Justiça de Toledo, recomendando que 100% dos atendimentos realizados no HRT sejam através do SUS. Após diversas tratativas, foi assinado o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) 01/2023, procedimento Preparatório n.º MPPR - 0148.2023.002042-9, que tornou os atendimentos do HRT 100% SUS, além do ressarcimento ao IDEAS de eventuais déficits. Para tanto em 2023 foi feita a Lei n.º 2.712 de 26/12/2023 que autoriza a concessão de subsídio ao IDEAS, para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de concessão administrativa onerosa para gestão do Hospital Regional de Toledo, e a abertura de crédito adicional especial no orçamento-programa do Município de Toledo.

Em relação ao valor já repassado à gestão do HRT conforme previsto na Lei n.º 2.712/2023, em 2023 foram repassados R$ 1.736.852,88. Em 2024 até a competência de 09/2024 foram repassados R$ 13.851.596,22 após análise documental. O valor total do repasse corresponde a R$ 15.588.449,10. Cabe ressaltar que anteriormente a análise era realizada por servidores nomeados pela Portaria n.º 56/2024. com o certame para contratação de empresa especializada para prestação de serviços de auditoria externa independente na área contábil, para auditar os valores apresentados pelo IDEAS e de acordo com o solicitado na TAC 01.2023 do MPPR, o Pregão eletrônico n.º 040/2024 gerou o contrato n.º 383/2024.

Todos os dados e informações constam no portal da transparência. Relatórios e demais documentos pertinentes a fiscalização financeira do repasse de recurso estão disponíveis no site da Prefeitura, acessando o portal da saúde, ícone Gestão em Saúde, ícone CAF, ícone Hospital Regional de Toledo, ícone Relatório Financeiro.

3. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO (CAF)

A Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF) do Hospital Regional de Toledo foi constituída pela Portaria n° 422, de 20 de Junho de 2023, sendo

alterada pela portaria n° 323, de 20 de maio de 2024. É composta por representantes da SMS, Conselho Municipal de Saúde e Representantes Municipais da 20ª Regional de Saúde. Os documentos encontram-se disponíveis no site do município, Secretaria de Saúde, Acesse o Portal da Saúde, aba Gestão em Saúde, CAF. Nesta aba se encontram de forma pública o regimento interno da CAF e os relatórios assistenciais e financeiros.

A equipe da CAF reúne-se bimestralmente, de forma ordinária, para apreciação dos Relatórios Assistenciais fornecidos pelo IDEAS. Os trabalhos da CAF são registrados em ata e publicados no Portal da Saúde/Site do Município de Toledo, conforme descrito acima. Enfatizamos que a CAF faz análise assistencial.

A análise financeira competia à Comissão de Custos Operacionais, constituída pela Portaria n° 56, de 29 de janeiro de 2024, sendo atualmente realizada por empresa especializada em Auditoria Externa.

Entre os trabalhos da CAF, merece destaque a pactuação dos indicadores quantitativos, que correspondem àqueles pactuados com a SESA. O instrumento firmado, que reflete tais indicadores, é o POA (Plano Operativo Aplicativo). Todos os documentos relacionados aos trabalhos desempenhados pela CAF estão disponíveis em pasta compartilhada específica no intranet (SAUDE P).

As comunicações oficiais são realizadas através do email: cafiscalizacao@toledo.pr.gov .br ou saude@toledo.pr.gov.br.

Nesse momento, os trabalhos da Comissão estão voltados para a pactuação de indicadores assistenciais, de forma conjunta com o IDEAS.

Considerando a recente exoneração de uma servidora que compunha a CAF, representando a SMS, há a necessidade de indicação de novo membro com respectiva alteração de portaria.

TEMAS A DELIBERAR

- Solicitação de Alteração de Projeto Básico Arquitetônico - PBA sala de raio-x, protocolo n. 52317/2024 junto da Vigilância Sanitária ;
- Alteração da disposição do Tomógrafo do HRT;
- Manutenção corretiva do Sistema de Ar condicionado do HRT
- (placas, mão de obra/instalação, instalação de antenas para raio e kit de material para raio)
- Definição dos Equipamentos que estão fora de uso no HRT.
- Definir se gerador de energia, marca MAXI Trust, patrimônio: 85385, será utilizado ainda pelo HRT ou poderá ser disponibilizado para outros fins.

4. QUALIFICAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Considerando a Lei n.º 2.278, de 17 de dezembro de 2018 que estabelece critérios para a qualificação como organizações sociais de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins econômicos, cujas atividades sejam relacionadas com as áreas social, educacional, ambiental, de desenvolvimento científico e tecnológico, cultura, esportiva e de saúde;

Considerando ainda o Decreto n.º 173, de 28 de junho de 2021 que regulamenta a lei n.º 2.278/2018, que estabelece critérios para a qualificação como organizações sociais de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins econômicos, cujas atividades sejam relacionadas com as áreas social, educacional, ambiental, de desenvolvimento científico e tecnológico, cultural, esportiva e de saúde, no âmbito do Município de Toledo;

Considerando que o processo de qualificação das organizações sociais, conforme previsto em lei, está aberto a qualquer tempo;

Informamos que realizamos o edital de chamamento, sendo convencionado abertura a cada 2 anos, buscando dar maior visibilidade aos interessados e organização do processo.

Houveram dois chamamentos públicos até o momento, sendo eles o Chamamento Público n.º 004/2021 e o Chamamento Público n.º 010/2023 para

qualificação de organizações sociais em saúde. Todas as documentações estão disponíveis no site do município, o caminho a percorrer está na aba Secretaria da Saúde, acesse o Portal da Saúde, Gabinete da Secretaria da Saúde, ícones qualificação de organização social em saúde.

TEMAS A DELIBERAR

Entende-se que como efeito de manter o maior número de organizações sociais qualificadas em nosso município, tomou como hábito mínimo a cada 02 anos, publicar um chamamento para tornar mais visível o processo.

5. PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL - TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ (TCE PR)

O Tribunal de Contas do Estado do Paraná ampliou seu escopo para além da fiscalização tipicamente orçamentária, contábil e fiscal, e passou a incluir a avaliação de políticas públicas em áreas com forte impacto social, como educação, saúde, assistência social, administração financeira, previdência e transparência e relacionamento com cidadão, conforme previsto no Art. 217-A do Regimento Interno do TCE/PR.

Deste modo, a área da saúde participa de tal prestação de contas mediante seus interlocutores, quais sejam eles: gerentes das unidades básicas de saúde do município e farmacêuticos que atuam na dispensação de medicamentos na Atenção Básica.

Respostas ao TCE, juntamente de documentação comprobatória, serão realizadas em novembro de 2024, conforme cronograma estabelecido pelo TCE/PR.

Todas as comunicações são realizadas através de email pessoal dos interlocutores cadastrados e/ou área restrita (requer login e senha de acesso pessoal) no site do TCE/PR.

TEMAS A DELIBERAR

Para além da prestação de contas, realizada mediante preenchimento de

formulário específico e documentação comprobatória anexa, será realizada auditoria, prevista para 2025.

6. SOLICITAÇÃO DE OXIGÊNIO PARA AS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Para as unidades de saúde que não possuem rede de oxigênio canalizada, a solicitação para reposição de torpedos de oxigênio é direcionada ao e-mail institucional direcaosaude@toledo.pr.gov.br, para controle e solicitação de troca junto da empresa contratada. O contato com a empresa responsável também é realizado através de comunicação via e-mail. As solicitações ocorrem a qualquer tempo, conforme consumo e demanda das próprias unidades assistenciais.

7. APOIO ADMINISTRATIVO GERAL

O apoio administrativo geral surgiu em meados do ano de 2013 com o objetivo de auxiliar as Direções que pertencem a Secretaria de Saúde, bem como o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, tendo em vista as demandas existentes referente a documentos recebidos. Esse apoio conta com uma servidora efetiva, concursada desde 2011 e lotada no Gabinete da Secretaria de Saúde desde sua admissão no serviço público, a qual recebe Função Gratificada 06.

Atividades exercidas atualmente:

- Recebimento de documentos do judiciário de diversas cidades (Varas da Infância, Varas Criminais, Varas Cíveis, Justiças do Trabalho, Ministério Público, entre outros), bem como, da PGM (Procuradoria Geral do Município) referente aos processos, através do e-mail judiciario.saude@toledo.pr.gov.br, e realização de triagem para envio do documento recebido aos Departamentos responsáveis pela resposta, indicando prazo para mesma;
- Responsável por cobrar as respostas dentro do prazo estipulado pelo judiciário;
- Responsável por elaborar ofício de resposta e envio do mesmo juntamente com resposta para conferência pela Coordenação Geral, Direção Geral ou Secretário (a) de Saúde;

- Recebimento dos protocolos diversos realizados no setor de protocolo da prefeitura, realizando a triagem dos mesmos e encaminhando aos Departamentos responsáveis pela resposta, indicando prazo para mesma;
- Recebimento de protocolo solicitando prontuários médico/eletrônico, conferência da documentação apresentada e emissão do mesmo, o qual pode ser enviado via e-mail, anexado ao sistema do protocolo ou fisicamente, de acordo com a solicitação do requerente. As orientações para solicitar o prontuário consta em documento arquivado na pasta " Dados P – Administrativo – orientações solicitação prontuários" ;
- Recebimento de documentos que chegam de forma física no Gabinete da Secretaria de Saúde, realizando a triagem dos mesmos, bem como, os encaminhamentos necessários.
- **Organização de malotes:**
  - Para as Unidades de Saúde: contamos com o malote denominado "verde" o qual é destinado a fazer a comunicação entre as Unidades de Saúde, Secretaria de Saúde e outros locais, de documentos ou outros, que precisam ser encaminhados de forma física;
  - Para outros locais: Destinação de documentos e outros que precisam ser encaminhados de forma física, para outros locais fora da Secretaria de Saúde como por exemplo CISCOPAR, Vigilância, Paço da Prefeitura Municipal, entre outros;
- **Agendamento de óculos – este é realizado através do CISCOPAR;**
- **Atendimento aos usuários que buscam o Gabinete Saúde** - Realizado escuta para entender a demanda solicitada e realizada as devidas orientações, bem como, os encaminhamentos necessários.

Observação: Na pasta "Dados P – Administrativo – Anne" consta um arquivo denominado " 01_Cheklist_Atividades_Anne_Christina", onde está descrito o passo a passo de todas as atividades exercidas.

Foi adotada uma planilha do google drive, para controle do recebimento de ofícios/documentos, bem como, as respostas enviadas.

TEMAS A DELIBERAR

Normatizar o fluxo de ofícios e/ou documentos que precisam ser respondidos, visando otimizar o tempo, visto que muitas respostas são solicitadas com prazos curtos. *"já existe um minuta dessa normativa"*

CONSIDERAÇÕES GERAIS

No ano de 2024 até o mês de outubro houve uma média de 80 ofícios recebidos por mês, não incluindo os protocolos realizados no setor da prefeitura. A grande parte do trabalho realizado depende da demanda apresentada. Exceto algumas atividades que são de rotina como organização de malotes.

Cabe ressaltar que a demanda dos documentos recebidos, quase em sua totalidade deve ser respondida nos prazos estipulados pelos requerentes, salvo em situação que necessitam de atuação externa, a qual deve ser devidamente justificada.

GESTÃO EM SAÚDE

O Departamento de Gestão em Saúde integra a estrutura hierárquica da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) cumprindo a função de gestão administrativa, para tanto utiliza de ramos do conhecimento técnico como administração, informática, estatística, medicina, serviço social, entre outros para a tomada de decisão.

Este departamento tem como função atender as demandas na área de saúde realizando uma integração técnica com os demais departamentos e serviços, assim como, as solicitações da planejar, monitorar e avaliar todos os serviços, projetos e programas voltados à área de saúde, levantando análise dos impactos e recomendações para os próximos ciclos.

É de responsabilidade do Departamento de Gestão em Saúde a implantação de Políticas Públicas de Saúde, observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenar as redes integradas de ações e serviços dos seus setores, acompanhar e avaliar as atividades das unidades assistenciais da SMS.

O Departamento de Gestão em Saúde está composto por uma equipe multidisciplinar de servidores públicos, que agrega conhecimentos de diversas áreas profissionais, fazem parte da equipe:

- 01 Assistente Social (na direção);
- 01 Analista em Administração e Planejamento (no setor de Planejamento);
- 02 médicos (01 na Educação Permanente e 01 na Regulação);
- 01 Digitador (na Coordenação do Gerenciamento de Sistemas);
- 05 Assistentes em Administração (01 na Coordenação da Saúde Digital, 01 na Coordenação do Transporte Sanitário, 01 na Educação Permanente, 01 no Transporte, 01 no Controle de Contratos);

- 02 Agentes Comunitários em Saúde (01 Ouvidor do SUS e 01 Secretária Executiva no CMS);
- 26 motoristas;
- 06 motoristas terceirizados;
- 03 estagiários (01 na Comunicação, 01 no Controle de Contratos e 01 no Transporte).

O trabalho desempenhado dentro deste departamento está em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS, promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estejam relacionadas à saúde, promovendo ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular. O Departamento de Gestão em Saúde é composto pelos seguintes setores:

1. Planejamento, Gerenciamento e Monitoramento;
2. Saúde Digital e Inovação;
3. Gerenciamento de Sistemas;
4. Educação Permanente em Saúde;
5. Regulação, Controle e Avaliação;
6. Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF);
7. Transporte Sanitário;
8. Ouvidoria do SUS;
9. Comunicação em saúde;
10. Apoio administrativo ao CMS;

Segue abaixo a descrição de cada setor, o trabalho desenvolvido nestes últimos anos, as ações que estão em andamento e temas a deliberar pela próxima gestão.

1.PLANEJAMENTO, GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO

1.1 INSTRUMENTOS DE GESTÃO

No âmbito do SUS, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, de caráter continuado, do qual cada nível de governo (federal, estadual, distrital e municipal) deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes que norteiam o SUS.

A Lei nº 8.080/90 – Instituiu o SUS, com base no Art. 198 da Constituição Federal, que diz: "Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade."

A Lei nº 8.080/90, trata da: organização do SUS, **o planejamento da saúde,** a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

Quais são os Instrumentos de Planejamento Público?

Os principais instrumentos de planejamento público no Brasil são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), presentes nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Cada um deles desempenha um papel essencial na organização das políticas públicas e na gestão dos recursos públicos, garantindo a transparência e o alinhamento das ações governamentais aos objetivos de longo, médio e curto prazo.

PPA – Apresenta diretrizes, objetivos e metas;

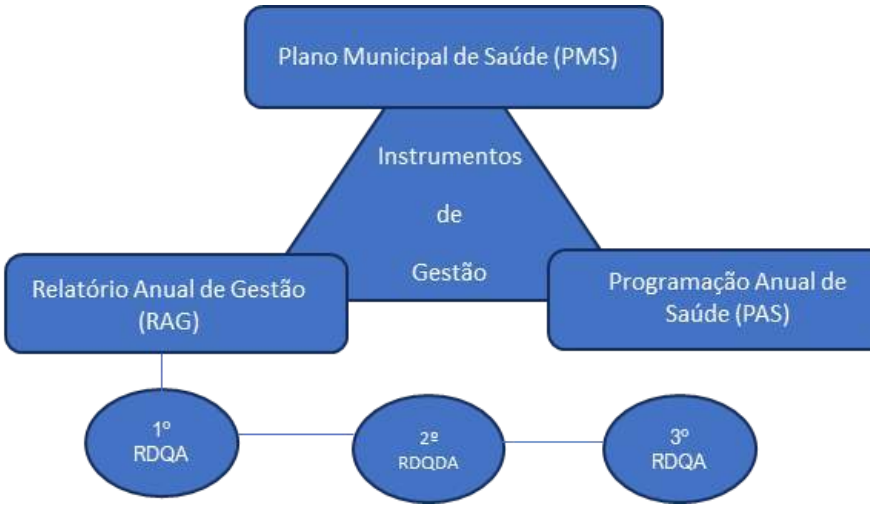
LDO – Explicita as metas e as prioridades para cada ano;

LOA – Prevê os recursos para sua execução.



O que são Instrumentos de Gestão em Saúde?

São instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. A figura abaixo ilustra os instrumentos de gestão.



Qual é a finalidade dos Instrumentos de Planejamento?

- Apoiar o gestor na condução dos SUS no âmbito de seu território;

- Disponibilizar os meios para o aperfeiçoamento contínuo da Gestão Participativa e das ações e serviços prestados;

- Apoiar a participação e o controle social;

- Entre outros.

O que é o Plano Municipal de Saúde (PMS)?

É o instrumento central de planejamento, monitoramento e avaliação de todas as iniciativas no âmbito da saúde municipal. Ele deve orientar a atuação da esfera municipal junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores, os quais são detalhados no Plano Anual de Saúde (PAS).

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PMS (art. 15 e 16) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios (...) (art. 36). Ressalta-se ainda que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe que devem ser realizadas Conferências de Saúde, a cada quatro anos, a fim de propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível da federação.

A Portaria nº 2.135/2013 em seu Art. 3º coloca o Plano de Saúde, como instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

A Portaria nº 09 SMS, de 14 de novembro de 2023 designa a equipe do Departamento de Gestão em Saúde -SMS para conduzir a elaboração, realizar o monitoramento e avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde – (PMS).

É importante que este instrumento esteja alinhado com as demais iniciativas e instrumentos governamentais, tal como o Plano Plurianual (PPA), a

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Este instrumento a partir de uma análise institucional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, que devem ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada gestão, sendo a base para a execução, acompanhamento, avaliação e a gestão do sistema.

O que o PMS contempla?

- Situação de Saúde da População
- Formulação das Diretrizes
- Objetivos
- Ações estratégicas e
- Metas e Indicadores

Momentos que fazem parte da elaboração do plano: a Análise Situacional e a Formulação de Objetivos, Diretrizes e Metas.



Sua elaboração deve envolver o Conselho Municipal de Saúde e a sociedade civil organizada com suas propostas via Conferência Municipal de Saúde, além da participação dos diversos setores e/ou departamentos da Secretaria de Saúde.

Em atendimento às legislações acima citadas e a Constituição Federal de 1988, o PMS deve ser elaborado em consonância com Plano Plurianual para o mesmo período que possui compatibilidade quanto à vigência e aos objetivos definidos.

Qual metodologia foi utilizada na construção do PMS (2022-2025)?

A construção do PMS 2022-2025 seguiu uma metodologia participativa e estratégica, baseada em diretrizes nacionais e estaduais de saúde, e alinhada às necessidades locais da população. A seguir, estão descritos os principais passos e a metodologia utilizada para sua elaboração:

➢ ANÁLISE SITUACIONAL

O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico situacional da saúde no município, que envolveu:

- **Coleta de Dados Epidemiológicos e Socioeconômicos:** Informações sobre doenças prevalentes, mortalidade, condições de vida da população, cobertura de serviços de saúde, entre outros indicadores, foram analisadas. Fontes como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (TabNet - SIM) e Sistema de Informações sobre Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS – Datasus), Relatórios do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde - Sigss, foram consultadas.
- **Mapeamento de Recursos:** Levantamento da infraestrutura de saúde disponível, como unidades de saúde, unidades de urgência e emergência, equipes de saúde da família (ESF), equipes de atenção primária (EAP) e equipe de saúde bucal (ESB) e análise da distribuição de profissionais de saúde.

➢ PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação da comunidade foi um componente essencial na elaboração do PMS. Para garantir essa participação:

- **Sociedade civil:** organizada com suas propostas via Conferência Municipal de Saúde. Essas conferências permitiram captar as necessidades reais da população e suas expectativas em relação aos

serviços de saúde. Importante para identificar as principais demandas de saúde no município de Toledo.

- **Conselho Municipal de Saúde:** O Conselho Municipal de Saúde teve um papel importante no processo, participando das discussões do Plano, através de conselheiros que puderam acompanhar as reuniões junto aos departamentos para a construção do plano. Ele participou ativamente na construção das propostas, colaborando para o alinhamento com as políticas públicas de saúde.

➢ DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES E METAS

Com base nas informações coletadas na análise situacional e nas contribuições da população, através da conferência de saúde municipal e conselho municipal de saúde, foram definidas as diretrizes estratégicas para o período de 2022-2025. Esse processo incluiu:

- **Identificação de Prioridades:** As necessidades mais urgentes foram priorizadas, levando em conta tanto a demanda da população quanto os indicadores de saúde. As prioridades foram norteadas pelo contexto da pandemia, a qual afetou a visão de planejamento futuro, devido às incertezas que havia durante a construção do plano. No entanto, foi priorizado o fortalecimento da atenção primária em saúde, atendimento de urgência e emergência, combate às doenças crônicas, e fortalecimento e ampliação da rede saúde bucal.
- **Estabelecimento de Metas:** Metas claras foram estabelecidas para cada área de atuação, com indicadores para monitorar o progresso ao longo do período de vigência do PMS.

➢ ALINHAMENTO COM POLÍTICAS NACIONAIS E ESTADUAIS

O PMS foi elaborado em conformidade com as políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de

Saúde. A integração com o Plano Nacional de Saúde e o Plano Estadual de Saúde garantiu que o município estivesse alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

➢ PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

O processo de construção do PMS incluiu uma projeção detalhada de orçamento para os quatro anos de sua vigência. Essa fase envolveu:

- **Estimativa de Recursos:** Foram previstas as fontes de financiamento, incluindo verbas municipais, estaduais e federais. Também foram incluídas possíveis parcerias com outras entidades públicas e privadas.
- **Distribuição dos Recursos:** Os recursos foram alocados de acordo com as prioridades identificadas, garantindo financiamento adequado para áreas críticas, como ampliação da cobertura da atenção primária e melhoria da infraestrutura.

➢ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para assegurar o cumprimento das metas e a execução eficaz do plano, foi estabelecido um sistema de monitoramento e avaliação contínua:

- **Indicadores de Desempenho:** Para cada meta do PMS, foram definidos indicadores de desempenho a serem acompanhados anualmente por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).
- **Revisão Anual:** A cada ano, há possibilidade do plano ser revisado com base nos resultados alcançados, demandas iminentes e propostas das conferências, e, se necessário, serão feitos ajustes, o quais devem ser validados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), para assegurar que os objetivos do PMS continuem a ser atendidos de acordo com as necessidades emergentes do município.

➢ VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO

Após a elaboração do PMS, o documento foi submetido a validação pelo Conselho Municipal de Saúde e posteriormente aprovado pelo Poder Executivo Municipal. Esse processo formaliza o compromisso da gestão pública com as metas estabelecidas e garante a transparência na implementação do plano.

Resumo da Metodologia:

- Diagnóstico Situacional: Coleta e análise de dados sobre o estado de saúde no município.
- Participação Social: Através de Conferência Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.
- Definição de Diretrizes e Metas: Estabelecimento de prioridades baseadas nas necessidades identificadas.
- Alinhamento com Políticas Públicas: Conformidade com os planos nacional e estadual de saúde.
- Planejamento Orçamentário: Previsão de recursos e sua distribuição para as áreas prioritárias.
- Monitoramento e Avaliação: Acompanhamento contínuo e ajustes com base no desempenho.
- Validação e Aprovação: Revisão final e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Poder Executivo.

Destaca-se que o Departamento de Gestão concentrou seus esforços na elaboração do Plano Municipal de Saúde, coordenando a consolidação dos indicadores e promovendo debates com os diversos departamentos envolvidos. Além disso, foram realizadas reuniões estratégicas com a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde, garantindo a integração das demandas da comunidade e o alinhamento das diretrizes com as políticas de saúde pública.

Essa metodologia garantiu que o PMS 2022-2025 fosse construído de forma participativa, transparente e alinhada às necessidades da população e às diretrizes do SUS.

Como o PMS se integra e se articula com outros planos e políticas em que a SMS está envolvida?

A interligação do PMS com outros planos em que a SMS está envolvida ocorre através de um processo de integração estratégica e operacional. O PMS é o principal instrumento de planejamento de médio prazo da saúde pública municipal, estabelecendo diretrizes, metas e ações para os departamentos da secretaria.

Outros planos, como o PPA, a PAS e os planos específicos, que estão contemplados nos conselhos de direitos, tais como, do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), do Conselho Municipal do Idoso (CMDI) e do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA) , precisam alinhar-se ao PMS para garantir consonância nas políticas e otimizar a alocação de recursos.

Ainda contempla este alinhamento com o PMS as Linhas de Cuidado na saúde pública, elas servem como base para organizar os serviços de saúde, dentre elas, destacamos, Saúde Materno-Infantil, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde da Pessoa com Deficiência e Atenção às Condições Crônicas.

Essa interligação é fundamental para:

- **Alinhamento Estratégico**: As ações e metas da Secretaria devem seguir as diretrizes do PMS para garantir coesão e eficácia nos cuidados à saúde.
- **Maior eficiência na Alocação de Recursos**: Uma visão integrada otimiza o uso de recursos, evitando desperdícios entre os setores.
- **Monitoramento e Avaliação**: O PMS orienta a avaliação dos serviços prestados, consolidando dados para medir o desempenho geral.
- **Participação Social**: O PMS reforça a participação popular, garantindo que as metas reflitam as prioridades da comunidade.

O PMS atua como o eixo condutor para os demais planos, promovendo uma gestão coesa e eficiente dos serviços de saúde no município.

O Departamento de Gestão atua ativamente na construção dos planos interligados ao PMS, contribui na disponibilização dos dados necessários para análise situacional. Sua participação é essencial para garantir que o plano seja prático e realista, que os recursos sejam bem administrados e que os resultados sejam monitorados e avaliados continuamente. Isso permite fazer ajustes necessários para atingir os objetivos de saúde pública de forma eficiente e transparente.

Além do PMS quais outros planos contam com a participação da SMS?

Os planos municipais interligados com a SMS são os descritos abaixo:

- Plano Anual de Saúde (PAS) 2025
- Plano Plurianual do Município de Toledo (PPA) 2022-2025
- Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. 2017-2026
- Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo 2014-2024
- Plano de Ação da Criança e Adolescente 2022 -2025
- Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária e de Acolhimento 2022-2025
- Plano Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. (Em elaboração) 2025-2028
- Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa 2022-2025
- Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção e Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência 2024
- Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019

O que é o Plano Plurianual (PPA)?

É o documento que formaliza o planejamento do Município e o cumprimento, no espaço de 4 anos, do que foi democraticamente aprovado pela população. Neste sentido, O PPA não é apenas o cumprimento de um requisito legal, mas sim um instrumento através do qual se compatibiliza a estratégia do governo local, os recursos existentes, apresentando as oportunidades e investimentos possíveis na integração com o planejamento das diferentes esferas de governo, buscando beneficiar a população em suas necessidades comuns.

A figura abaixo demonstra a relação entre PPA e Plano de Saúde.

Figura 1 **Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual**



Fonte: Plano Municipal de Saúde. 2022-2025

O que é a Programação Anual de Saúde (PAS)?

A Programação Anual de Saúde é um importante instrumento de gestão que orienta as atividades da Secretaria Municipal de Saúde para o ano em curso. De acordo com o Art. 97 da Portaria de Consolidação nº 1, a PAS tem a função de colocar em prática as diretrizes estabelecidas no plano de saúde, com o objetivo de definir metas anuais, suas respectivas ações, e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem utilizados. Em outras

palavras, trata-se de um instrumento conectado ao Plano Municipal de Saúde, funcionando como seu desdobramento anual. Nesse documento, são estabelecidas metas, ações e recursos financeiros para operacionalizar os objetivos e metas traçados no Plano.

Como foi construída a PAS-2025?

Na PAS define as ações e os recursos financeiros para alcançar os objetivos e metas de saúde ao longo do ano. A elaboração da PAS - 2025 seguiu uma metodologia participativa e estratégica, pautada pelo PMS.
O Departamento de Gestão conduziu a elaboração do plano, coordenando a consolidação das ações e promovendo debates com os diversos departamentos envolvidos. Após a elaboração da PAS, o documento foi inserido no Sistema DigiSUS Gestor e apresentado pela Diretora do Departamento de Gestão ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Posteriormente, o CMS realizou uma análise do documento diretamente no Sistema, resultando na emissão de uma Resolução. Esse processo formaliza o compromisso da gestão pública com as metas estabelecidas e garante a transparência na implementação do plano.

Quando é realizado o monitoramento da PAS?

O acompanhamento das metas e indicadores da PAS é realizado por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Durante o ano, temos o RDQA referente ao 1º quadrimestre (janeiro a abril), ao 2º quadrimestre (maio a agosto) e ao 3º quadrimestre (setembro a dezembro). O envio desse acompanhamento é preferencialmente feito no início dos meses de março, julho e novembro do ano atual. Os resultados parciais dos indicadores são disponibilizados aos diretores responsáveis pelos departamentos, para que estejam cientes dos resultados alcançados e, assim, possam rever as ações necessárias para atingir os resultados desejados ao longo do ano.

O que é o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)?

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do município e atualmente é apresentado também no Conselho Municipal de Saúde.

O que é o Relatório Anual de Gestão (RAG)?

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o documento utilizado para avaliar os resultados alcançados com base na Programação Anual de Saúde ao final do ano. Essa avaliação é realizada com a participação da comunidade, por meio do controle social exercido pelo Conselho Municipal de Saúde. De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, o Conselho de Saúde tem a responsabilidade de deliberar sobre as diretrizes e estabelecer as prioridades para a gestão. Este instrumento de elaboração anual permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Onde as informações contidas na PAS, no RDQA e no RAG são inseridas?

Após a elaboração da PAS, os indicadores são monitorados e apurados por meio do RDQA, e o Relatório Anual de Gestão (RAG) é elaborado. Em seguida, esses dados são inseridos no Sistema DigiSUS Gestor para posterior avaliação e/ou validação pelo Conselho Municipal de Saúde."

Audiência Pública, o que é e como funciona?

A audiência pública é uma sessão formal realizada na Casa Legislativa do município, onde representantes do governo, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais da área da saúde e a população se reúnem para discutir a prestação de contas e a gestão dos serviços de saúde municipais. Essas sessões devem ser apresentadas pelo gestor do SUS **até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro**, conforme determinado no art. 36 da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

O foco da audiência pública é a apresentação do **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**, que se refere ao quadrimestre anterior. Esse relatório deve incluir, no mínimo:

- Montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- Auditorias realizadas ou em andamento, bem como suas recomendações e determinações;
- Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada;
- Comparação desses dados com os indicadores de saúde da população na área de atuação.

Objetivos principais da audiência pública:

1. **Prestação de contas:** Expor os serviços de saúde ofertados, as receitas e despesas executadas, o montante dos investimentos realizados e os resultados alcançados pela gestão municipal.

2. **Análise de dados de saúde:** Apresentar indicadores como taxa de mortalidade, índices de vacinação, número de atendimentos, cobertura da atenção primária, entre outros, para monitorar a saúde da população.

3. **Fiscalização e controle social:** Garantir que a sociedade, por meio de seus

representantes e cidadãos, fiscalize o uso do orçamento da saúde e a correta aplicação dos recursos públicos.

As audiências públicas promovem a **transparência na gestão pública**, assegurando que a comunidade tenha acesso às informações sobre o uso dos recursos, as políticas implementadas e os desafios enfrentados. As audiências públicas são um importante instrumento de participação cidadã, permitindo que todos contribuam para as decisões que impactam diretamente a qualidade dos serviços de saúde no município.

EM ANDAMENTO

Audiência Pública Quadrimestral: Como é feito o levantamento dos dados e as apresentações?

A sessão quadrimestral é realizada com base nos dados de toda a produção da área da Saúde no período. As informações utilizadas para a audiência pública são extraídas de diversas fontes, como o Sistema SIGSS, o Sistema IDS, a Integração SIGSS/IDS, o Relatório Estatístico e relatórios auxiliares externos elaborados pelos diretores de cada departamento. O cronograma de entrega do relatório quadrimestral e as datas de apresentação são definidos conforme o calendário estabelecido para a audiência na Câmara de Vereadores do município, ocorrendo até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro.

No mês de apuração desses dados, o departamento de gestão dedica-se exclusivamente à coleta das informações, reunindo-se com os diretores para discussão e construção da apresentação.

Antes da sessão na Casa Legislativa Municipal, é realizada uma apresentação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), com um formato diferente do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), inserido na plataforma federal DIGISUS GESTOR. Embora os formatos sejam distintos,

eles se complementam. Vale destacar que o formato da apresentação foi desenvolvido em conjunto pela Secretaria de Saúde e o CMS.

As apresentações, tanto na Câmara de Vereadores quanto no CMS, são conduzidas pela Secretária da Saúde, em colaboração com os diretores de cada departamento.

Como é feito o monitoramento dos indicadores da PAS e consequentemente da RAG atualmente?

O monitoramento da PAS, através do RDQA ocorre no segundo mês de cada quadrimestre. Para facilitar esse processo, foi desenvolvida uma planilha com gráficos que centraliza todos os dados do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, organizando-os ano a ano, com as metas para o quadriênio e metas anuais, detalhadas para acompanhamento e apresentação dos resultados a cada quadrimestre. Os resultados parciais são obtidos a partir de diversos sistemas, como sistemas SIGSS, E-Gestor, TABNET SESA, SISAB, entre outros. Esses dados são, então, disponibilizados para os Diretores dos departamentos e a Secretária da Saúde via e-mail e WhatsApp, permitindo que acompanhem os resultados até o momento e relatem as ações da equipe responsável, em campo específico. Quando necessário, os dados são discutidos em reuniões.

Ao final de cada quadrimestre, é realizado o fechamento e a análise dos dados do período, obtidos a partir de diversas fontes mencionadas anteriormente, resultando na elaboração do RDQA. No final do ano, os RDQAs são consolidados no Relatório Anual de Gestão (RAG), com análise dos resultados alcançados. Tanto o RDQA quanto o RAG são inseridos na plataforma federal DIGISUS Gestor para apreciação do RDQA e aprovação do RAG pelo CMS.

Dados dos indicadores (2022-2024*)

Nos últimos anos, a análise do RAG tem revelado importantes avanços e desafios na execução das metas de saúde. A seguir, são apresentados dados dos indicadores desde 2022:

Ano	Metas Definidas na PAS	Metas Alcançadas	% de Execução
2022	87	54	62%
2023	87	66	76%
2024 -1º QD	87	50	57%
2024 -2º QD	87	54	62%

* **Nota**: Os dados de 2024 são preliminares até o final do ano.

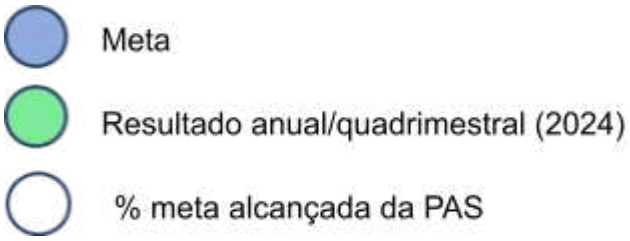
Ano de 2022: Com a estabilização da pandemia e o retorno de programas de saúde pública rotineiros, 87 metas foram definidas, das quais 54 foram atingidas, resultando em 62% de execução. O foco foi ampliar os serviços de prevenção e cuidados contínuos de saúde na atenção primária.

Ano de 2023: A gestão da saúde pública avançou, com maior eficiência na execução dos recursos e alcance das metas. Do total de 87 metas, 66 foram cumpridas, representando 76% de execução. Com destaque para o fortalecimento das áreas de saúde bucal e atenção primária.

Ano de 2024: Até o momento, das 87 metas estabelecidas para o ano, aproximadamente 62% foram executadas, com base nos dados do segundo quadrimestre. É importante destacar que, neste ano, o Estado do Paraná e o município de Toledo decretaram situação de emergência devido ao aumento expressivo dos casos de dengue (decreto municipal 1.073/2024), o que impactou o cumprimento de algumas metas, já que os esforços foram

redirecionados ao combate à proliferação do mosquito Aedes aegypti e às doenças causadas pelo vírus. Com a estabilização da epidemia de dengue no município, o foco voltou-se para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e o fortalecimento das ações preventivas em doenças crônicas. O relatório final será consolidado no fim do ano, mas os resultados preliminares indicam uma tendência positiva na melhoria da qualidade dos serviços.

Comparativo de Indicadores-Chave (2022-2024)



INDICADOR	2022	2023	2024 - 1ºQD	2024 - 2ºQD
1.1.1:Percentual de Cobertura Populacional da Atenção Básica	85,85 91,44 106,51%	87,23 100,00 114,64%	88,61 100,00 112,85%	88,61 100,00 112,85%
1.1.6:Percentual de pacientes HAS que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico. (CIAP e CID)	81,00 81,91 101,12%	82,00 85,91 104,77%	83,00 58,25 70,18%	83,00 82,10 98,92%
1.1.7:Percentual de pacientes DM que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico.	81,00 80,65 99,57%	82,00 85,38 104,12%	83,00 58,80 70,84%	83,00 81,90 98,67%

2.1.3:Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	93,50 93,45 99,95%	94,00 94,17 100,18%	94,50 95,27 100,81%	94,50 93,43 98,87%
2.1.6: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	0,43 0,48 111,63%	0,47 0,57 121,28%	0,51 0,08 15,69%	0,51 0,24 47,06%
2.1.9: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2 0 100,00%	1 5,00 0%	1 0 100,00%	1 0 100,00%
3.1.7: Taxa de mortalidade infantil	9,00 10,98 0	9,00 8,81 100,00%	9,00 6,76 100,00%	9,00 6,96 100,00%
3.1.12: Número de crianças, aguardando em fila de espera para acolhimento. (CAPS Infantil)	94 79,00 100,00%	71 156,00 0%	48 208,00 0%	48 271,00 0%
4.1.2: Percentual de idosos com no mínimo 1 consulta ao ano	71,44 61,24 85,72%	73,94 77,50 104,81%	76,44 59,57 77,93%	76,44 76,58 100,18%
7.1.1 Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	24,00 14,83 61,79%	26,00 14,83 57,04%	28,00 65,41 233,61%	28,00 14,83 52,96%
9.1.1: Percentual de pacientes HAS, com consulta farmacêutica realizada.	145 2,00 1,38%	339 49,00 14,45%	533 52,00 9,76%	533 52,00 9,76%
9.1.2: Percentual de pacientes DM, com consulta farmacêutica realizada.	56 0	130 21,00	204 22,00	204 22,00

	0%	16,15%	10,78%	10,78%
9.1.3: Percentual de perda de medicamentos do estoque	5,00 0,56 100,00%	5,00 0,64 100,00%	5,00 0,68 100,00%	5,00 0,47 100,00%
10.1.1: Ações de matriciamento sistemáticos realizados por CAPS, com equipes de atenção Primária em Saúde.	100,00 33,33 33,33%	100,00 100,00 100,00%	100,00 8,33 8,33%	100,00 22,22 22,22%
10.1.2: Número de Ações educativas realizadas	12 19,00 158,33%	12 15,00 125,00%	12 2,00 16,67%	12 1,00 8,33%
10.1.3: Número de pessoas aguardando em fila de espera (redução da fila de espera psiquiatria e psicologia do ASM)	930 133,00 100,00%	765 469,00 100,00%	600 421,00 100,00%	600 500,00 100,00%
11.1.1: Tempo de espera (dias) para consultas especializadas	1.094 970,00 100,00%	1.094 886,00 100,00%	1.094 970,00 100,00%	1.094 1.095,00 0%
11.1.2: Nº de Protocolos Implantados de Exames Especializados	1 0 0	1 1,00 100,00%	1 0 0	1 1,00 100,00%
11.1.3: Nº de Protocolos Implantados de Consultas Especializados	1 0 0	1 2,00 200,00%	1 0 0	1 1,00 100,00%
12.1.1: Percentual de acolhimento com classificação de riscos realizados	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%

12.1.2: Taxa de Mortalidade	1,55 1,07 100,00%	1,50 0,77 100,00%	1,45 0,82 100,00%	1,45 0,89 100,00%
13.1.1: Proporção de casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, com testagem realizada	100,00 99,31 99,31%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%
14.1.1: Percentual de Servidores da Saúde que participaram de ações de Educação Permanente e/ou Continuada.	36,63 46,90 128,04%	37,75 41,63 110,28%	38,87 3,12 8,03%	38,87 23,32 59,99%
14.1.2: Número de servidores efetivos (Ampliação de servidores em relação a Dez/2020)	30 130,00 433,33%	30 243,00 810,00%	30 320,00 1.067%	30 349,00 1.163%
14.2.1: Percentual de satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS.	85,00 84,70 99,65%	85,00 84,60 99,53%	85,00 87,00 102,35%	85,00 87,20 102,59%
15.1.5: Percentual de Instrumentos de Gestão elaborados e submetidos à apreciação e aprovação do CMS	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%	100,00 100,00 100,00%
16.1.1: Número de Unidade de Saúde construída	0 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0
16.1.2: Número de Unidades de Saúde Reformadas e/ou ampliadas	1 0 0	1 3,00 300,00%	2 1,00 50,00%	2 1,00 50,00%

16.1.3: Nº de veículos adquiridos	14 15,00 107,14%	2 13,00 650,00%	2 15,00 750,00%	2 15,00 750,00%
16.1.4: Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	15,00 29,51 196,73%	15,00 31,02 206,80%	15,00 29,33 195,53%	15,00 31,30 208,67%

Fonte: RAG. 2022-2023. RDQA 1º e 2º quadrimestre de 2024. *Nota: Os dados de 2024 são preliminares até o final do ano.

Principais Resultados e Tendências:

- A **Cobertura Populacional da Atenção Básica** mostrou crescimento contínuo desde 2021, com uma previsão de permanecer com 100% de cobertura até o final de 2024, refletindo o sucesso da ampliação das equipes nas unidades de saúde.
- A **mortalidade infantil** vem atingindo a meta mantendo em 1 dígito, fruto de esforços em melhorar o atendimento neonatal e pré-natal.
- A **mortalidade nas unidades de urgência e emergência** apresentou uma queda significativa nos últimos anos, com a tendência de continuar atingindo a meta em 2024. Esse resultado positivo se deve à evolução dos fluxos de trabalho e à abertura do Hospital Regional de Toledo - HRT. Em 2023, a meta foi alcançada, e a expectativa é de que se mantenha em 2024 e nos próximos anos.
- O **atendimento de consultas** (médicas e de enfermagem) tem crescido de forma consistente, com mais de 250.000 atendimentos previstos para 2024, evidenciando a ampliação do acesso à saúde.
- O **percentual destinado a ações e serviços de saúde**, conforme previsto na LC 141/2012 (15%), vem aumentando consistentemente, superando a aplicação mínima obrigatória pelo município. No 2º quadrimestre de 2024, o total investido atingiu 31,30%, evidenciando um crescimento significativo no investimento destinado à área da saúde.

Essa evolução positiva reflete o esforço contínuo da gestão pública em melhorar a qualidade dos serviços de saúde, ajustar as metas e direcionar os recursos de maneira mais eficiente, garantindo o atendimento às demandas da população.

Manual para Lançamento das Atividades Coletivos

Iniciou-se a construção de um manual para o registro das atividades coletivas que compõem os indicadores do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, com o objetivo de padronizar os lançamentos e assegurar que todas as atividades sejam devidamente registradas. Essa padronização contribuirá para o alcance das metas estabelecidas no PMS, na Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG). Após a finalização do manual, será iniciada uma capacitação destinada aos servidores responsáveis pelos registros no sistema.

1.2 PROGRAMAS, PORTARIAS, RESOLUÇÕES E EMENDAS PARLAMENTARES

O Departamento de Gestão em Saúde realiza a captação de recursos federais e estaduais, atuando nas fases de elaboração de projetos e planos de trabalho, cadastramento de propostas e captação no caso de recursos federais, encaminhamentos de documentações exigidas pela União e a SESA-PR, acompanhamento pelos sistemas federais e prestação de contas. Realiza acompanhamento das obras de construção, reformas e ampliação das unidades de saúde.

O caminho oficial utilizado pelo Ministério da Saúde para publicizar as adesões de incentivos financeiros é através de Portarias que são publicadas no Diário Oficial e as mesmas podem ser consultadas no **Sistema de Controle de Limites Financeiros da Média e Alta Complexidade - SISMAC.**

Já a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR utiliza como

caminho oficial para publicizar as adesões de incentivo financeiros o Diário Oficial do Estado e as mesmas podem ser consultadas no site da **SESA.**

Para o acompanhamento das Emendas Parlamentares a plataforma que está sendo utilizada para acesso às informações de recursos financeiros direcionados ao município é o Sistema de Investimento do SUS - InvestSUS, além das emendas, esta plataforma é a fonte de informações de repasses para municípios, estados, Distrito Federal e entidades privadas sem fins lucrativos, facilitando os acessos aos sistemas do Ministério da Saúde para o financiamento do SUS.

Em 2022 o município encaminhou a documentação para adesão da Resolução nº 858/2022 - SESA referente a aquisição de 11 veículos comuns, aprovado pelo CMS através da Resolução Ad. Referendum nº 40/2022. Os 11 veículos foram direcionados para as UBS e o Gabinete da SMS.

Em agosto de 2023 foi lançado pelo Governo Federal Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), com propostas direcionadas a diversas áreas, na Secretaria da Saúde do município de Toledo foi realizado as seguintes solicitações de recursos financeiros de **PROGRAMAS**:

- Construção do Centro Especializado em Reabilitação (CER) - Porte II - física e intelectual - valor da proposta: R$ 6.264.000,00;
- Construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Porte II - valor da proposta: R$ 2.039.000,00;
- Construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas - Porte AD - valor da proposta: R$ 2.039.000,00;
- Ampliação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil - Porte i - valor da proposta: R$ 1.485.379,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - ESFSB Cosmos - valor da proposta: R$ 1.192.200,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - ESFSB Alto Panorama - valor da proposta: R$ 1.045.200,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - ESFSB Panorama - valor da

proposta: R$ 730.494,00;

- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - EAP Jardim Porto Alegre - valor da proposta: R$ 876.571,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - EAP Vila Industrial - valor da proposta: R$ 628.960,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - Posto de Saúde Vila Ipiranga - valor da proposta: R$ 328.298,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - Posto de Saúde Dois Irmãos - valor da proposta: R$ 328.568,00;
- Reforma na Unidade Basica de Saude (UBS) - ESFSB Jardim Pancera - valor da proposta: R$ 753.489,00;
- Aquisição de transporte Sanitário Adaptado - 2 veículos (1 van e 1 carro) - valor da proposta: R$ 714.800,00;
- Aquisição de 1 micro-ônibus urbano de transporte sanitário - valor da proposta: R$ 611.000,00;
- Aquisição de 3 Unidades Móvel de Saúde (SAMU) - suporte basico e/ou avançado de vida) - valor da proposta: R$ 1.300.950,00
- Aquisição de equipamentos e material permanente para todas as Unidades Basica de Saude (UBS) - valor da proposta: R$ 998.445,00;
- Aquisição de equipamentos e material permanente para Atenção Básica em Saúde Bucal - valor da proposta: R$ 299.393,00;

É válido esclarecer que estas propostas encaminhadas cumpriram com os requisitos, desta forma, foram habilitadas, mas não selecionadas para o pacote orçamentário disponível do Novo PAC. No entanto, elas são passíveis de serem contempladas através de emendas parlamentares.

Referente às **Resoluções** da SESA em 2023, a Secretaria Municipal de Saúde encaminhou as documentações de solicitação de adesão das seguintes resoluções conforme a tabela que segue abaixo:

SOLICITAÇÃO	RESOLUÇÃO	DIRECIONAMENTO	RECURSO	ENVIO 20 RS	N.º E-PROTOCOLO	RECURSO NA CONTA
Reforma	508/2023	UBS Europa	150.000,00	4/9/2023		
Ampliação UBS	675/2023	UBS Boa Vista	500.000,00	5/9/2023		
Ampliação UBS	675/2023	UBS Santa Clara IV	500.000,00	11/9/2023		
Ampliação UBS	675/2023	UBS São Fransisco	500.000,00	11/9/2023		
Ampliação UBS	675/2023	UBS Pancera	500.000,00	12/9/2023		
Construção UBS	675/2023	UBS Anápolis	1.200.000,00	12/9/2023		
Construção UBS	675/2023	UBS Becker	1.200.000,00	12/9/2023		
Construção UBS	675/2023	UBS Bressan	1.200.000,00	12/9/2023		
Construção UBS	675/2023	UBS Orquídeas	1.200.000,00	12/9/2023		
ônibus	676/2023	SMS	700.000,00	10/7/2023	20.604.363-6	8/3/2024
Veículo utilitário	676/2023	SMS	120.000,00	10/7/2023	20.604.094-7	20/3/2024
Equipamentos	677/2023	UPA	800.000,00	20/12/2023	20.604.403-9	28/06/24
Equipamentos	677/2023	AMI	800.000,00	20/12/2023	20.604.531-0	10/4/2024
Equipamentos	678/2023	UBS novas	2.000.000,00	31/8/2023	20.604.453-5	16/2/2023
Veículo comum	1108/2023	UBS Porto Alegre	65.000,00	30/8/2023	20.719.585-5	31/10/2023
Veículo comum	1108/2023	SMS	65.000,00	30/8/2023	20.720.277-0	31/10/2023
camas elétricas	1140/2023	SESA	190.000,00	22/8/2023	20.934.563-3	1/3/2024
Equipamentos	1428/2023	Rede SUS	190.000,00	23/12/2023	21.213.497-0	13/3/2024
Equipamentos	1431/2023	Vila Nova e Sarandi	100.000,00	23/12/2023	21.044.022-4	28/02/24
Ambulância SMS	1432/2023	Ambulância SMS	250.000,00	20/12/2023	20.897.788-1	8/3/2024
Ambulância SMS	1432/2023	Ambulância SMS	250.000,00	20/12/2023	20.897.788-1	8/3/2024
Ambulância SMS	1432/2023	Ambulância SMS	250.000,00	20/12/2023	20.897.808-0	8/3/2024
Van	1432/2023	VAN SMS	220.000,00	3/1/2024	20.897.833-0	20/3/2024
Veículo utilitário	1432/2023	CME	100.000,00	3/1/2024	21.032.818-1	20/3/2024
Veículo utilitário	1432/2023	CAPS I	100.000,00	3/1/2024	21.042.844-5	20/3/2024
Reforma	1433/2023	Alto Panorama	150.000,00	29/12/2023	21.037.469-8	

Das Resoluções referente a equipamentos e veículos, algumas estão com o processo de entrega, como por exemplo o ônibus e utilitários, outras estão no processo da compra por licitação, pois os recursos foram depositados na conta do Fundo Municipal de Saúde - FMS.

Desta forma é possível verificar que a pendência documental está na Resolução referente às obras de reforma, ampliação e construção. A situação atualizada de cada resolução está detalhada na tabela que segue abaixo:

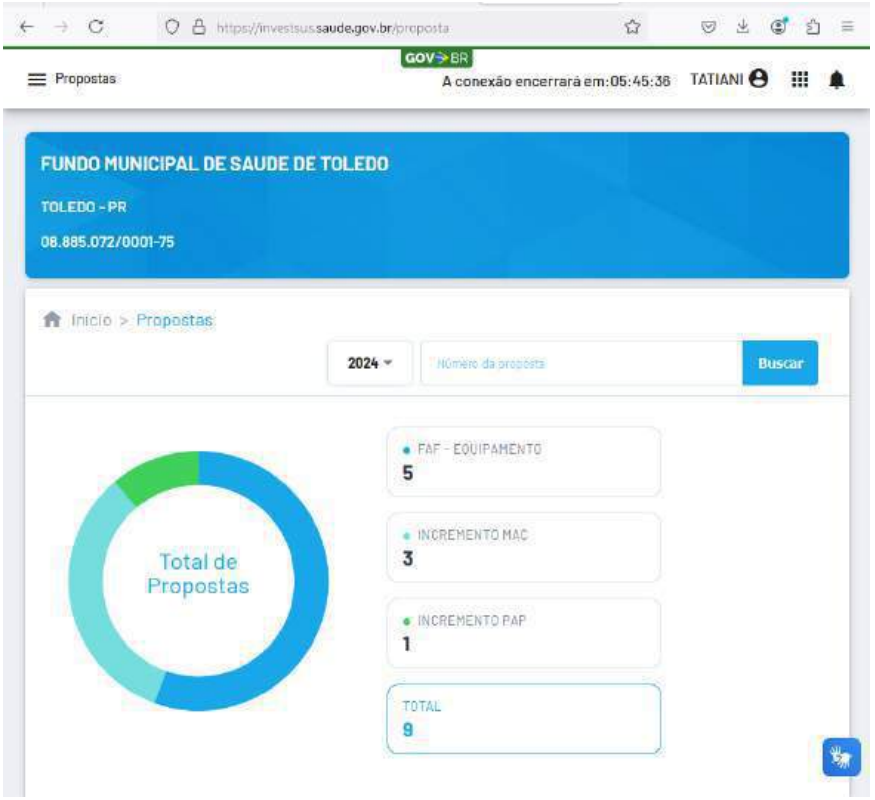
20.604.217-6	Toledo	UBS Jardim Anápolis	C-TIPO II	675/2023	1.200.000,00	Solicitação dos documentos de engenharia
20.604.166-8	Toledo	Jardim Orquideas	C-TIPO II	675/2023	1.200.000,00	Solicitação dos documentos de engenharia
20.401.369-1	Toledo	UBS do Jardim Europa	Reforma	508/2023	150.000,00	Solicitação dos documentos de engenharia. Envio de doc. eng. para SESA 19/04/2024. solicitada pendências de eng. via e-mail 24/05/2024. Enviado doc pendentes de eng. p/ SESA 21/06/2024. Solicitação para licitar enviada 23/08/2024
17.739.405-0	Toledo	UBS São Luiz do Oeste/ ESF Interior Leste, CNES: 4056922.	Reforma	Res 932/2021	150.000,00	Enviados documentos de adesão e de engenharia 26/11/2021. Enviado Ofício nº 593/2024/DIR/20RS dia 09/08/2024 com prazo p/ pendências de engenharia. Solicitado pendências do Ofício nº 593/2024/DIR/20RS via e-mail 28-10-2024
14.804.252-7	Toledo	UBS Vila Nova rua Antonioprado esq.valter escarparo lt.138 e 243, qd.32 loteamento Silfredo Muller	C-Tipo I	165/2018	600.000,00	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred. Solicitada finalização e enviado documentos físicos para SESA OBRAS 06/09/2024
15.210.996-2	Toledo	UBS Coopagro – Av. Ministro Cirne Lima, Lt 194, qd.655	R	138/2018	149.817,29	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred
15.211.005-7	Toledo	Rua Almirante Tamandaré,esq. Com rua Armando Luiz Arrosi, Lt 360,qd.A1 – centro	R	137/2018	149.966,13	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred
15.211.011-1	Toledo	UBS Jardim Paranorama – Tr. Itararé, Lt. Urbano 239, Qd. 969	R	136/2018	150.000,00	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred. Solicitada finalização e enviado documentos físicos para SESA OBRAS 19/09/2024
14.977.284-7	Toledo	UBS Jardim porto alegre - Rua Julio Verner s/n. Esq. Rua Adilson Bier lt50,qd.1191/ Jd. Porto alegre	R	015/2018	122.523,66	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred
14.649.988-0	Toledo	UBS Novo Sarandi - R. Fortaleza esq. com Belo Horizonte Lt.01 Q. 50	R	009/2017	107.990,60	finalizada, aguardando termo de constatação da Pred

Em 2024 a SMS fez a adesão da Resolução nº 516/2024 - referente a um veículo básico e da Resolução nº 605/2024 - referente a aquisição de Tablets para os Agentes de Combate às Endemias, ambas adesões direcionadas para o Departamento de Vigilância em Saúde.

Também foi iniciado o processo nº 22.244.282-6 referente ao Convênio de apoio financeiro para a construção da UBS Vila Pioneiro, no valor de R$ 5.500.000,00 sendo a área de construção de 1.296,60 m². A proposta já foi aprovada no CMS através da Resolução nº 22/2024 e na CIR pela Deliberação nº 60/2024.

Em 2024 foi lançado as seguintes propostas para adesão de recursos financeiros de **Emendas Parlamentares**:

- Proposta 08885072000124001 - Aquisição de equipamentos e material permanente para todas as UBS - valor da proposta: R$ 497.980,00
- Proposta 36000597131202400 - Custeio de Média e Alta Complexidade (MAC) - valor da proposta: R$ 950.000,00
- Proposta 36000603014202400 - Custeio ao Piso da Atenção Primária - valor da proposta: R$ 400.000,00
- Proposta-36000610853202400 - Custeio de Média e Alta Complexidade (MAC) - valor da proposta: R$ 300.000,00
- Proposta 36000613261202400 - Custeio de Média e Alta Complexidade (MAC) - valor da proposta: R$ 1.353.030,00
- Proposta 08885072000124012 - Aquisição de equipamentos e material permanente para unidades de Atenção Especializada em Saúde (Unidade de Pronto Atendimento - UPA) - valor da proposta: R$ 181.777,00



PISO DE ENFERMAGEM

Em 2023, após a Lei nº 14.434/2022 que estabelece o piso salarial para os profissionais de enfermagem, o Governo Federal implantou o repasse do complemento financeiro, para tanto é necessário que mensalmente sejam enviados os dados dos profissionais de enfermagem através da ferramenta InvestSUS. Este ícone “Piso de Enfermagem” somente é disponibilizado ao Gestor municipal.

Todo início de mês a Secretaria Municipal de Saúde compila as planilhas encaminhadas pelo Consamu e pelo Ciscopar, posteriormente lança na plataforma InvestSUS, e no final do mês, assim que disponibilizado no sistema, faz o download da planilha com os valores do complemento por profissional e encaminha as respostas para os serviços supracitados.

EM ANDAMENTO

Emenda Parlamentar nº50410007

Proposta 08885072000124009 - Aquisição de Equipamento e Material Permanente para Unidade de Atenção Especializada em Saúde - Central de Especialidades - valor da proposta: R$128.806,00 - Análise solicitou mais informações na justificativa.

Emenda Parlamentar nº45000019

Proposta 08885072000124010 CAPS II AD i CER - Aquisição de equipamentos e material permanente para unidades de Atenção Especializada em Saúde (CAPS II, AD e i) - valor da proposta: R$ 499.893,00 - Análise solicitou informações na justificativa.

Programa SUS Digital

Proposta-08885072000124004 equipamentos TeleSaúde - Aquisição de equipamentos e material permanente para a estruturação de ações e serviços de saúde digital, telesaúde e inovação no SUS - Valor da proposta: R$ 388.180,00

Programa Valoriza GTES-SUS

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde instituiu através da Portaria GM/MS Nº 2.168/2023 o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde , o Valoriza GTES-SUS direcionando recurso financeiro para os estados brasileiros. Posteriormente no Estado do Paraná em reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB/PR foi aprovado a Deliberação nº 95/2024 definindo o rateio dos recursos referente a Portaria GM/MS Nº 2.168/2023 entre SESA e municípios. Para a 20º Regional de Saúde ficou definido o valor de R$ 109.090,00, sendo Toledo o ente federado definido para receber o recurso em seu Fundo Municipal de Saúde. A Secretaria de Saúde já efetivou a adesão e agora precisa elaborar e apresentar o Plano de

Trabalho na CIR e no Conselho Municipal de Saúde para deliberação.

Programa Mais Acesso a Especialista - PMAE

Também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde - AES. O foco é tornar o acesso do paciente às consultas e aos exames especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, a partir do encaminhamento realizado pelas equipes de Atenção Primária (eAP), por exemplo a Equipe de Saúde da Família - eSF. PMAE institui um novo modelo de financiamento da atenção ambulatorial especializada, por meio da Oferta de Cuidados Integrados (OCIs). As OCIs são um conjunto de procedimentos a serem realizados por paciente no cuidado de uma doença ou agravo específico.



Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae

Resolução SESA nº 870/2021

Para a Solicitação do Incentivo Financeiro de Investimento e Custeio dos Equipamentos de Reabilitação Multiprofissional, para o Centro de Fisioterapia o

município deverá encaminhar a proposta, contendo toda documentação relacionada na resolução 870/2021 para a 20º Regional de Saúde.

Piso de Enfermagem

Em 2024 foi reaberto para ajustes dos cadastros, a SMS reencaminhou as planilhas de 2023, mas está até este momento aguardando o retorno do Governo Federal referente aos meses de 2023 que não ocorreu o pagamento do complemento do piso de enfermagem.

TEMAS A DELIBERAR

Credenciamento edital nº36/2023

- Em 2024 iniciou-se o levantamento dos dados dos procedimentos realizados de média e alta complexidades (MAC) das unidades, para o Credenciamento - Banco de Prestadores através do Edital nº 36/2023, junto à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR).

Habilitação do Centro Especializado em Reabilitação - CER II (Regional) - Deficiências Físicas e Intelectuais

- Em 2024 foi realizado o cadastro inicial de Proposta no SAIPS nº 206000, o qual encontra-se em processo de finalização.

2. SAÚDE DIGITAL E INOVAÇÃO

Saúde Digital

A Saúde Digital pode ser descrita como a aplicação de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações sobre a condição de saúde do paciente. Nela estão incluídas muitas soluções para fins de aumentar a eficiência dos serviços de saúde. Algumas das tecnologias disponíveis envolvidas na saúde digital são: telemedicina, telediagnóstico, uso de Inteligência artificial, uso de redes sociais e aplicativos de comunicação entre outras.

A Secretaria da Saúde tem avançado em saúde digital, com a implementação de soluções em telessaúde, progresso na utilização de aplicativos de comunicação para agendamento e informações, implantação de novas funcionalidades no sistema de saúde, entre outros aspectos.

Sobre inovações e melhorias lideradas pelo departamento é possível citar o desenvolvimento de painéis de informação, a criação de relatórios customizados, integração entre os sistemas de informação, melhorias na prestação de contas quadrimestrais, entre outros progressos.

Telesaúde

Na área de telessaúde foram implantadas em 2024 duas opções de telediagnósticos, sendo a teledermatologia e o tele ECG (tele eletrocardiograma). A teledermatologia, está em funcionamento no ambulatório de feridas do Jardim Coopagro, com a Atenção Primária à Saúde liderando essa iniciativa, apoiada pela gestão municipal. Outro projeto de telessaúde em execução é o tele ECG. Este implantado em setembro de 2024, em parceria com a Central de Especialidades, e envolve a realização de laudos por telediagnóstico.

Teledermatologia

A teledermatologia funciona usando o equipamento de teledermatoscópio o qual realiza imagens de alta resolução dos pacientes, que foram encaminhados pelos profissionais médicos da APS. No ambulatório de Feridas, após realização do exame, as imagens são inseridas no sistema da plataforma STT (Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde) sendo enviadas para especialistas em dermatologia, os quais fornecem o laudo do exame, classificam o risco e indicam possíveis condutas a serem tomadas em relação ao caso.

TeleECG

A implementação do TeleECG, atualmente em funcionando na Central de Especialidades, com suporte técnico do Departamento de TI e do Departamento de Gestão. Esse projeto envolve a execução do eletrocardiograma pelos dos profissionais de enfermagem da Central de Especialidades, após o exame é enviado e em até 2 horas laudado pelos cardiologistas disponíveis, tudo via PNTD (Plataforma Nacional de Telediagnóstico). Desde o dia 16/09/2024, data do início das realização do TeleECG até o dia 21/10/2024, já foram laudados 461 exames. É importante registrar que os laudos fornecidos são também inseridos no SIGSS, pela equipe da Atenção Especializada.

Para fins de implantação deste formato de telediagnóstico, foi feita adesão à TeleSaúde do Paraná. Houve a deliberação nº 105/2024 da Comissão Intergestora Bipartite (CIB/PR). A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), emprestou eletrocardiógrafo para fins de realização de ECG, nesta modalidade de telediagnóstico. Também foi oportunizado aos profissionais do município a participação nas capacitações, realizado suporte técnico, pelo departamento de gestão e departamento de tecnologia da informação, tanto para instalação e configuração do equipamento, bem como para o cadastro dos profissionais nas plataformas necessárias.

Painéis de informação

O Departamento de Gestão em Saúde desenvolveu alguns paineis de informações, os quais estão disponíveis no site da prefeitura (Painel de Informações). Estes paineis facilitam a visualização e o acesso a informação referente aos atendimentos nas unidades de urgência e emergência, também demonstram informações quanto ao CNES e vínculos dos profissionais com a SMS.

Dashboard:

Painel de Informações da Secretaria da Saúde, disponível para acesso público.



Melhorias na apresentação da Audiência Pública

O formato da audiência pública, no município, foi uma construção realizada com participação do Conselho Municipal de Saúde e das diversas gestões ao longo do tempo. As melhorias trazidas neste período, entre 2021 e

2024, foram: Inserção de alguns indicadores do PMS, nos slides de cada departamento. Os indicadores inseridos foram debatidos com as equipes e com os respectivos diretores.

Este processo foi importante para demonstrar a evolução dos indicadores e cotejá-los com a produção de cada departamento; Nova organização das informações do financeiro em Receitas, Despesas e Relação x Despesa; reestruturação no formato da apresentação dos dados da vigilância, buscando trazer sempre que possível o histórico de 5 anos;

Integração SIGSS-IDS

Há mais de uma década, os sistemas de informação do CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná) e do SIGSS são usados para o registro de dados sobre a saúde em Toledo. Com o aumento da população, cresceu a procura por serviços de saúde oferecidos pelo SUS, aumentando o volume de trabalho nas unidades operacionais e administrativas da Secretaria de Saúde. A duplicidade de sistemas gerava inúmeras falhas, sendo a principal a demora para efetivar o registro nos sistemas.

Meio milhão de agendamentos duplicados (SIGSS e IDS)

O volume desses lançamentos duplicados era tão expressivo que desgastava o servidor e, também, o paciente que ficava esperando em frente ao agendador, as chamadas guias de consulta/exame. Em 2019, por exemplo, foram realizados mais de meio milhão de lançamentos nos dois sistemas.

O panorama desgastante levou os Departamentos de Gestão, de Atenção Especializada e de Informática, os sistemas MV/Consulfarma e IDS Saúde, além do próprio Ciscopar, a trabalharem em conjunto para integração dos sistemas.

A construção da solução iniciou-se em abril de 2021 gerando inúmeras reuniões e grupos de discussão. Aproximadamente um ano depois, em março

de 2022, testes da ferramenta foram realizados pela Central de Especialidades.

Depois de três meses, em julho, finalmente aconteceram as capacitações para os demais servidores da rede, permitindo, assim, a utilização da ferramenta da Integração por todos os setores da Secretaria Municipal da Saúde, gerando mais eficiência, eficácia e efetividade no serviço prestado à população.

Economia de 11 mil horas com Integração SIGSS-IDS

Desde a implantação da Integração SIGSS-IDS em março de 2022, foram realizados 333.055 agendamentos, considerando os dados até junho de 2024. Com base nesses dados, estima-se que outros 333 mil agendamentos teriam ocorrido sem a integração. Essa integração resultou em uma economia de aproximadamente 11.100 horas, considerando que cada agendamento levaria cerca de 2 minutos para ser lançado nos dois sistemas.

Gerador de Relatórios

A criação de relatórios personalizados é uma demanda constante, uma vez que os relatórios disponíveis no sistema SIGSS, nem sempre atendem às necessidades específicas dos serviços. Customizações desses relatórios junto à MV/Consulfarma podem custar entre R$ 6.000 e R$ 10.000, por relatório. Entre 2022 e 2024, aproximadamente 60 relatórios foram desenvolvidos por um profissional com formação na área de TI (Tecnologia da Informação), este atuava no departamento, como Coordenador Administrativo. Os relatórios desenvolvidos tiveram como foco em indicadores do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 entre outras demandas operacionais, como relatórios de pacientes encaminhados para especialidades, relatórios sobre exames laboratoriais, entre outros. Se esses relatórios tivessem sido customizados pela empresa contratada, o custo total estimado poderia atingir R$ 350.000 (trezentos e cinquenta mil reais).

Planilhas em nuvem

Nos últimos anos, surgiram demandas pontuais para as quais não havia sistemas prontos para registrar informações na rede municipal de saúde. Para atender a essas necessidades, foram criadas planilhas em nuvem, com acessos liberados aos profissionais conforme necessário. Essas planilhas foram desenvolvidas para otimizar o registro e o acompanhamento dos trabalhos dos profissionais. Além disso, algumas delas são utilizadas para melhorar os fluxos internos entre os departamentos, como no gerenciamento de ofícios e prazos.

Automatizações

No departamento as automatizações começaram no ano de 2023. Foram desenvolvidas através de linguagem de programação Python. Naquele momento houve a saída de uma servidora administrativa e não ocorreu a troca imediata. Assim, para fins de poder auxiliar com parte da demanda, o Coordenador Administrativo, desenvolveu uma automatização para auxiliar na conferência dos exames apresentados pelos laboratórios. Neste caso a conferência mensal de exames laboratoriais, o robô copia os relatórios fornecidos pelo prestador, bem como aqueles baixados do sistema, e alimenta a planilha de conferência, e exporta o relatório pronto para análise.

No ano de 2024, com a entrada de um profissional administrativo que tinha conhecimento sobre lógica de programação, este desenvolveu novas automatizações. Estas foram direcionadas para auxiliar na execução dos relatórios de rotina, como relatório estatístico mensal.

EM ANDAMENTO

Quanto à Saúde digital e Inovação há várias situações que estão em andamento, sendo serviços rotineiros, ou mesmo situações que precisam de ações para serem finalizadas.

Teledermatologia

Serviço realizado atualmente no Ambulatório de feridas, usa o equipamento dermatoscópio para realização de exame e o telediagnóstico através da plataforma STT (Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde). O sistema SIGSS também é usado, para fins de agendamento do exame e lançamento do laudo final disponibilizado pelo telediagnóstico. Também é utilizado o GLPI (Sistema de Suporte da SESA), para fins de solicitação de cadastro de operadores e profissionais na plataforma de STT. Esta última função é realizada pelo departamento de gestão.

Quanto ao suporte oferecido pela gestão, para continuar funcionando deve haver profissional que conheça os processos, com acesso aos sistemas e que possa auxiliar a rede nas demandas rotineiras.

TeleECG

Serviço de TeleECG, usa o equipamento eletrocardiógrafo compatível com a plataforma PNTD (Plataforma Nacional de Telediagnóstico), e o laudo é gerado em até 2 horas por cardiologistas da plataforma. Atualmente o exame é realizado na Central de Especialidades. O sistema SIGSS também é usado, para fins de agendamento do exame e lançamento do laudo final disponibilizado pelo telediagnóstico. O GLPI (Sistema de Suporte da SESA), é usado para fins de solicitação de cadastro de operadores e profissionais no PNTD. No caso do TeleECG também é necessário que o profissional que usará a plataforma faça o auto cadastro na Plataforma Sabiá.

Quanto ao suporte oferecido pela gestão, para continuar deve haver profissional que conheça os processos de telesaúde, com acesso aos sistemas e que possa auxiliar a rede nas demandas rotineiras. É importante que o equipamento eletrocardiógrafo compatível seja mantido com as devidas liberações de firewall e antivírus, normalmente liberadas pelo Departamento de Informática.

Painel de informação

Os painéis de informações estão disponíveis no site da prefeitura (Painel de Informações).

Para continuidade das informações deve haver profissional que tenha conhecimentos sobre Power BI, manutenção do site da prefeitura, conheça os relatórios que precisam ser gerados e seus respectivos sistemas (SIGSS, CNES, E-gestor).

Planilhas em nuvem

Há várias planilhas criadas pelo departamento de gestão. Para manutenção delas, atualização das mesmas para uso no ano de 2025, é necessário conhecer de planilhas em nuvem, fórmulas, formatação condicional, permissões de acesso, entre outros. Segue lista de planilhas atualmente em uso: Planilha de apoio dos Exames Laboratoriais, Planilha Relatórios Estatístico VIGILÂNCIA, Planilha de casos suspeitos SARS-COV-2, Docs Emitidos VISA, Ofícios Emitidos VISA, Número de Licenças Emitidas, Número de Autos e Termos Emitidos, Prazos para respostas de Ofícios/Pendências, Pendências por Depto, Oxigenoterapia e Planilha de Locação de Concentradores de Oxigênio.

Gerador de Relatórios

A criação e personalização de relatórios dependem da demanda da rede de saúde. Há vários indicadores do PMS 2022-2025, que ainda não tem relatórios criados. Outros relatórios específicos como: consultas médicas por Equipe de ESF, consultas de enfermagem por equipe de ESF, relatório de atividades do PSE, ou mesmo relatórios que possam agilizar a realização dos relatórios periódicos (Estatístico, Criança e Adolescente, Idoso, etc).

Para continuar executando esta demanda é fundamental haver profissional formado na área de Tecnologia da Informação, com conhecimento em SQL. Também é necessário a continuidade da funcionalidade Gerador de

Relatório no sistema (SIGSS).

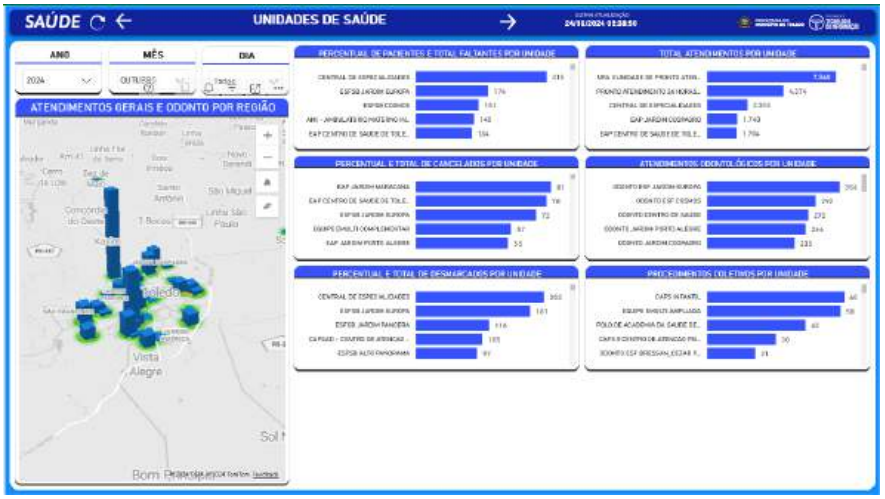
Automatização de relatórios

Utilização de scripts para automatização da geração de relatórios, poupando tempo do operador. Atualmente, utiliza-se a linguagem de programação Python, por meio do software Jupyter Notebook para criar scripts simples que interagem com os sistemas utilizados para geração de relatórios (SIGSS, IDS e INTEGRAÇÃO), de forma a preencher os filtros de cada relatório de maneira automática e salvar os dados extraídos. Para alguns, a automação também realiza o tratamento dos relatórios baixados, como na conferência mensal de exames laboratoriais, onde o robô copia os relatórios fornecidos pelo prestador, bem como aqueles baixados do sistema, e alimenta a planilha de conferência, deixando o relatório pronto para análise.

Para continuarem disponíveis, precisa estar instalado nas máquinas o Jupyter Notebook, bem como alguns pacotes específicos para automatizações disponíveis na linguagem Python. É fundamental também ter um profissional que entenda da linguagem de programação Python.

Business Intelligence (BI)

Em conjunto com o Departamento de Informática, está em desenvolvimento um BI (Business Intelligence), que é em síntese, um conjunto de técnicas e estratégias que permitem analisar dados e melhorar a tomada de decisões. Abaixo é possível observar uma visualização disponível, em desenvolvimento, ela contém um mapa e gráficos sobre dados de atendimentos de consulta.



O BI é uma ferramenta para facilitar a gestão dos departamentos e a visualização de informações por meio de gráficos, mapas e dashboards. Já foram enviadas planilhas e documentos para a equipe do Departamento de TI, e estamos na fase de desenvolvimento dessa ferramenta, que, quando finalizada, estará disponível para os diretores e alta cúpula de gestão da Secretaria. Os documentos que foram enviados constam em pasta da rede.

Para o andamento do processo foi criado um grupo de Whatsapp, com profissionais envolvidos, constam profissionais do Departamento de Te. Foram programadas entregas parciais, a serem realizadas mensalmente em conjunto com os profissionais participantes do processo.

Ainda faltam levantamento das demandas do Departamento de Vigilância em Saúde. E todas as validações dos gráficos e dados que serão disponibilizados no decorrer do desenvolvimento.

Para continuar é fundamental um profissional formado na área de TI, que finalize o processo de ouvir as demandas das áreas da saúde e descrevê-las de forma adequada. Posteriormente é necessário que este mesmo profissional valide as informações disponíveis no BI, em conjunto com os departamentos envolvidos.

SUSi – Assistente Virtual do paciente

Desenvolvida em conjunto com MV/Consulfarma, a SUSi, Assistente Virtual do paciente é uma ferramenta para comunicar os pacientes, referente às suas consultas, exames e vacinas. Esta ferramenta foi idealizada, pensando em facilitar as informações para os pacientes, bem como realizar cancelamentos de consultas, caso o paciente não possa comparecer.

A ferramenta foi chamada de SUSi, considerando o SUS, Sistema Único de Saúde, e "i" de informação. Para fins de tornar mais amigável e simpática, teve seu perfil no Whatsapp e imagem criada pela comunicação.

A SUSi tem por objetivo usar o aplicativo de mensagens Whatsapp para enviar avisos de saúde, para cada paciente. Em funcionamento, ela auxiliará os pacientes lembrando os mesmos de seus compromissos em saúde ou mesmo cancelando com antecedência a consulta, caso o paciente não possa comparecer.

O projeto piloto para implantação foi iniciado em junho de 2024, no entanto houveram problemas técnicos. Assim, neste mesmo mês foram interrompidos os testes. Atualmente está em desenvolvimento, com a empresa MV/Consulfarma, a solução técnica a fim de retomar o uso da SUSi.

Para evoluir a situação é necessário profissional formado em TI, que faça a articulação com a empresa e MV/consulfarma. Após será necessário reelaborar o projeto piloto, realizar as validações, entre outras etapas para a implantação completa da ferramenta. Ainda sobre a SUSi, quando a mesma estiver em pleno funcionamento, é provável que ocorra envio de mensagens dos pacientes com demandas, é importante ter alguém que acompanhe e possa direcionar as pessoas.

TEMAS A DELIBERAR

Profissionais do Setor de Saúde Digital e Inovação

- Adesão a teleconsultoria - Estado
- Portaria SUS Digital

3. GERENCIAMENTO DE SISTEMAS

Em relação aos sistemas e o gerenciamento realizado pelo departamento de gestão é possível destacar os mais relevantes:

- Sistemas de exportação de produção ou relacionados com dados de saúde gerais: CNES, e-SUS, SIA/SUS, RAAS, SISAB, E-gestor, etc;
- Sistema terceiro usado pela Secretaria de Saúde, para registrar informações (SIGSS);
- Demais sistemas, sejam internos ou externos, usados pelo departamento;

O que é Cnes ? - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções.

Cadastrar todos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, componentes da rede pública e privada, existentes no país, e manter atualizados os bancos de dados nas bases locais e federal, visando subsidiar os gestores na implantação/implementação das políticas de saúde, importantíssimo para áreas de planejamento, regulação, avaliação, controle,

auditoria e de ensino/pesquisa.

Assim, para fins de comparativo histórico podemos observar no quadro abaixo como estavam os dados no CNES em Toledo, no comparativo, das competências, de dezembro/2020 e setembro/2024:

Cadastro no CNES do Município de Toledo

Descrição	dez/20	set/24
Estabelecimentos Cadastro no CNES	711	746
Profissionais com vínculos no CNES	3.851	4.997
Profissionais com vínculos da SMS	1.309	1.728
Equipe ESF	21	32
Equipe de EAP	6	18
Equipe de Saúde Bucal 40 hs	5	14
Equipe de Saúde Bucal Diferenciada	-	12
Equipe Saúde Mental	1	1
Equipe EMAD/EMAP	-	2
Equipe Prisional	-	1
Saúde na hora	2	1
Saúde na Hora EAP	-	5
ACS	109	188

SiA/SUS - Sistemas de Informação Ambulatorial e BPA - Boletim de Produção Ambulatorial, FPO (Programação Físico-Orçamentária).

SIA SUS é a sigla para Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Trata-se de um sistema que registra os atendimentos ambulatoriais realizados no âmbito do SUS, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Abaixo é possível observar, para fins de comparativo histórico, dados do envio de dados realizados nas competências de dezembro/2020 e

Agosto/2024:

Produção Ambulatorial do SUS - Paraná - por local de atendimento

Qtd.aprovada por Financiamento e Ano processamento

Município: 412770 TOLEDO

Período:Janeiro 2020 a Agosto 2024

Financiamento	2020	2021	2022	2023	2024 Até agosto	Total
01 Atenção Básica (PAB)	161.966	149.281	146.317	165.145	114.438	**737.147**
02 Assistência Farmacêutica	3.424.397	4.581.423	4.713.157	5.540.070	4.323.643	**22.582.690**
04 Fundo de Ações Estratégicas e Compensações FAEC	21.913	22.791	22.448	22.962	15.972	**106.086**
05 Incentivo - MAC	6.768	7.614	8.257	8.565	4.749	**35.953**
06 Média e Alta Complexidade (MAC)	995.921	1.323.562	1.424.264	2.026.398	1.242.942	**7.013.087**
07 Vigilância em Saúde	8.019	7.251	21.971	14.449	3.121	**54.811**
Total	**4.618.984**	**6.091.922**	**6.336.414**	**7.777.589**	**5.704.865**	**30.529.774**

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) EM 24/10/2024

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qapr.def

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) EM 24/10/2024

RAAS - Registro das ações ambulatoriais de saúde

É um registro de acompanhamento, monitoramento e apoio aos processos de trabalho dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Psicossocial

Freqüência segundo CNES Executante – PR (2020 a Agosto/2024)

CNES Executante - PR	2020	2021	2022	2023	2024 Até ag	Total
3586030 CAPS II CENTRO DE ATENCAO PSICOSSC	2138	2.859	3.579	3.092	3019	**9.530**
6120768 CAPS AD CENTRO DE ATENCAO PSICOS	1442	1.601	2.587	2.600	1398	**6.788**
7481888 CAPS AD III CENTRO DE ASSISTENCIA	714	1.308	481	184	58	**1.973**
9688153 CAPS I CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANT	0	0	3.673	2845		**3.673**
Total	**4.294**	**5.768**	**6.647**	**9.549**	**7.320**	**21.964**

Fonte:Arquivos gerados do site https://datasus.saude.gov.br/ e importado no TabWin Desktop em 24/10/2024

Fonte: Arquivos gerados do site e importado no TabWin Desktop em 24/10/2024

e_Sus

O e-SUS APS (e-SUS Atenção Primária) é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional. Os municípios que usam sistema terceiro, como é o caso de Toledo-PR, necessitam exportar sua produção para o e-SUS. Então, mensalmente é realizada a exportação de dados do SIGSS para o e-SUS. Posteriormente, os dados são exportados do e-SUS para o ministério da

Saúde, através da tecnologia de transporte apache THRIFT. Então, ao chegar no ministério da saúde, estes dados vão fazer parte do SISAB.

SISAB - Sistema de Informação em Saúde Básica

O SISAB é o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, um sistema do Ministério da Saúde que reúne dados sobre a saúde da população brasileira. O SISAB foi instituído em 2013, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Relatório de Validação SISAB em 23/10/2024
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS
Estado: PR.
Município: TOLEDO.

Validação	2021	2022	2023	Até Agosto/24	Total
Aprovado	929.168	1.102.934	1.464.960	1.223.415	**4.720.477**
Duplicado	1.250	110.319	1.127	1.207	**113.903**
Não Aplicado	122.830	160.129	126.853	64.434	**474.246**
Reprovado(CNES)	6	12	279	5	**302**
Reprovado(CNES+INE)	28	10	21	12	**71**
Reprovado(CNES+PROF)	7	9	22	2	**40**
Reprovado(CNES+INE+PROF)	1	0	0	1	**2**
Reprovado(CNES+INE+PROF+CBO)			3	0	**3**
Reprovado(INE)	3.651	802	1.255	0	**5.708**
Reprovado(INE+PROF)	183	48	12	0	**243**
Reprovado(PROF)	1.410	2.508	374	392	**4.684**
Total	**1.058.534**	**1.376.771**	**1.594.906**	**1.289.468**	**5.319.679**

Fonte:SISAB

Aprovado: A ficha enviada não apresentou nenhum motivo de invalidação descrito anteriormente, e está apta à importação para a base do SISAB

Reprovado: A ficha enviada foi invalidada por apresentar algum dos motivos descritos anteriormente, e não será processada para a base de informações do SISAB

Não se aplica (NA): As etapas de validações realizadas na Ficha de Vacinação não implicam em sua invalidação, portanto, ela está apta para importação à base do SISAB, e posterior processo de validação sob responsabilidade do SIPNI.

Registro duplicado: O registro foi considerado como processado anteriormente, pois possui data de atendimento, CNES, INE e CNS idênticos a ficha recebida e processada anteriormente.

CNES inválido (CNES): O número de CNES informado não existe na base do SCNES na competência analisada, diverge do município informado ou não se refere a um tipo de unidade da APS.

INE inválido (INE): O número de INE informado não existe ou não está ativo na base do SCNES na competência

Profissional inválido (PROF): O CNS e/ou CBO do profissional informado não está cadastrado no SCNES, diverge dos dados cadastrados no SCNES ou não é vinculado a tipos de unidades da APS

CBO incompatível (CBO): O CBO informado não está apto a preencher a ficha, de acordo com suas atribuições.

Sistema e-Gestor Atenção Primária à Saúde

O e-Gestor APS é uma plataforma web desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil para facilitar o acesso e o gerenciamento dos sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (APS). A ferramenta oferece suporte aos gestores de saúde nos estados e municípios, apresentando informações sobre equipes, programas e serviços disponíveis.

Relatórios

O Departamento de Gestão em Saúde é responsável por diversos relatórios elaborados, sejam para atendimento de demandas específicas da rede municipal de saúde, ou mesmo relatórios obrigatórios apresentados para outras secretarias, conselhos e população. Por exemplo, o relatório diário levantando o número de consultas realizadas em serviços de urgência foi utilizado principalmente no período da epidemia de dengue, permitindo acompanhar a evolução da situação e organizar escalas de atendimento.

Já o relatório estatístico, levanta dados que permitem observar o panorama geral da saúde pública e também servem como base para elaboração de outros relatórios.

Padronização de registros do Departamento de Saúde Mental

Em 2021 foi iniciado um esforço conjunto com o Departamento de Saúde Mental, para fins de padronizar a forma de registro no sistema de informação. A padronização foi desenvolvida com reuniões semanais realizadas pela comissão de padronização de registros, está formada por membros de ambos departamentos, com participação de profissionais dos CAPS e do ASM.

Durante meses trabalharam analisando e definindo como seriam feitos os registros de forma a levar em consideração, exportação correta da produção, RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde), consonância com SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS), melhoria dos dados para geração de relatórios e visão dos profissionais quanto a melhor forma de lançar as informações.

Ao final do processo foram feitas reuniões em todas as unidades de saúde mental, e apresentado para os profissionais como seriam feitos os registros a partir da concepção definida pela comissão. Nestas reuniões eram possíveis, ainda pequenos ajustes na padronização, sendo feito isto conforme sugestões das equipes e entendimento da comissão.

Em Abril de 2022 foi realizada capacitação com toda rede de saúde mental, apresentando para os profissionais como deveriam ser feitos os registros a partir da Capacitação. O manual da padronização e materiais produzidos pela comissão ficaram disponíveis na rede, na pasta P:\FLUXOS E PROTOCOLOS\Saúde Mental\Capacitacao_Padronizacao.

EM ANDAMENTO

Cnes - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Recebe demanda de toda rede de saúde, seja pública ou privada e mensalmente atualizado o cadastro de profissionais.

Formulário CNES (formulário): Para fins de facilitar e agilizar o processo do cadastramento/atualização dos profissionais da Secretaria da Saúde, foi Confeccionado formulário WEB, para as Unidades de Saúde, realizarem a Inclusão, Transferência e Exclusão, de seus profissionais no CNEs. Assim, permanecendo sempre atualizado os dados e os vínculos nos Estabelecimento da Secretaria.

Através desse formulário é feito a atualização no CNEs, e também usado como base para liberação dos acessos no Sistema Terceiro do Município (SIGSS).



Para manter o funcionamento deve haver profissional com conhecimento sobre o CNES. Este deve ser responsável por atualizar as informações do CNES, tanto demandadas externamente (via protocolo), quanto as demandadas internamente via formulário.

SIGSS (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde)

Atualmente, está em uso o sistema SIGSS (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde), contratado através da empresa MV/Consulfarma, com vigência de dois anos e previsão de término para novembro de 2025. Esse contrato prevê a entrega de diversas novas funcionalidades, algumas das quais foram planejadas e empenhadas ao longo de 2024, com entrega prevista para o

mesmo ano. No entanto, algumas dessas funcionalidades ainda precisam ser validadas, enquanto outras não foram entregues ou necessitam de ajustes. (Tabela com itens empenhados em 2024).

Ainda relacionado ao contrato do sistema de saúde há chamados abertos que precisam ser resolvidos. Existem chamados que estão abertos há tempo, sendo necessário um acompanhamento mais próximo junto à empresa MV para garantir sua finalização.

SIGSS - Novas Funcionalidades

Uma parte importante do trabalho com o sistema SIGSS envolve a captação das demandas e necessidades dos serviços de saúde da Secretaria. Essas demandas são transformadas em documentos de visão, especificações funcionais e projetos de software. A partir daí, são elaborados descritivos detalhados que orientam o desenvolvimento de novas funcionalidades no sistema. Esse processo requer uma análise técnica que, atualmente, é realizada por um profissional formado na área de tecnologia da informação, embora sua função oficial no RH seja de assistente administrativo, atualmente ocupa a função gratificada de Coordenador Administrativo.

A saúde tem avançado no aspecto digital e de tecnologias da informação e comunicação. As necessidades atuais e os avanços necessários ressaltam a importância de evoluir na contratação de um servidor concursado na área de tecnologia da informação para atuação exclusiva na Secretaria Municipal de Saúde. Para garantir uma evolução consistente e planejada na saúde digital, é fundamental contar com profissionais especializados em TI, especialmente considerando áreas críticas como a jornada do paciente, LGPD, e outras tecnologias da informação.

SIGSS - Uso no Departamento de Gestão

Cadastramento de Unidades, profissionais e equipe, manutenção e utilização diária - Responsável pelo CNES.

Emissão de relatórios - Apoio na elaboração dos relatórios oficiais, analista administrativo, alimentação de planilhas e envio de dados.

Controle de cotas para exames/consultas - Apoio fiscal de contrato, exames laboratoriais, também cotas para exames não laboratoriais e consultas.

Sistema utilizado para realizar os agendamentos de transportes de pacientes e veículos.

Exportação de dados - O sistema é usado para exportar dados para os sistemas do Ministério da Saúde, podem ser citados: e-SUS, RAAS, RNDS, entre outros.

O trabalho de manutenção e atualização periódica dos sistemas de informação é essencial para garantir a integridade, segurança e o recebimento de recursos oriundos do Estado ou do Ministério da Saúde.

São fundamentais para a coleta, armazenamento e análise de dados, permitindo uma tomada de decisão mais informada e estratégica.

O principal objetivo é garantir que os sistemas estejam sempre atualizados e funcionando corretamente, prevenindo falhas que possam comprometer a operação e a perda de recursos financeiros para o município.

SIGSS - Gerador de relatórios

Hoje o gerador de relatórios conta com 60 relatórios finalizados. Nos processos do departamento de gestão, o gerador de relatórios é utilizado para: elaboração das audiências públicas, bem como da RAG; conferência dos exames laboratoriais realizados via chamamento público 005/2023; Relatório diário dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência para monitoramento da epidemia de dengue.

Além de consumir dados do gerador de relatórios, o departamento de gestão também é responsável por criar novos relatórios. Este processo

depende das demandas apresentadas.

SIGSS - Chamados

Portal utilizado para abertura de chamados a serem atendidos pelo suporte outsourcing ofertado pela MV Consulfarma (atualmente, Aline). O acesso ao portal se dá por meio do mesmo login e senha utilizados para acessar o computador. Para abrir um chamado, basta clicar em NOVO, preenchendo o formulário (é possível anexar imagens e arquivos nas abas ao lado de dados).

Todos os sistemas e processos relacionados ao sistema SIGSS, exigem profissionais que compreendam as funcionalidades do sistema, mas também os processos de trabalho relacionados. Atualmente é o principal sistema usado pela Secretaria Municipal da Saúde, tem muitas funcionalidades e usos diversos.

Para continuidade precisa permanência do contrato, bem como dos servidores em funcionamento no Departamento de Tecnologia da Informação, além da continuidade do suporte local, atuando por alguns dias diretamente na secretaria da saúde.

IDS SAÚDE

Sistema utilizado para agendamentos via CISCOPAR. Nele podem ser agendados consultas, exame/procedimentos, sessões, diárias entre outros. Além disso, o sistema IDS serve como fonte para alguns relatórios utilizados na elaboração do Relatório Estatístico e Audiência Pública Quadrimestral. Atualmente, como o sistema SIGSS tem disponível a Integração SIGSS-IDS, boa parte dos agendamentos via CISCOPAR, são realizados por meio desta ferramenta. Assim, o sistema IDS é acessado em casos de atualização de cadastro de paciente e quando algum agendamento não está funcionando na

Integração SIGSS-IDS.

Para continuidade referente a este sistema deve ter profissionais que saibam quais relatórios são necessários. Saibam realizar o cadastro de pacientes e atualização, bem como agendamento de consultas, exames/procedimentos, e/ou sessões.

No setor de transporte é usado para liberação de diárias das pensões em Curitiba e Campo Largo.

Para manutenção é importante profissional que, além dos conhecimentos sobre o sistema IDS, saiba dos processos referentes às diárias liberadas quando se referem aos transportes.

SIA/SUS - Sistemas de Informação Ambulatorial e BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), FPO (Programação Físico-Orçamentária).

A produção da Secretaria de saúde, CEO, Samu, Sim/PR, são enviados mensalmente para o Ministério da Saúde e 20º Regional. Este sistema é desktop, ou seja, instalado no computador do profissional que realiza a exportação.

Para continuidade deve haver profissional com conhecimento sobre SIA/SUS, FPO e sobre o sistema desktop. Além disso, é necessário manter o sistema devidamente instalado e atualizado no computador do responsável pela atividade.

RAAS

Como o município utiliza sistema de terceiros, primeiramente os dados do RAAS são alimentados no sistema SIGSS, desse é exportado para a base do RAAS, por último é transmitido para o Ministério da Saúde.

Para continuidade deve haver profissional com conhecimento sobre

RAAS, exportação no SIGSS e também do RAAS para o Ministério da Saúde.

e-SUS APS

O e-SUS APS (e-SUS Atenção Primária) é um sistema do Ministérios da Saúde e serve para registro e envio da produção da APS. Como Toledo usa o Sistema de Terceiro da saúde (SIGSS), a produção é exportada deste sistema do município para a base do e-SUS. Deste último é transmitido para o Ministério da Saúde. Este processo é feito mensalmente.

Para continuidade deve haver profissional com conhecimento sobre e-SUS, exportação dos dados do SIGSS, uso do e-SUS para exportação para o Ministério da Saúde. É necessário também estar instalada a base do e-SUS do município em servidor, respeitadas as diretrizes e orientações quanto a ele provenientes do Ministério da Saúde.

SISAB

O SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) é o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Ele é o repositório final, das exportações de dados realizadas através do **e_Sus**. E baseado nos dados disponíveis no SISAB é que são determinados muitos recursos a serem repassados para o município no âmbito da Atenção Básica.

Para fins de continuidade é fundamental que haja profissionais com conhecimento técnico adequado no cuidado do e-SUS, que entenda do sistema SIGSS, que compreenda as portarias e programas vigentes para APS, e que possa acompanhar todo este complexo processo, para fins de otimizar o recebimento de recursos financeiros federais.

Geoprocessamento

Criar mapas com as abrangências de cada equipe de saúde. É realizada a geração de mapas, conforme as demandas apresentadas pela secretaria de saúde.

Para continuidade é necessário profissional que tenha conhecimento em geoprocessamento e possa atender as demandas da saúde.

Site da prefeitura

Atualização do site da Secretaria da Saúde. O setor também é responsável pela manutenção da área da Secretaria Municipal da Saúde, dentro do site do município de Toledo.

Para continuidade é necessário profissional que tenha conhecimento da manutenção do site da prefeitura e que possa alimentar a página da saúde, conforme demanda.

SGOP

O Sistema de Gestão de Operadores (SGOP) é uma ferramenta online, que serve para cadastrar os profissionais, das unidades de saúde, como operadores do CadSus Web. Assim, após estarem cadastrados, e com permissões liberadas, poderão atualizar e gerar novos cartões SUS dos pacientes.

Para continuidade é necessário profissional que entenda todo o processo referente ao cadastramento de novos operadores no SGOP, possa dar suporte para as unidades, saiba instalar os plugins, entre outros conhecimentos de informática necessários para o correto funcionamento do SGOP.

CADSUS WEB (Cartão SUS)

O Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CAD WEB) é realizado pelas unidades de saúde obrigatoriamente ao cadastrar um paciente. Caso o portal oficial esteja indisponível, é possível realizar um cadastro provisório pelo sistema SIGSS. Informar o Cartão SUS no sistema SIGSS é essencial para manutenção do cadastro dos usuários de serviço, um campo obrigatório no cadastro para liberar atendimento nos diversos serviços da saúde.

Para continuidade é necessário profissional que entenda todo o processo referente ao cadastramento de novos operadores no CADSUS WEB, possa dar suporte para as unidades, saiba instalar os plugins, entre outros conhecimentos de informática necessários para o correto funcionamento do CADSUS WEB.

Cartão Ponto

O cartão de ponto é uma ferramenta utilizada para controlar a jornada de trabalho dos funcionários. a Responsabilidade É de cada funcionário pedir para arrumar as inconsistências, através do formulário.

Após arrumado as inconsistências é impresso o cartão ponto de cada funcionário, onde o mesmo assinar concordando com os dados e é repassado para chefia imediata assinar também, é enviado para o RH da prefeitura para arquivar e efetuar o pagamento.

Para continuidade é necessário profissional que realize a alimentação adequada do sistema, conforme normativas vigentes e respeite os prazos definidos pela Secretaria de Recursos Humanos.

Hora Extra

Portal utilizado para aprovar horas-extra realizadas.

Para continuidade é necessário profissional que entenda o processo do sistema de Hora Extra, além das especificidades do setor de transporte da secretaria de saúde. É fundamental respeitar os prazos definidos. Além do

profissional que realiza o lançamento, cabe ao diretor, e posteriormente ao secretário a aprovação das horas extras, também respeitando os prazos vigentes.

GLPI

Utilizado para abertura de chamados de Tele-dermatologia e ECG, cadastro de profissionais solicitantes, cadastro de usuários operadores do sistema.

Para continuidade é necessário profissional que conheça dos processos referentes à telesaúde. O profissional deve minimamente saber também como funcionam os chamados no sistema GLPI.

Chamado Informática

Portal utilizado para abertura de chamados para as diversas áreas da prefeitura. Assim como chamados para o sistema SIGSS, para a informática também é necessário realizar login com o usuário e senha utilizado para acessar o computador. Dentro do portal, basta preencher o formulário conforme solicitado. Uma boa prática ao solicitar manutenção em seu computador, é informar a plaqueta do mesmo, facilitando o acesso do suporte a sua máquina (a plaqueta está afixada ao gabinete, mas também pode ser visualizada na área de trabalho quando o computador está ligado).

Este processo é feito conforme demanda, não necessita de um profissional específico para realização, e pode ser feito por um membro do departamento.

CNRM

Sistema utilizado para dar suporte ao Programa de Residência Médica.

Para dar continuidade precisa de profissional que tenha ciência dos processos referentes ao Programa de Residência Médica, acompanhe editais, diligências e prazos referentes ao mesmo.

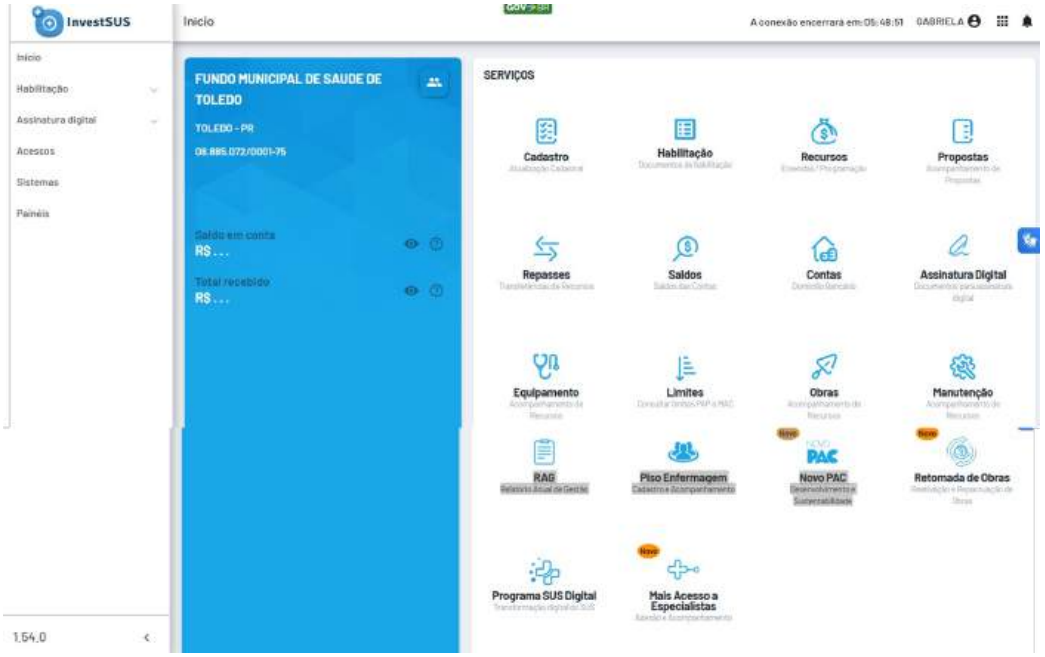
SISCAN

É uma plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA).

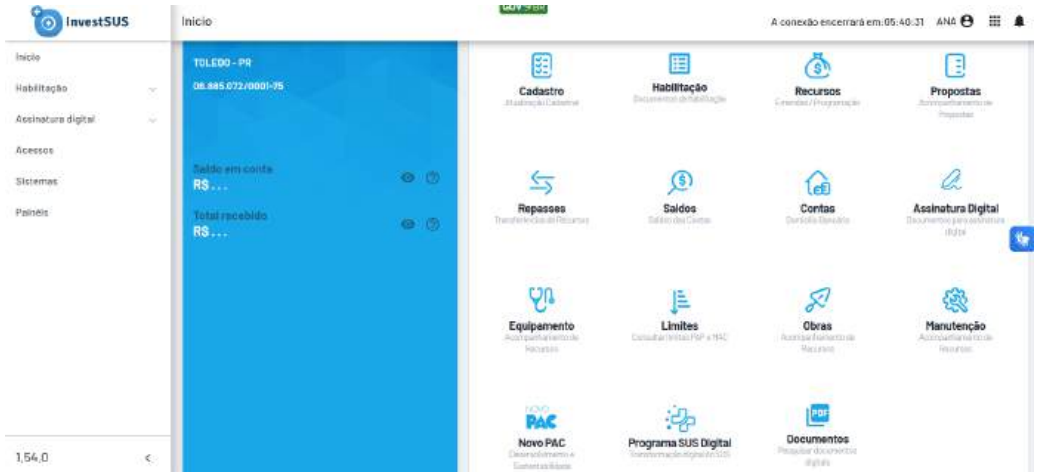
InvestSUS

O InvestSUS é uma ferramenta que permite o acesso aos serviços, sistemas e informações no que tange a gestão do financiamento federal do SUS pelos municípios, estados, Distrito Federal e entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos. Atualmente o usuário de acesso é o da Secretária de Saúde (Gestor do SUS*) e do Analista em Adm.(Técnico*). A imagem abaixo ilustra os dois perfis de acesso.

Este sistema envolve muitos recursos financeiros, e por isso é fundamental que o profissional tenha articulação com diversos departamentos e também acesso direto com secretário(a) da saúde. É importante entender sobre as emendas parlamentares, portarias, programas entre outras informações referentes ao repasse de recursos financeiros da União.



Nota*: acesso do perfil Gestor do SUS



Nota*: acesso do perfil Técnico

DigiSUS Gestor

O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é uma plataforma digital em desenvolvimento destinada a gestores de estados, do Distrito Federal e municípios. Seu objetivo é registrar dados do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS), além de elaborar e enviar o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde. O DGMP também permite o

registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, que são enviadas para análise e homologação pelo estado. Atualmente os usuários de acesso são da Secretária de Saúde (Gestor do SUS) e do Analista em Adm.(Técnico).

Para continuidade é fundamental que o profissional técnico tenha conhecimento dos instrumentos de gestão da saúde, bem como de seus indicadores. Além disso, é importante se atentar aos prazos, pois este sistema está diretamente vinculado à avaliação e apreciação do Conselho Municipal de Saúde. A secretária de saúde deve ter acesso, pois normalmente é somente com o seu acesso que o documento final é enviado para o CMS.

SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

O sistema tem por objetivo modernizar as solicitações de transferências de recursos ou credenciamento/habilitação de serviços necessários à implantação de políticas em saúde, permitindo transparência, agilidade, organização e monitoramento das solicitações. As solicitações podem referir-se a: incentivo, custeio e habilitação ou credenciamento.

Sistema SIGO

A Secretaria de Saúde do Município utiliza um sistema de informação para o processamento das manifestações da ouvidoria do SUS, sendo este, o Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – SIGO, onde as demandas recebidas pela Ouvidoria são registradas, sendo gerado um número de protocolo que é passado ao cidadão para que caso deseje, acompanhe o andamento da demanda.

Para acesso ao sistema, se faz necessário inserir no login o email institucional da Ouvidoria Municipal do SUS.

Para continuidade da alimentação adequada do SIGO, o ouvidor deve ter

conhecimento sobre os processos referentes a ouvidoria e seus prazos, bem como ciência do funcionamento do sistema e seus relatórios.

SGP

O Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) é um sistema do Ministério da Saúde nos quais gestores municipais e profissionais médicos realizam adesões e inscrições nos Programas de Provisão de Médicos (PMM e PMpB). O sistema também é usado para deferimento de recesso, e controle referente a homologação e início das atividades, desligamento, entre outros.

Para dar continuidade é necessário profissional que entenda dos processos relacionados aos programas (PMM e PMpB), além do entendimento do próprio sistema.

E-PROCESSOS

O Sistema E-PROCESSOS é usado para assinatura de documentos como: ofícios, termos de adesão, entre outros. Além disso, é usado para tramitação de processos internos dentro da prefeitura municipal, seja entre secretarias e/ou departamentos.

E-MAILS

saude.luiz@toledo.pr.gov.br - E-mail cadastrado para receber informações de alguns sistemas do Ministério da Saúde, e também receber dados da produção do CEO, RAAS e Regional de Saúde.

toledo.coreme@gmail.com - E-mail cadastrado para receber assuntos referentes à Coordenação de Residência Médica

saudefrotas@toledo.pr.gov.br - E-mail utilizado para o recebimento de resumo de altas hospitalares, solicitação de remoção e inclusão de senhas do sistema

de alarmes da SMS junto a Guarda Municipal, solicitação de alteração de horário na jornada de trabalho dos servidores junto ao RH.

dpgestao.saude@gmail.com - E-mail utilizado para comunicação com os demais departamentos da saúde e da prefeitura, conselhos municipais, comunicação oficial com prestadores, 20ª regional de saúde.

dpgestao.saude@toledo.pr.gov.br - E-mail utilizado para comunicação com o ministério da saúde e unidades de saúde a respeito do programa Mais Médicos, informações sobre sistema SIGSS, entre outros.

laboratoriaistoledo@gmail.com - E-mail utilizado exclusivamente para comunicação com laboratórios prestadores, facilitando a conferência para pagamento do contrato do chamamento 005/2023.

exame2022toledo@gmail.com - E-mail utilizado para armazenar documentos do Google Drive elaborados para diversos departamentos da Saúde.

ouvidoriamunicipalsus@toledo.pr.gov.br E-mail utilizado pela Ouvidoria Municipal do SUS para recebimentos de manifestações dos cidadão, ouvidorias registradas pela Ouvidoria Geral do município, bem como, demais solicitações e informes pertinentes à ouvidoria.

nepstoledo@gmail.com - E-mail utilizado para comunicações de informações referente as capacitações direcionadas aos servidores públicos que estão lotados na Secretaria de Saúde entre os demais departamentos, assim como, receber informações de capacitações, cursos e treinamentos de outras secretarias municipais, conselhos municipais e da 20º Regional de Saúde.

Relatório Estatístico (mensal)

Relatório feito mensalmente, levantando um apanhado geral dos atendimentos prestados pela Saúde para a população do município bem como ações promovidas pela Saúde (como capacitações por exemplo). Os dados

utilizados para elaboração do relatório são extraídos do sistema SIGSS, sistema IDS, INTEGRAÇÃO SIGSS/IDS, CNES, bem como relatórios auxiliares externos, enviados por: Ambulatório de Saúde Mental, CAPS Ad, CAPS i, CAPS II, Escola de Governo, Financeiro (Saúde), Ouvidoria (Saúde), PAM, RH (Prefeitura), Serviço Social (Atenção Especializada), Vigilância Sanitária, UPA. O formato do relatório foi definido em conjunto com o setor de planejamento da prefeitura, e vem sendo alterado pontualmente no decorrer dos anos. O relatório não é apresentado, apenas enviado por e-mail para o planejamento conforme calendário estabelecido.E-mails do planejamento: planejamento.desiree@toledo.pr.gov.br planejamento.eliana@toledo.pr.gov.br

Para continuidade é necessário profissional que entenda todos os processos relacionados à elaboração dos respectivos relatórios, como o conhecimento dos relatórios recebidos por outros setores, além da alimentação adequada da planilha (Relatório Estatístico Mensal). É preciso respeitar prazos estabelecidos.

Relatório Bimestral da Criança e do Adolescente (CMDCA)

Relatório feito bimestralmente, levantando dados relevantes quanto aos atendimentos prestados a crianças e adolescentes (faixa etária: 0 a 17 anos). Os dados utilizados para elaboração do relatório são extraídos principalmente do sistema SIGSS, bem como relatórios auxiliares externos, enviados pelo Ambulatório de Saúde Mental, CAPS i, CAPS Ad, APAE e Hospital Bom Jesus (estes têm como fonte os registros internos de seus autores). O formato do relatório, bem como o calendário de entrega são definidos pelo Conselho Municipal da Criança e Adolescente (CMDCA). A apresentação do relatório para o conselho é feita pela diretora do Departamento de Gestão da Secretaria de Saúde.

Para continuidade é necessário profissional que entenda todos os processos relacionados à elaboração dos respectivos relatórios, como o conhecimento dos relatórios recebidos por outros setores, além da alimentação

adequada do relatório conforme sua estrutura definida. É preciso respeitar prazos estabelecidos.

Relatório Quadrimestral do Idoso (CMDI)

Relatório feito a cada quadrimestre, levantando dados relevantes quanto aos atendimentos prestados à população idosa. Os dados utilizados para elaboração do relatório são extraídos principalmente do sistema SIGSS, bem como relatórios auxiliares externos, enviados pelo Ambulatório de Saúde mental, CAPS Ad e Caps II (estes têm como fonte os registros internos de seus autores). O formato do relatório, bem como calendário de entrega são definidos pelo Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMDI).

Para continuidade é necessário profissional que entenda todos os processos relacionados à elaboração dos respectivos relatórios, como o conhecimento dos relatórios recebidos por outros setores, além da alimentação adequada do relatório conforme sua estrutura definida. É preciso respeitar prazos estabelecidos.

Relatório Semestral Ações da Nutrição (COMSEA)

Relatório a ser enviado semestralmente para o CONSEA. Atualmente o levantamento de dados é realizado pelas nutricionistas da equipe E-Multi, UPA, PAM, Vigilância e compilado por Analista em Administração do departamento. Enviado para o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA).

Para continuidade é necessário profissional que entenda todos os processos relacionados à elaboração dos respectivos relatórios, como o conhecimento dos relatórios recebidos por outros setores, além da alimentação adequada do relatório conforme sua estrutura definida. É preciso respeitar prazos estabelecidos.

Relatório diário de atendimentos

Relatório feito todos os dias, levantando a quantidade de consultas realizadas nos serviços de urgência/emergência (PAM, UPA, e eventuais sentinelas). Alimenta a planilha base para a atualização do Power BI.

Para continuidade é necessário profissional que entenda dos respectivos relatórios, como o conhecimento do Power BI. É preciso realizar o relatório diariamente.

Padronização dos registros

Um desafio importante que enfrentamos é a padronização dos registros no sistema. Esse processo já foi iniciado na área de saúde mental, mas precisa ser expandido para todas as unidades, como os departamentos de Urgência e Emergência, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. A padronização dos registros afeta a qualidade e a consistência dos dados. Há algumas definições em vigor, como não criar procedimentos novos sem vinculação com a tabela SIGTAP ou aprovação da gestão para criação de novos CBO's. O processo de padronização é algo constante e deve ser atualizado sempre que seja relevante.

Para continuidade é necessário profissionais que tenham conhecimento: do sistema SIGTAP; funcionamento das exportações de dados via e-SUS, RNDS, RAAS, entre outros; do sistema SIGSS e sua relação com as exportações de dados; impacto dos dados em financiamentos federais e estaduais; noção dos processos de trabalho da saúde e dos respectivos departamentos e/ou unidades. Além disso, é necessário articulação e envolvimento dos respectivos departamentos, para que a padronização evolua de forma robusta e eficiente.

TEMAS A DELIBERAR

- **CONTRATO 1332/2023 MV CONSULFARMA** - Funcionalidades (SIGSS) empenhadas em 2024.

4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a educação permanente é: "(...) uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS (...)"

É uma iniciativa fundamental dentro do Departamento de Gestão da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Toledo. A Educação Permanente, integra 4 eixos, são eles:

1. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
2. Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES)
3. Coordenação de Residência Médica (COREME).
4. Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)

4.1 NEPS

A criação do NEPS no município de Toledo foi formalizada pela Portaria nº 003, de 10 de abril de 2023. Essa portaria estabeleceu as diretrizes e objetivos do núcleo, que se propõe a articular e implementar ações de educação permanente, com foco na formação e atualização dos profissionais de saúde. O NEPS busca promover um ambiente de aprendizado contínuo, onde

os trabalhadores da saúde possam desenvolver suas competências, melhorar suas práticas e, consequentemente, oferecer um atendimento de maior qualidade à população.

A integração do NEPS com o COAPES e a COREME é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficaz e humano, pois permite que as instituições de ensino e os serviços de saúde trabalhem juntos na formação de profissionais mais capacitados e preparados para atender às necessidades da população. Essa colaboração entre os diferentes núcleos fortalece a rede de saúde local, promovendo uma abordagem mais integrada e abrangente na formação dos profissionais e na prestação de serviços.

EM ANDAMENTO

Em desenvolvimento e com necessidade de se dar seguimento se está trabalhando na realização de capacitações junto às instituições que fazem parte do COAPES, como contrapartida, por utilizarem o SUS como cenários de prática para os acadêmicos, aos servidores da secretaria municipal de saúde de Toledo, visando o aperfeiçoamento, a atualização de conteúdos ligados a áreas de atuação com certificação, o que virá a oportunizar os servidores a progressão de carreira.

Além de melhorar a formação e a prática dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, essas capacitações contribuem para a construção de uma rede de saúde mais coesa e eficaz. Ao investir na qualificação de seus profissionais, o NEPS fortalece a capacidade de resposta da rede de saúde local, promovendo um atendimento de maior qualidade à população.

O núcleo também recebe via protocolo/malote os protocolos da Secretaria de Recursos Humanos, onde o servidor, da Secretaria de Saúde, solicita afastamento seja remunerado ou não remunerado, a fim de ir a um congresso ou evento ou curso junto com seu comprovante de inscrição e o cronograma do evento em questão. A Partir da análise se está dentro da área de

atuação de cada profissional, o encontro que está protocolando o pedido, libera-se ou não.

Em resumo, a criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) em Toledo, representa um avanço significativo na valorização da educação em saúde, refletindo o compromisso da gestão municipal com a formação contínua dos profissionais e a melhoria da qualidade do atendimento à população.

TEMAS A DELIBERAR

- Promover capacitações contínuas para servidores e educação médica, em parceria com COAPES

4.2 COAPES

É uma iniciativa que visa estabelecer parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde, promovendo a formação de profissionais qualificados e a melhoria da assistência à saúde na comunidade. No município de Toledo, o COAPES tem desempenhado um papel fundamental na articulação entre diferentes instituições, facilitando a integração entre teoria e prática na formação de estudantes da área da saúde.

A história do COAPES em Toledo começou em 1º de fevereiro de 2022, com a assinatura de seu primeiro contrato, envolvendo seis instituições, sendo elas: Dario Vellozo, SENAC, UFPR, PUC, BIOPARK e UNIPAR. Esse marco inicial foi essencial para promover um novo modelo de colaboração, permitindo que as instituições compartilhassem experiências, recursos e metodologias, com foco na formação de profissionais capacitados para atender às necessidades da população local. O período de vigência deste contrato é de 5 anos.



O COAPES não apenas favoreceu a integração entre ensino e prática, mas também buscou melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos na região.

A expansão do COAPES ocorreu em 3 de outubro de 2023, quando mais cinco instituições se juntaram à iniciativa, sendo elas: UNOPAR, Moraes Rego, UNIOESTE, UNINGA, UNIASSELVI, refletindo o reconhecimento do potencial desse modelo para fortalecer a formação dos estudantes e a atuação das instituições de saúde.

Essa adesão ampliou as oportunidades de estágio e prática supervisionada, proporcionando aos alunos uma vivência mais rica e diversificada nas diferentes áreas da saúde. Primeiro Aditivo publicado no diário oficial, na página 18.

A importância do COAPES para organizar os cenários de prática dos estudantes de cursos na área da saúde é notável. Ao integrar diferentes instituições, o COAPES possibilita a criação de uma rede colaborativa onde os alunos podem vivenciar diversas realidades de atendimento, adquirir competências práticas e desenvolver habilidades essenciais para sua atuação profissional.

Há um regimento interno do COAPES e encontros mensais com registro de ata fazendo parte os diretores de cada departamento, os representantes de cada instituição e um representante discente, nas últimas terças-feiras do mês. A colaboração entre as instituições proporciona uma troca de conhecimentos e experiências, enriquecendo a formação dos estudantes e contribuindo para a formação de uma força de trabalho mais preparada e integrada ao sistema de saúde.



Em suma, o COAPES em Toledo representa um avanço significativo na articulação entre ensino e saúde, promovendo um modelo de formação mais conectado com as necessidades da comunidade e contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde na região.

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES) em Toledo tem se destacado não apenas pela integração entre instituições de ensino e serviços de saúde, mas também pela realização de capacitações direcionadas aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde. Essas capacitações visam qualificar e aprimorar as competências dos profissionais que atuam na rede de saúde do município, refletindo o compromisso do COAPES com a excelência no atendimento à população.

As capacitações promovidas pelo COAPES abordam diversas temáticas relevantes para a atuação dos servidores, incluindo práticas de atendimento, gestão de saúde, atualizações sobre protocolos clínicos e novas abordagens

em saúde pública. Essas atividades são essenciais para garantir que os profissionais estejam sempre atualizados e preparados para enfrentar os desafios do setor.

EM ANDAMENTO

Em setembro de 2024, duas novas instituições sinalizaram interesse em ingressar no COAPES, sendo elas: UNICESUMAR e UNINTER, evidenciando a crescente valorização do contrato como uma ferramenta eficaz para a formação de profissionais de saúde em Toledo. Essa contínua expansão mostra que o COAPES se tornou um ponto de referência no município, atraindo instituições que buscam melhorar a qualidade da formação de seus estudantes e a atuação no sistema de saúde.

Se faz necessário dar seguimento na regularização das 2 novas instituições em um segundo aditivo, UNICESUMAR e UNINTER, em busca de garantir um acesso universal e igualitário, para garantir cenários de prática na formação dos acadêmicos de todas as instituições. Bem como a permanência de fomentar a contrapartida das instituições para com a secretaria de saúde.

TEMAS A DELIBERAR

- Realizar as devidas renovações das instituições no COAPES.

4.3 COREME

Foi instituído pela Lei R 018/2017, que também é um componente importante da educação em saúde no município. Essa lei criou a Comissão de Residência Médica Municipal (COREME), com a Portaria nº 467, de 24 de agosto de 2022, que regulamenta as atividades da residência médica e assegura a qualidade do ensino e da prática médica em Toledo.

Coordenação de Residência Médica (COREME) de Toledo está atualmente em processo de avaliação junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando a homologação de seu programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Este processo é crucial para garantir a qualidade e a formalização do programa, permitindo que ele atenda aos padrões estabelecidos pela CNRM e se torne uma referência na formação de médicos especialistas na área de saúde da família.

A Residência em Medicina de Família e Comunidade é uma formação essencial, uma vez que os médicos que atuam nessa área são fundamentais para a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral das comunidades. O programa da COREME está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, o que facilita a articulação entre a formação teórica e a prática clínica, proporcionando aos residentes experiências valiosas em diversos contextos de atendimento.

A aprovação da CNRM não só certifica a qualidade do programa, mas também amplia as oportunidades de formação e desenvolvimento profissional para os médicos residentes. Além disso, a implementação de um programa de residência reconhecido é um passo importante para fortalecer a atenção primária à saúde no município, contribuindo para a melhoria do atendimento à população e para o fortalecimento da rede de serviços de saúde.

Durante esse processo de avaliação, a COREME tem trabalhado para demonstrar a estrutura do programa, as metodologias de ensino, a formação dos preceptores e a integração com os serviços de saúde. Essa colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde e outras instituições envolvidas é fundamental para garantir que o programa esteja alinhado às necessidades locais e às melhores práticas na formação médica.



Foto de uma reunião da COREME com o Dr Felipe Proenço

EM ANDAMENTO

Os próximos passos da COREME de Toledo neste momento decisivo, com a expectativa de que, uma vez aprovado na plataforma da CNRM, atualmente com o status de aguardando agendamento para avaliação do serviço, visando que o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade contribua significativamente para a formação de profissionais mais capacitados e comprometidos com a saúde da população, refletindo positivamente na qualidade do atendimento oferecido pela rede de saúde do município.

TEMAS A DELIBERAR

- Implementar o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

4.4 Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)

O Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil são iniciativas do governo federal criadas para melhorar o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em áreas onde há escassez de médicos. Objetivo principal dos programas é aumentar o acesso da população a profissionais médicos através da Atenção Primária em Saúde. Outro foco é a formação continuada dos profissionais médicos, exigindo que eles participem das capacitações e especializações indicadas pelo programa.

Quais as contrapartidas do município em cada Programa?

O Município em todos os programas deve garantir:

- **Infraestrutura:** espaço e ambiente adequado para o atendimento da população;
- **Transporte:** quando necessário, os municípios também devem garantir o deslocamento dos médicos para as áreas de atuação de difícil acesso. (Conforme orientação a nível estadual, quando o profissional está lotado em unidades da zona rural, o município deve prover o transporte).
- **Condições de moradia:** garantir que os profissionais tenham condições adequadas de acomodação e alimentação durante o período de atuação.
- **Acompanhamento e Gestão:** o gestor municipal deve acompanhar e validar mensalmente a carga horária e as atividades dos médicos no sistema E-gestor. Além de autorizar o recesso no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).
- **Inserção e Documentação:** inserir e manter atualizados os dados dos médicos no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e apresentar a documentação necessária de forma legível e dentro dos prazos estabelecidos.

Há também contrapartidas financeiras:

a) **Programa Mais Médicos (financiamento federal)**

Auxílio Alimentação R$ 550,00 (LEI "R" Nº 48, de 16 de abril de 2014)

Auxílio Moradia R$ 1.500,00 (LEI "R" Nº 48, de 16 de abril de 2014)

b) Programa Mais Médicos (Coparticipação municipal)

Auxílio Alimentação R$ 550,00 (LEI "R" Nº 48, de 16 de abril de 2014)

Auxílio Moradia R$ 1.500,00 (LEI "R" Nº 48, de 16 de abril de 2014)

Desconto no valor da bolsa, R$ 14.058,00 (Edital nº 11, de 16 de Junho de 2023) e termo de adesão e compromisso aceite em 26/06/2023)

c) Programa Médicos pelo Brasil

Auxílio de custo Mensal R$ 1.100,00 (LEI Nº 2.556, de 6 de março de 2023)

EM ANDAMENTO

Atualmente, outubro/2024, o município conta com 17 profissionais bolsistas, sendo 16 do Programa Mais Médicos e 1 do Programa Médicos pelo Brasil. Este dado deve ser atualizado mensalmente na planilha disponível na pasta da rede referente ao DEPARTAMENTO DE GESTÃO.

O município conta, conforme editais aderidos, de 19 vagas para médicos participantes destes programas. Destas vagas, 10 são da modalidade Coparticipação, e outras 9 são de financiamento federal.

Funcionamento geral do programa

- **Início das atividades:**

Dentro do prazo delimitado pelo edital de contratação (Editais disponíveis), o médico deve se apresentar na secretaria para assinatura do termo de adesão junto ao gestor do programa. Nessa ocasião, deve apresentar os documentos exigidos, conforme edital e, caso se enquadrar nos critérios a necessidade de auxílio moradia, o auxílio alimentação é fornecido a todos os profissionais do Programa Mais Médicos. O Departamento de Gestão deve comunicar quais auxílios financeiros se

aplicam referentes a cada profissional e informar a necessidade ao financeiro na data de início das atividades do profissional.

Médicos são designados para uma unidade de saúde, conforme definição da Direção de Atenção Primária. Em conjunto com a gerência da unidade de saúde é definida a distribuição das 36 horas assistenciais de sua carga horária (de forma a se adequar a demanda da unidade).

No caso do profissional ser alocado para uma unidade no interior da cidade, visto a orientação atualmente vigente, o município deve ofertar o transporte diário para o médico, da Secretaria Municipal de Saúde até a unidade onde o mesmo desenvolverá suas atividades. Tal orientação foi fornecida via e-mail pela referência do Programa Mais Médicos no Paraná da região Macro-Oeste.

Registro de atividade:

Realizado mensalmente no sistema E-Gestor, costuma ter o prazo limite para registro no primeiro dia útil do mês seguinte. Para auxiliar na conferência da frequência dos médicos, são emitidos relatórios de atendimento de consultas registrados no sistema SIGSS, permitindo identificar os dias em que houveram ou não atendimentos.

Atualmente, o registro de frequência dos médicos é realizado manualmente, em cartão ponto. Estes são enviados posteriormente, via malote, para a secretaria de saúde.

Atestados são orientados a serem apresentados com em até 48 horas, após a data de início do mesmo.

Faltas injustificadas, bem como descumprimento da carga horária, ou qualquer violação da prática correta do profissional, devem ser registradas em ata, e conforme gravidade e/ou reincidência desencadear abertura de processo administrativo.

- **Recesso**

Os profissionais do programa não gozam de férias, o que há é um recesso de 30 dias, a cada 12 meses em atividade como bolsista. A orientação é que durante os primeiros seis meses no programa, não sejam usufruídos os dias de recesso. A partir do sétimo mês, mediante autorização do gerente da unidade, onde o profissional atua, o profissional pode solicitar no sistema SGP e após o deferimento**,** realizado pelo departamento de gestão, pode ser usufruído os 30 dias de recesso.

- **Tempo de permanência do médico bolsista**

A permanência do médico no programa é definida conforme o edital. Nos últimos editais publicados, o período de permanência é de 4 anos, podendo ser prorrogado por mais 4 anos. Existe a possibilidade de término antecipado por qualquer uma das partes.

- **Desligamento**

Desligamento voluntário: caso o médico deseje encerrar sua participação no programa, deve solicitar o desligamento pelo sistema SGP.

Desligamento por término de contrato: ocorre quando o contrato atinge a sua data final de duração e não houve possibilidade de recontratação ou prorrogação do mesmo.

Desligamento por processo administrativo: quando o profissional cometer falta grave, ou mesmo, for recorrente em situações de não atendimento às normas estabelecidas, pode ser aberto processo administrativo e após análise do Ministério da Saúde, ser realizado o desligamento administrativo do profissional.

Independente da forma com que foi realizado o desligamento, após o desligamento deferido no sistema SGP, o gestor pode encaminhar ofício ao Ministério da Saúde solicitando a reposição do profissional desligado.

Programa Mais Médicos 38º ciclo

No edital do Chamamento Público Nº 4/2024, está em andamento, tendo sido realizada a segunda chamada. Está prevista a terceira chamada,

ainda sem data definida. Atualmente há 2 vagas em aberto para o município de Toledo, referente ao PMM. Assim que for realizada a 3ª chamada os médicos têm 5 dias para se apresentarem. Deve-se conferir documentação, estando tudo correto, deve-se realizar a validação, ainda dentro dos 5 dias definidos no cronograma a homologação dos profissionais deve ser registrada no SGP.

TEMA A DELIBERAR

Registro biométrico dos bolsistas do PMM e PMpB.

5. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A portaria 1559, de 01/08/2008, Instituiu a Política Nacional de Regulação no SUS, a ser desenvolvida no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando:I - Regulação de Sistemas de Saúde; II - Regulação da Atenção à Saúde e a regulação dos sistemas de saúde e III - Regulação do Acesso à Assistência.

Conforme a portaria, a regulação de acesso a assistência tem como objeto a organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, abrangendo a regulação médica, garantindo o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. O Complexo Regulador Municipal (a ser gerido pelas Secretarias Municipais de Saúde) deve regular o acesso dos munícipes às Unidades de Saúde Municipais e referenciada.

As atividades relacionadas eram, na gestão anterior e início da atual, desenvolvidas por dois médicos reguladores, afastados das atividades no contexto da pandemia. Com a definitiva aposentadoria dos mesmos, o responsável médico pelo serviço de Teleatendimento - Telecorona, acumulou emergencialmente a função . Após algum tempo de trabalho, e com o término das atividades do Setor de Teleatendimento, identificadas as necessidades de ampliação e adequação do trabalho à Política Nacional de Regulação do SUS,

mediante a portaria nº01/2023 criou-se o setor de "Regulação, Controle e Avaliação", vinculado ao Departamento de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal.



Fonte: Sistema SIGSS.

*Os dados de 2024 se referem ao período de 01/01/2024 a 31/08/2024.

A seguir, descreve-se as atividades historicamente desenvolvidas pelo setor no decorrer da presente gestão:

Atividades continuadas:

-Regulação de "Autorizações de Atendimento Hospitalar - AIH" emitidas por prestadores do Município de Toledo.
-Regulação de "Autorizações de Atendimento Hospitalar - IAH , sobre livre demanda, emitidas nos demais municípios da 20ª regional de Saúde (Trabalho recentemente descontinuado, assumido pelos municípios).
-Regulação de solicitações de Exame de alto Custo - APAC, para procedimentos de Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética.
-Regulação de Solicitações de Consultas Prioritárias (De urgência) emitidas para a rede municipal e regional de Saúde.
-Regulação de todas as solicitações de atendimento médico fora de domicílio - TFD, para especialidades não disponíveis na região.

Solicitações devolvidas

Assumido o trabalho anteriormente realizado, identificou-se aproximadamente 8000 (oito mil) solicitações de consultas especializadas emitidas na rede, devolvidas pelos antigos médicos reguladores para providências dos solicitantes, ao longo de anos, e que não tiveram tratamento definitivo, então não constando como encerradas, e não estando em nenhuma fila de atendimento (no "limbo"). Muitos dos pacientes aguardavam a solução de sua queixa mediante a solicitação indefinida.

Foi o trabalho inicial mais volumoso do setor. Os médicos solicitantes ainda pertencentes ao quadro de servidores foram conclamados a tratar de suas solicitações. Para a grande maioria (de solicitantes não mais presentes) foi necessária a criação de rotinas administrativas complexas para identificação dos pacientes com suas queixas já atendidas. Por fim, restaram aproximadamente duas mil solicitações, onde foi necessário o acesso e estudo individual de cada prontuário por parte do médico regulador, periciando indiretamente o caso clínico e oferecendo o imediato atendimento especializado nos casos necessários. Atualmente, existem rotinas para impedir o acúmulo de novas solicitações devolvidas fiquem em situação indefinida por tempo indeterminado.

Disponibilização de Critérios Mínimos e de Banco de Dados de Protocolos

Deparado com as características dos encaminhamentos e solicitações, restou claro a necessidade da adoção de critérios mínimos de encaminhamento de solicitações, e da disponibilidade de protocolos validados pelo SUS, contendo pré-requisitos, onde os médicos pudessem se guiar. Para tanto, foi emitida a Instrução Normativa nº01/2022 da SMS, estabelecendo critérios mínimos, e necessidade de comunicação dos médicos da rede com o setor.
Também, na mesma linha, e mediante metódica pesquisa, o setor adotou inicialmente protocolos em uso em outros estados, protocolos nacionais de encaminhamento da atenção básica para a especializada do Ministério da saúde, os do Telessaúde RS (RegulaSUS) disponíveis para consulta de todos os

médicos na rede interna em SAÚDE(P)/FLUXOS E PROTOCOLOS/GESTÃO/PROTOCOLOS_MS_e_Telessaúde.

Capacitação dos médico nas Rotinas do Setor de Regulação

Considerando a existência do Limbo, os vícios de encaminhamento, e da dificuldade dos solicitantes em se comunicar com a regulação, ficou clara a necessidade de treinamento individual dos médicos emissores. Todos os médicos da Atenção Básica de Toledo foram treinados presencialmente pela equipe médica da regulação, individualmente ou em pequenos grupos (em visitas às unidades, ou comparecendo à SMS), com a seguintes pautas:

- Apresentação da Orientação Normativa nº01/2022 SMS-Toledo
- Treinamento prático na plataforma de comunicação com a regulação via SIGSS, com ênfase em tomar ciência das solicitações indeferidas, devolvidas, responder a pedidos de esclarecimento, e de como utilizar o correio SIGSS
- Apresentação aos colegas de sua lista individual de solicitações existentes na aba de regulação.

Observação: Atualmente, os novos médicos admitidos na atenção básica passam por esta atividade com o médico regulador antes de iniciarem suas atividades. Ao todo, foram mais de 80 médicos treinados de forma personalizada.

Elaboração de protocolos próprios, integrados com o "Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC

Identificados os principais gargalos nas filas de espera, aliado a necessidade de estratificação de risco dos pacientes crônicos, e da disponibilidade de cuidados multidisciplinares aos pacientes de alto risco oferecidos pelo "Modelos de Atenção às Condições Crônicas - MACC", foram elaborados grupos de trabalho para elaboração dos futuros protocolos ("Projeto

Endócrino" e "Projeto Cardio") com a participação de representantes dos médicos especialistas em Estratégia de Saúde da Família, médicos especialistas da Central de Especialidades e Equipe do setor de Regulação, onde protocolos de abrangência nacional foram discutidos e adaptados à realidade municipal e as ofertas do MACC, validando os Protocolos Municipais de Endocrinologia e Cardiologia, com fluxo integrado MACC e Central de Especialidades.

Com os novos protocolos integrados, atualmente, antes de se encaminhar casos de hipertensão para Cardiologista, ou de Diabetes para Endocrinologia, primeiramente, de forma compulsória, se faz necessário a estratificação nos Critérios MACC -Diabetes Alto Risco ou Hipertensão Alto Risco. Tal procedimento garante a correta estratificação exigida nas políticas do SUS, e direciona os pacientes de alto risco para atendimento no programa, esvaziando as filas das central de especialidades, permitindo o acesso rápido para necessidades não relacionadas a Diabetes e Hipertensão.

Atualmente, a fila de atendimento para Cardiologia (paciente não MACC), que tinha mais de 1000 pacientes aguardando, e mais de 2 anos de espera no início da gestão, está zerada. A fila de endocrinologia (pacientes não MACC) , que chegou a ter mais de 1000 pacientes, com quase 3 anos de espera, hoje está com pouco mais de 200, e sem nenhum caso prioritário aguardando, com acesso imediato.

Os protocolos municipais estão disponíveis em P:\FLUXOS E PROTOCOLOS\Gestão\Protocolos_MS_e_Telessaude\Protocolos Municipais.

Consultoria na elaboração de fluxos de outros setores da atenção básica

O profissional regulador participou, como consultor, na elaboração dos fluxos de outros departamentos, destacando-se o Guia de Encaminhamento Para Especialidades Pediátricas (AMI), POP de Gastrostomias e Protocolo de Teledermatologia (Departamento de Atenção Básica). O Protocolo de Teledermatologia foi integrado no fluxo de provimento para consultas presenciais em dermatologia. Grande parte das queixas são passíveis de solução mediante telediagnóstico. Hoje o setor de regulação somente autoriza

consultas em dermatologia para pacientes pré-avaliados por teledermatoscopia, em que a plataforma indicou atendimento presencial.

Participação nas atividades de educação continuada

Com base nos principais gargalos de fluxo identificados no processo de regulação, o setor participa das atividades de educação continuada para clínicos e pediatras, sugerindo os temas e, após explanação teórica, apresentando "casos clínicos" da regulação para discussão entre os médicos. Algumas já realizadas neste molde foram as atividades em Pediatria, Endocrinologia, Cardiologia e Ortopedia.

Consultoria a para otimização da plataforma de regulação (Prontuário de Regulação)

Na dinâmica da interação diária com a plataforma SIGSS no processo de regulação, foram identificadas importantes deficiências, destacando-se a lentidão no sistema, e a ausência de registro das decisões do setor no prontuário médico. Após extensas trabalho com a equipe MV, a aba "Regulação" consta no prontuário, registrando detalhadamente os atos médicos do regulador, gerando segurança jurídica para o setor , profissionais solicitantes e pacientes.

Trabalho de aproximação do setor com a rede (Grupo Técnico)

Restou claro para o serviço de regulação que muitos dos vícios de resolutividade e em solicitações partiam de falta de entendimento nos processos, sanáveis com simples acesso aos profissionais da regulação para esclarecimento de dúvidas clínicas e de fluxo, da aproximação dos profissionais solicitantes com o setor. Para tanto, além do trabalho individualizado e personalizado de treinamento, foi criado o "Grupo Técnico dos Médicos da SMS" na plataforma whatsapp, onde são oferecidos informes, atualizações, e onde todos os profissionais da rede estão disponíveis para troca de

experiências. Tanto o médico regulador, como os demais médicos da Secretaria de Saúde, estão lá disponíveis para dúvidas. O setor está acessível também através de correio SIGSS, do ramal 3034, e do whatsapp pessoal da equipe, rotina que tem sido cada vez mais utilizada pelos médicos da rede, com grande resolutividade.

EM ANDAMENTO

Regulação de solicitações de consultas de urgência/prioritárias na rede regional, em todas as áreas

Conforme protocolos Municipais, de outros estados, do Ministério da Saúde, do Serviço Telessaúde-RS - Política Regula SUS, e de literatura médica consagrada

Regulação de todas as solicitações de consultas (urgentes e não urgentes) na rede regional, nas especialidades de Cardiologia, Endocrinologia e Dermatologia

Conforme Protocolos Municipais de Cardiologia, Endocrinologia e Teledermatologia, garantido que todas as solicitações sejam triadas nas políticas MACC e pela Teledermatologia, direcionando pacientes elegíveis para os programas, e desafogando as filas municipais.

Regulação de todas as solicitações para atendimento em especialidades não disponíveis na região (Tratamento Fora de Domicílio - TFD)

Garantindo que todas as possibilidades de resolução na região foram sanadas.

Regulação de Solicitações de Exames de Alto Custo - APAC

Certificando-se de que o estudo está corretamente indicado, reduzindo custos e tornando o acesso ao recurso mais rápido e disponível aos pacientes com efetiva indicação protocolar. Atualmente passam por regulação as solicitações de ‘Tomografias Computadorizadas” e de “Ressonância Nuclear Magnética”.

Recepção e Capacitação dos Novos Médicos da Atenção Básica

Após a posse, antes de se dirigirem para as Unidades de Saúde, os novos médicos são recebidos pelo Regulador que lhes dá as boas vindas, e desenvolve as seguintes atividades:

- Apresentação da Orientação Normativa nº01/2022 SMS-Toledo
- Treinamento prático na plataforma de comunicação com a regulação via SIGSS.
- Apresentação dos recursos disponíveis na rede e dos Protocolos de Acesso
- Esclarecimento de dúvidas.
- Inclusão do profissional no Grupo Técnico dos Médicos da Rede.

Consultoria aos médicos da atenção Básica

A política de aproximação do setor é contínua, estando o médico regulador constantemente disponível para discussão de dos melhores fluxos para manejo de casos clínicos específicos. Recurso que tem sido regularmente utilizado.

Consultoria aos demais profissionais do departamento de Gestão e da Secretaria de Saúde

O número de médicos efetivamente lotados na Secretaria Municipal de Saúde é limitado em três profissionais (incluindo a Secretária de Saúde e o Médico Regulador), frente a volumosa demanda de rotinas que necessitam de atenção médica. O médico regulador, sob demanda e conforme disponibilidade, auxilia na resolução das mais diversas questões médicas que parecer clínico, excepcionalmente demandas judiciais.

Atividades da Comissão do Passe Livre

O médico regulador integra a Comissão do Passe Livre, que se reúne na Secretaria de Trânsito, com frequência semanal ou quinzenal, para periciar as solicitações do benefício, conforme política instituída pela portaria nº648/2019

TEMA A DELIBERAR

- Adesão a serviço de teleconsultoria e telediagnósticos:

6. EXAMES LABORATORIAIS

Exames laboratoriais são testes realizados em laboratórios de análises clínicas para avaliar a saúde de uma pessoa. Esses exames podem envolver a coleta de diferentes materiais do corpo, como: sangue, urina, saliva e/ou tecidos. Por exemplo, um hemograma completo é um exame de sangue que verifica a quantidade de células sanguíneas, enquanto um exame de urina pode detectar infecções urinárias. Esses exames ajudam os médicos a diagnosticar doenças, monitorar condições de saúde e avaliar a eficácia de tratamentos. Para se ter uma ideia da importância, estima-se que cerca de 70% das decisões dentro da medicina diagnóstica são baseadas nos resultados desses exames. Eles fornecem informações detalhadas que muitas vezes não podem ser obtidas apenas com exames físicos ou sintomas relatados pelo paciente.

COMO SÃO AGENDADOS OS EXAMES?

Atualmente, no município de Toledo, os exames laboratoriais são agendados de três formas diferentes, as quais constam no sistema SIGSS (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde) e estão descritas como convênios: SUS, CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná) e COTA MUNICIPAL.

COTA MUNICIPAL: contrato dos laboratórios direto com o município realizados por meio de chamamento público. Em vigor atualmente o chamamento 05/2023, com 7 laboratórios contratualizados. Exames agendados através do SIGSS.

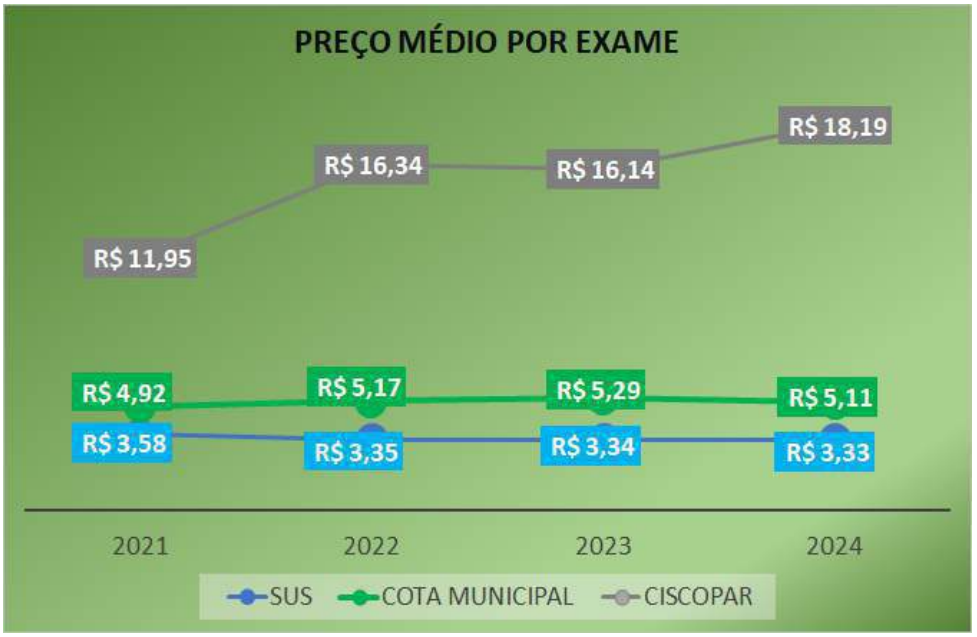
SUS: contrato dos laboratórios com a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. São pactuados os exames através de FPO (Ficha de Programação Orçamentária). Atualmente 5 laboratórios em Toledo tem contrato em vigência. O custo é pago pelo governo estadual, cabendo ao município o agendamento desta demanda, também feito no sistema SIGSS.

CISCOPAR: contrato dos laboratórios com o CISCOPAR. Atualmente tem 8 laboratórios em Toledo com contrato em vigência. No CISCOPAR os agendamentos são realizados através do sistema IDS/CISCOPAR. O município tem no SIGSS uma ferramenta de integração entre os dois sistemas, assim desde 2022 é possível agendar os exames no SIGSS e automaticamente estes já constam no sistema IDS/CISCOPAR, evitando retrabalho. Toledo, como integrante do consórcio pode realizar agendamentos para os prestadores contratados via CISCOPAR. Agendamento feito na Integração SIGSS-IDS ou direto no sistema IDS.

QUAL DOS CONVÊNIOS É MAIS ECONÔMICO?

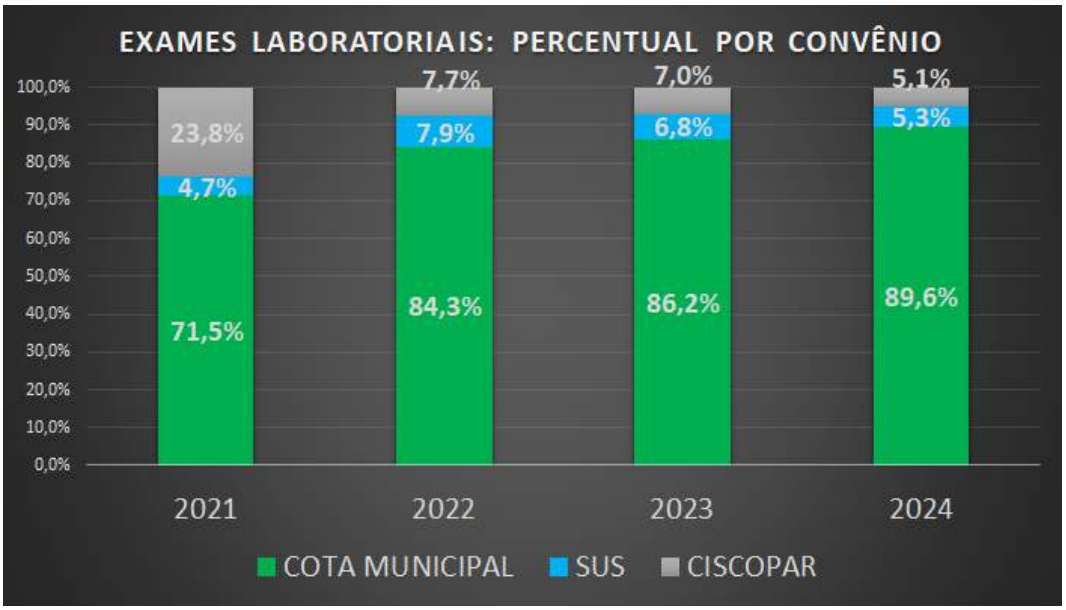
O convênio SUS, é sem dúvida o mais econômico para o município, visto que o pagamento é feito pelo estado do Paraná, ou seja, sem custo financeiro direto ao município. Contudo é importante ressaltar o limite de valor disponível, que é baixo comparado a demanda existente. O chamamento público municipal (COTA MUNICIPAL), também tem sido eficiente em gerar economia, sendo o segundo mais barato.

Esse convênio, além de facilitar o gerenciamento dos processos referentes aos exames, prestadores, também possibilitou garantir que os resultados estejam inseridos no sistema SIGSS, assim tornando mais fácil o acesso da população e dos serviços de saúde, bem como permitindo maior precisão para a conferência de exames apresentados para pagamento pelos laboratórios. Como é possível observar no gráfico o preço médio por exame via COTA MUNICIPAL é bem menor que via CISCOPAR.



*Fonte: Dados coletados de relatórios das Audiências Públicas. Preço médio por exame conforme convênio. *Os dados de 2024 se referem à média apenas aos quadrimestres 1º e 2 º.*

É importante ressaltar, neste contexto, que os exames agendados via COTA MUNICIPAL ou via CISCOPAR são ambos pagos pelo município. Os exames agendados via convênio SUS são pagos pelo governo do estado do Paraná. Este último tem um limite relativamente pequeno em comparação com a demanda do município. Podemos observar na tabela abaixo que o maior percentual de agendamentos ocorre via COTA MUNICIPAL.

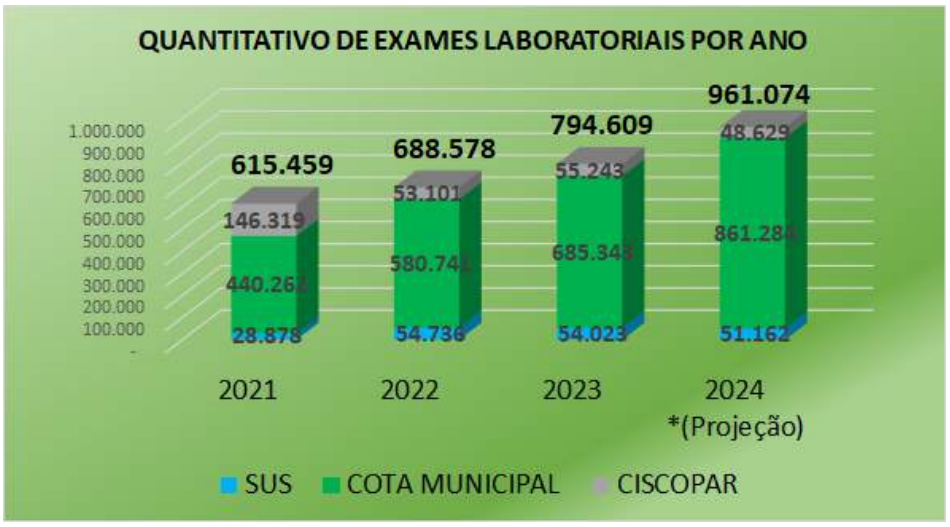


*Fonte: Dados coletados de relatórios das Audiências Públicas. Participação percentual por quantidade de exames conforme convênio. *Os dados de 2024 se referem apenas aos quadrimestres 1º e 2 º.*

QUANTOS EXAMES SÃO AGENDADOS POR ANO?

Somente no ano de 2023 foram agendados 794.609 exames laboratoriais. Analisando os dados históricos de quantitativo de exames por ano, é possível constatar um aumento contínuo no acesso a este serviço. Houve um crescimento superior a 10% ao ano na série apresentada, incluindo a projeção para o ano de 2024.

No entanto, a razão de exames solicitados por consulta (nº exames / nº consultas) subiu apenas 3,18% entre 2022 (1,41) e 2023 (1,46). Portanto, o crescimento da demanda por exames laboratoriais pode ser atribuído, principalmente, ao aumento no total de consultas, o qual subiu 11,84% entre 2022 (486.764) e 2023 (544.403), e tende a subir mais de 10% comparando 2023 e 2024.



*Fonte: Dados coletados de relatórios das Audiências Públicas. Quantidade de exames agendados por ano conforme convênio. *Os dados de 2024 se referem a uma projeção para o ano de 2024 baseada nos dados dos quadrimestres 1º e 2 º (Projeção: Soma do acumulado, dividiu-se por 2 e multiplicou-se por 3).*

EM ANDAMENTO

Os exames laboratoriais são acessados através dos diferentes contratos disponíveis. Assim cada um dos convênios tem o seu formato específico. O que é necessário para a continuidade de cada um segue:

1. **COTA MUNICIPAL:** O chamamento público municipal vigente é o

05/2023, o qual tem 7 laboratórios contratados (CHAMADAS PÚBLICAS). Os contratos com os prestadores iriam finalizar em julho/2024, mas foram prorrogados por mais 12 meses, com previsão de término em julho/2025. Pode-se realizar novo chamamento, ou prorrogar o atual por mais 12 meses. Em caso de novo chamamento é importante que se realize logo nos primeiros meses de 2025, visto que os processos burocráticos para realização do chamamento público duram meses. Ainda sobre a COTA MUNICIPAL, atualmente é dividida em 4 lotes:

a. **Lote 1 (COTA MUNICIPAL 1):** Exames com código e preço conforme tabela SIGTAP (SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). Aqui constam exames para uso eletivo, exemplo unidades da: Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental e Central de Especialidades.
b. **Lote 2 (COTA MUNICIPAL 2):** Exames com valores de mercado. Aqui constam exames para uso eletivo, exemplo unidades da: Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental, Central de Especialidades. Nesta cota, a maioria dos exames listados são realizados via LACEN[1], objetivando ser um backup quando a realização via LACEN é interrompida.
c. **Lote 3 (COTA MUNICIPAL 3):** Exames com código e preço conforme tabela SIGTAP e alguns exames com valores de mercado. Neste lote constam exames para uso das unidades de Urgência e Emergência. (Ex: UPA e PAM)
d. **Lote 4 (COTA MUNICIPAL 4):** Coleta domiciliar eletiva, exemplo unidades da: Atenção Primária em Saúde, Saúde Mental, Central de Especialidades.

2. **SUS**: o contrato dos laboratórios é com a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Os exames são pactuados através de FPO (Ficha de Programação Orçamentária) com base na tabela SIGPAT. Atualmente 5

[1] LACEN - O LACEN - LABORATÓRIO CENTRAL do Estado do Paraná, é interligado ao SISLAB, Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Seu papel é de suma importância para a sociedade, uma vez que nele são realizadas análises que garantem as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

laboratórios em Toledo tem contrato em vigência. Este convênio não tem gerência direta do município. Entretanto, é possível articular com a 20ª Regional de saúde alteração na pactuação da FPO, isto não influencia o teto financeiro, mas pode alterar o rol de exames disponíveis.

3. **CISCOPAR:** contrato dos laboratórios com o CISCOPAR. Atualmente há oito laboratórios em Toledo com contrato em vigência com o consórcio. Para usar o CISCOPAR os exames são agendados através do sistema IDS/CISCOPAR. O município tem no SIGSS uma ferramenta de integração entre os dois sistemas, assim desde 2022 é possível agendar os exames no SIGSS e automaticamente estes já constam no sistema IDS/CISCOPAR, evitando muito retrabalho.

Chamamento Público Municipal

Processo de Conferência e Pagamento Mensal

| **Conferência dos relatórios para pagamento**: Verificação detalhada dos exames realizados conforme resultados inseridos no SIGSS a fim de garantir a precisão e a conformidade do que o laboratório apresentou como realizado e o que efetivamente tem resultado lançado no sistema.

| **Processamento de Pagamentos:** Os laboratórios apresentam através do BPA e de planilhas de controles os exames realizados. O departamento de gestão recebe, processa e compara os relatórios. Ao final do processamento retorna as divergências para o laboratório corrigir, caso não haja divergências segue para emissão de Nota Fiscal e posterior processamento de pagamentos, assegurando que todos os exames realizados estejam com os respectivos resultados devidamente lançados no SIGSS, e desta forma, sejam pagos.

| **Fluxo de conferência**

1) Laboratórios enviam arquivos para conferência (contato via e-mail);

2) Comparativo: arquivos apresentados vs relatório sistema SIGSS;

3) Autorização do valor para emissão da Nota Fiscal;

4) Validação da NF, encaminhamento da mesma para o financeiro;

5) Encaminhados arquivos auxiliares recebidos pelo laboratório;

Processo de Apoio aos Agendadores

| **Planilha de Apoio:** Atualização constante da planilha de apoio (drive em nuvem) para padronizar, agilizar e facilitar as orientações e informações para os agendadores. Nela constam referência de agendamento para cada unidade de saúde, informações sobre LACEN, informações sobre Cota Municipal 3, escala da Urgência e Emergência, informações sobre os exames, etc. (Planilha Exames Laboratoriais)

| **Pasta Fluxo e Protocolos:** Na pasta da rede, acessível para consulta para todos os profissionais da secretaria da Saúde, tem disponíveis arquivos diversas informações relevantes, tais como: links, preparos dos exames laboratoriais em outros idiomas (francês, haitiano crioulo), formulário do LACEN, etc. (P:\FLUXOS E PROTOCOLOS\Gestão\Exames Laboratoriais)

| **Grupo de Apoio:** Criado e mantido o grupo no Whatsapp, para apoio aos agendadores, facilitando a troca de informações e a resolução de dúvidas.

| **Capacitação Anual:** Realização de treinamentos anuais para os novos agendadores, garantindo que estejam atualizados com as melhores práticas e procedimentos.

Processo de Configuração e Acompanhamento das Cotas

| **Configuração das Cotas**: Definição das cotas de exames por unidade e laboratório, de acordo com a demanda e a capacidade de atendimento e contrato. Mensalmente é necessário abrir as cotas para o mês seguinte, em geral realizado no dia 10 do mês anterior.

| **Escala Cota Municipal 3**: É importante enviar para as unidades de Urgência e Emergência a escala e deixar atualizado na planilha de apoio.

| **Distribuição da Demanda:** Distribuição equilibrada da demanda de exames entre as unidades e laboratórios, respeitando o saldo contratual e evitando sobrecargas.

| **Acompanhamento das Cotas:** Monitoramento contínuo das cotas e ajustes necessários para garantir que todas as unidades e laboratórios operem dentro dos limites estabelecidos.

Processo de Fiscalização e realização de novos chamamentos

| **Casos em que há divergência nos resultados:** nas situações em que há divergência é solicitado que sejam encaminhadas as situações bem detalhadas descrevendo nome do paciente, laboratório, exame, motivos técnicos que embasam a suspeita de falha. Isto é repassado para profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros do departamento para averiguação.

| **Novos exames disponíveis:** são anotados na planilha de apoio e inseridos numa planilha a parte para novos chamamentos

| **O departamento de gestão auxilia de maneira proativa na realização de novos chamamentos ou renovação:** ETP, Termo de referência, etc. Para tanto fomenta discussão com os setores: Urgência e Emergência, Vigilância, APS, Médicos, Enfermeiros, AMI, Central de Especialidades. Também confirmação das demandas e necessidades.

| **Casos de ouvidoria quanto a exames:** são averiguados documentalmente e se necessário verificação in loco.

TEMAS A DELIBERAR

- Chamamento Público Municipal: renovação ou novo edital?
- Tecnologia para agilizar os resultados de hemogramas (resultados em poucos minutos).

7. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO (CAF)

Atualmente o Departamento de Gestão em Saúde tem um membro participante da CAF. O Coordenador Administrativo, o qual contribui para os trabalhos da comissão. A CAF atualmente faz a avaliação e fiscalizada referente a produção apresentada pelo Hospital Regional de Toledo (HRT). Sobre suas funções e atribuições de forma mais detalhadas estão descritas na Direção Geral.

8. TRANSPORTE SANITÁRIO

O Transporte Sanitário é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação. Esses serviços são disponibilizados para usuários que demandam serviços de saúde e que não apresentam risco de vida

A RESOLUÇÃO No - 13, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017 dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.

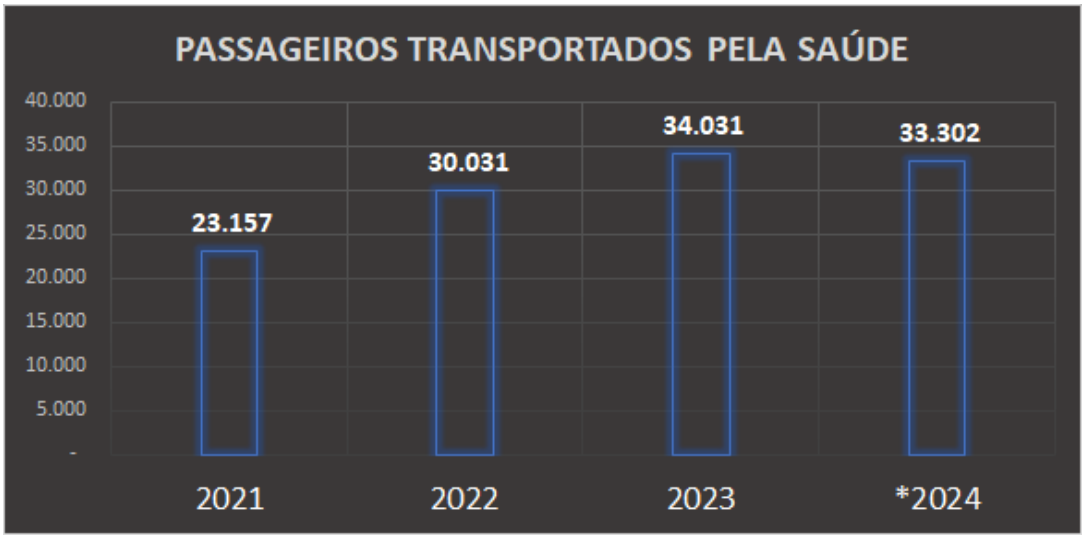
A PORTARIA GM/MS Nº 1.263, DE 18 DE JUNHO DE 2021 dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Pandemia

Em fevereiro de 2020, o Brasil declarou a pandemia de Covid-19. O setor de Transporte sanitário sofreu consideravelmente durante esse tempo, devido às medidas de distanciamento social. A capacidade de transporte dos veículos caiu em 70%, subindo depois para 50% no final de 2021. Em maio de 2022, com o término da pandemia, a capacidade dos veículos foi restabelecida.

Ao longo da pandemia, várias consultas, exames e intervenções cirúrgicas foram postergadas para dar prioridade ao cuidado com as vítimas da Covid-19. Consequentemente, as listas de espera para especialidades

cresceram consideravelmente. Após este período, o maior desafio foi diminuir ou erradicar essas filas. Nos últimos três anos, graças aos mutirões promovidos pelos governos municipal e estadual, um grande número de vagas foi disponibilizado. Muitas dessas vagas estão situadas em cidades vizinhas, demandando que os pacientes sejam transportados pelas frotas do município. Dessa forma, o número total de usuários beneficiados pelo transporte saltou de 23.157 em 2021 para 32.845 em 2024, restando um quadrimestre dias para o término do ano corrente. Durante toda a administração, aproximadamente 120 mil passageiros foram transportados pela saúde.



Fonte: Sistema SIGSS.

*Os dados de 2024 se referem ao período de 01/01/2024 a 18/10/2024.

Veículos

Em janeiro de 2021, a Secretaria de Saúde dispunha de 12 ambulâncias, 5 vans para transporte de passageiros, 2 vans de carga, 2 ônibus e 44 automóveis de passeio. Muitas dessas frotas já ultrapassaram cinco anos de uso, tornando urgente a necessidade de uma significativa renovação da frota.

Implantação de agendamentos pelo *Whatsapp*

Em fevereiro de 2021, o setor de transporte da Secretaria de Saúde, que já oferecia atendimentos presenciais e por telefone, começou a permitir agendamentos via mensageiro instantâneo (*whatsapp*). Hoje, essa plataforma representa aproximadamente 60% dos atendimentos, tornando o acesso da população ao serviço de agendamento de transporte sanitário muito mais simples. De acordo com um estudo da empresa We Are Social, 93,4% dos brasileiros utilizam o whatsapp para se comunicar diariamente.

Técnicos em enfermagem

Sempre foi uma das principais necessidades do setor a contratação de técnicos de enfermagem para apoiar os motoristas no transporte de pacientes acamados.

Em junho de 2023, três técnicos de enfermagem foram contratados, trabalhando em uma escala de 12x60. Desde então, aproximadamente 1270 passageiros foram conduzidos com a assistência de profissional de enfermagem, lotados no departamento de transporte.

Esses servidores desempenham um papel crucial para garantir a segurança, tanto do paciente que está sendo transportado quanto do motorista, já que este pode se concentrar apenas na direção do veículo, enquanto o técnico cuida do paciente.

Horas Extras

Com o objetivo de atender às demandas do Ministério Público em relação à diminuição de horas extras e uma melhor distribuição de horários de profissionais, a Secretaria da Saúde implementou em 2022 escalas e horários específicos para motoristas. Naquele momento, quatro novos motoristas foram contratados, operando em uma escala de 12x36. Além disso, três motoristas que começavam seu trabalho às 08h da manhã, passaram a iniciar a jornada de trabalho às 06h da manhã. Essas ações foram muito importantes, pois

possibilitaram a solução de um problema que já se arrastava há algum tempo, que são os plantões nos finais de semana e feriados. Antes, era imprescindível pagar horas extras nesses dias, dado que a demanda por hemodiálise, altas e transferências nesses dias requer a presença desses profissionais.

Essa carga excedente que gerava horas extras eram preenchidas à mão pelos servidores em um formulário próprio e posteriormente eram lançadas no ponto, após a aprovação dos diretores e secretários. Este sistema manual foi substituído por sistema informatizado, onde o servidor responsável identifica as horas realizadas, com base no sistema de registro digital de ponto e formulário google forms do que não foi registrado digitalmente, cruzando com os serviços diárias, para aí fazer o lançamento direto em sistema próprio, garantindo assim maior confiança nos dados apresentados, além de maior agilidade, tendo em vista que os superiores podem realizar a aprovação dessas horas de qualquer lugar que estiverem, através de celulares ou computadores.

Cartão Ponto

Os trabalhadores do setor de transporte da SMS estão sempre em movimento. Frequentemente, estão fora da sede da Secretaria no momento de registrar o ponto. Assim, adotou-se o registro manual de ponto, no qual o funcionário registra os horários de trabalho e, no começo do mês, entregava o cartão ao profissional responsável pelos registros no sistema.

Em 2023, o transporte sanitário começou a utilizar formulários eletrônicos (*google forms*) para inserir os registros de ponto, permitindo que o profissional informe em tempo real, de qualquer local, o horário da marcação. Isso assegura a qualidade da informação, além de simplificar e acelerar o trabalho de quem administra o local, já que permite realizar as modificações diariamente.

Registro de utilização dos veículos

Sempre que um motorista utiliza um veículo da frota, é necessário

registrar a saída do mesmo em um sistema específico do departamento de frotas, utilizando a identificação biométrica. Neste instante, o motorista, além de se identificar, também fornece informações sobre o veículo que irá conduzir, o horário em que está fazendo a partida, a quantidade de passageiros que está transportando e a cidade de destino da viagem. Este sistema visa determinar a distância percorrida por cada motorista, o horário de partida e chegada, além de servir para detectar eventuais multas e danos sofridos pelo veículo naquele intervalo de tempo. Também atua como um instrumento crucial de gestão, ao projetar os custos de manutenção e necessidade de aquisição de novos veículos. Esta ferramenta está integrada com o sistema SIGSS, facilitando os lançamentos das viagens e de passageiros.

Diárias

O Transporte Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) efetua o traslado de pacientes para várias cidades do Paraná, a fim de que possam realizar consultas, exames, procedimentos e cirurgias, entre outros serviços. Algumas dessas cidades estão próximas, enquanto outras são mais distantes e exigem até pernoite. Nesses casos, o pagamento de diárias para os servidores é imprescindível. Estes pagamentos estão contemplados através do decreto Nº 21, de 23 de fevereiro de 2005. Anteriormente, os relatórios de viagem eram preenchidos, impressos e entregues aos servidores para assinatura, o que demandava um grande volume de papel. Contudo, em 2024, esse procedimento foi completamente digitalizado com a implementação do sistema e-processos. Os documentos que precisam ser assinados agora tramitam virtualmente por esse sistema, permitindo que os servidores assinem digitalmente. Essa mudança não apenas resultou na redução do uso de papel, mas também acelerou o processo de tramitação e o liquidação de diárias, diminuindo o tempo de espera para pagamento em 50%.

Terceirizados

No Ano de 2019 surgiu a necessidade de terceirizar alguns transportes, dentro

da Secretaria da Saúde, para o deslocamento de médicos, enfermeiros e demais profissionais que realizam o PAD, ESF, Unidade Volante e pacientes que necessitam de transportes para a realização de hemodiálise. Foram licitados 5 carros de passeio e uma van de passageiros, todos dispondo de motorista da empresa contratada.

EM ANDAMENTO

Atualmente o Transporte Sanitário da Secretaria de Saúde de Toledo dispõe de 26 motoristas concursados e 6 motoristas terceirizados. A equipe conta também com 3 técnicos em enfermagem, dois assistentes administrativos e um coordenador administrativo. Os agendamentos de transporte podem ser realizados pela população através de ligação, no telefone 3196-3028, através de mensageiro instantâneo *Whatsapp,* no mesmo número, ou presencialmente na rua Carmelita Nodari, 132, no Jardim Gisela. Considerando que nosso horário de atendimento é comercial de segunda a sexta, das 8h às 11:30h e das 13:30h às 17h.

O Transporte da saúde possui 15 ambulâncias, 10 vans para passageiros, 2 ônibus, 3 vans de carga e 50 automóveis de passeio (conforme planilha da relação de frotas). Em setembro de 2024, foi realizada a aquisição de 1 ônibus, 3 ambulâncias, 1 van para passageiros e 1 veículo utilitário destinado ao transplante. A entrega desses veículos está prevista para o início de dezembro de 2024. Ainda este ano, deverá ocorrer a compra de 1 veículo utilitário, para ser utilizado no transporte de materiais para esterilização.



Legenda: Renovação de frota realizada pela saúde em 2023

O setor Administrativo conta com uma planilha online para agendar todos os serviços, facilitando a visualização e organização da programação diária de trabalho. Esse planejamento deve considerar diversas variáveis, como profissionais, horários, veículos, cidades e outros aspectos. Após essa etapa, todas as informações sobre os serviços são registradas no sistema SIGSS.

Manutenção veicular

Para continuar avançando, é fundamental assegurar uma manutenção adequada das frotas. Isso se torna especialmente relevante considerando que os veículos da SMS percorrem aproximadamente 2 milhões de quilômetros anualmente, o que equivale a 50 voltas completas ao redor do mundo. Quanto maior o tempo que os veículos ficam parados para manutenção, mais pacientes poderão deixar de ser atendidos.

Para que esse processo se desenvolva de forma eficaz, a gestão da manutenção deve ser conduzida pelo setor de transporte da Secretaria da Saúde, em vez de seguir o modelo vigente, onde o setor de frotas da prefeitura cuida da manutenção de todas as secretarias. A Secretaria de Segurança e Trânsito implementou um modelo semelhante, estabelecendo uma licitação

separada para sua área e alcançando resultados bastante satisfatórios. Assim, o coordenador de transporte da saúde terá a responsabilidade de identificar quais veículos devem ser priorizados e de negociar preços e prazos diretamente com o prestador de serviços. Atualmente nossa frota, que tem característica de urgência, muitas vezes precisam aguardar a manutenção de veículos de outras secretarias ficarem prontos, para iniciar a nossa manutenção.

Renovação da frota

A renovação dos veículos é outra medida imprescindível. Uma frota envelhecida gera maiores custos operacionais, como manutenção e consumo de combustível, além de ser mais poluente. Sem contar que, como já dito anteriormente, o tempo que um veículo de urgência e emergência fica em manutenção, deixa de ser usado para o atendimento à população. Realizando um comparativo entre ambulâncias com até dois anos de uso, em em relação a frotas com mais tempo de uso, o valor gasto com manutenção chega a ser maior que o dobro.

Para garantir a saúde da frota, é indicada a troca de duas ambulâncias a cada ano. Em relação a carros de passeio, é preciso adquirir três novos veículos anualmente. No caso das vans de passageiros, a inclusão de uma nova van a cada dois anos é essencial. Por fim, a substituição de ônibus e vans de carga poderá ser feita conforme a demanda.

Alteração no Contrato Terceirizado

Em dezembro, uma nova prestadora irá assumir o contrato para o serviço de locação de frotas. A empresa responsável pela saúde, atualmente, ultrapassou o prazo máximo do contrato de cinco anos, exigindo uma nova concorrência. Neste novo processo seletivo, haverá uma diminuição na quantidade de veículos de passeio, de cinco para três. No que diz respeito a van de passageiros, manterá apenas uma frota, mas o serviço, que antes era realizado de segunda a sexta-feira, passará a ser realizado também aos

sábados. Isso diminuirá a demanda por motoristas concursados aos sábados e, consequentemente, a quantidade de horas extras necessárias.

TEMAS A DELIBERAR

- Resposta ao Consamu referente a oferta de locação de serviço prestado com ambulância e equipe técnica

9. OUVIDORIA

A Ouvidoria Municipal do SUS deve ser compreendida como uma ferramenta de gestão que auxilia o cidadão em suas relações com o município. A Ouvidoria é um canal direto do cidadão com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), que recebe reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios, além de prestar informações. Estimula a participação do cidadão no controle e avaliação da prestação dos serviços públicos, e favorece mudanças e ajustes nas atividades e processos das instituições à frente das necessidades apresentadas pelo cidadão.

Assim, a Ouvidoria tem como propósito também conhecer o grau de satisfação do usuário, buscando soluções para as questões levantadas, oferecendo informações gerenciais e sugestões à instituição, visando o aprimoramento dos serviços prestados, contribuindo para a melhoria dos processos administrativos e das relações interpessoais com seu público interno e externo.

Serviço democrático e promotor de mudanças

A Ouvidoria deve funcionar como um agente promotor de mudanças e favorecer uma gestão flexível e voltada para a satisfação das necessidades do cidadão, garantindo uma prestação de serviços públicos de qualidade, para a promoção da cidadania.

Em síntese, é um instrumento a serviço da democracia, pois nos países democráticos o cidadão pode se manifestar das mais variadas formas, seja elogiando, criticando ou sugerindo medidas que venham ao encontro dos

interesses coletivos.

A Ouvidoria Municipal de Saúde do Município de Toledo, Estado do Paraná, atua como um canal democrático de estímulo à participação social, disseminação de informações em saúde e mediação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

O cidadão pode entrar em contato com a Ouvidoria através do telefone 45 3196-3024, por mensagem de WhatsApp pelo número 45 9 9973-6884, presencialmente à Rua Carmelita Nodari, 132 – Toledo/PR, ou ainda por e-mail ouvidoriamunicipalsus@toledo.pr.gov.br, estes são canais onde o usuário pode manifestar suas reclamações, sugestões e elogios, além de solicitar informações. Além dos canais diretos citados acima, o cidadão pode utilizar o telefone 156 da Ouvidoria Geral do Município ou o E-Ouve no portal do Município para registrar sua demanda, que será igualmente encaminhada a esta Ouvidoria. Os atendimentos presenciais ocorrem de segunda a sexta das 8h às 12h00 e das 13h30 às 17h30, exceto feriados. Importante ressaltar que o contato telefônico também funciona de segunda a sexta-feira. Além desses períodos, o acesso à Ouvidoria deve ser realizado via internet, por meio do WhatsApp ou e-mail.

Sistema SIGO

A Secretaria de Saúde do Município utiliza um sistema de informação para o processamento das manifestações da ouvidoria, sendo este, o Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – SIGO, onde as demandas recebidas pela Ouvidoria são registradas, sendo gerado um número de protocolo que é passado ao cidadão para que caso deseje, acompanhe o andamento da demanda. O Sistema possibilita a inclusão, encaminhamento, recebimento e resposta às manifestações, sendo também possibilitado o encaminhamento de demandas pertinentes a cada setor via sistema de informação, bem como o retorno das providências e respostas, desburocratizando o serviço.

Para acesso ao sistema (SIGO), se faz necessário inserir no login o email institucional da Ouvidoria Municipal do SUS.

LEGISLAÇÕES E NORMAS RELACIONADAS À OUVIDORIA

DECRETO Nº 884, de 26 de abril de 2016 - Institui a Ouvidoria Municipal do SUS, no âmbito da Secretaria da Saúde do Município;

Lei Federal nº 13.460/2017 - Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;

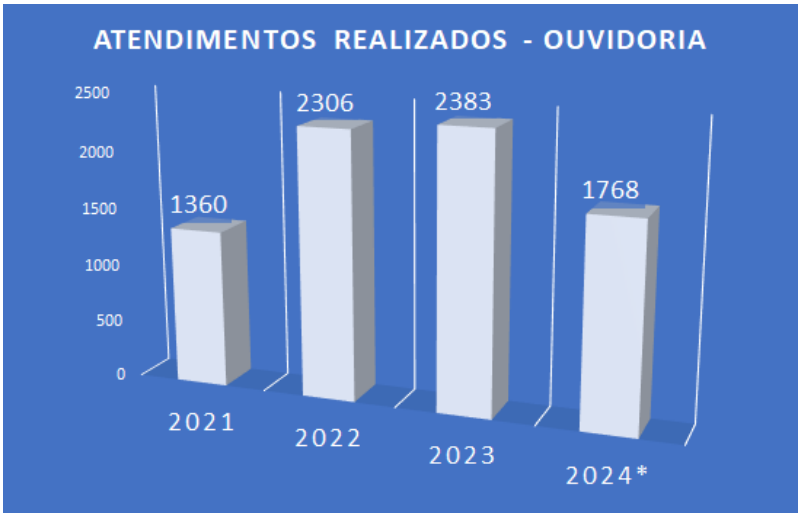
Lei nº12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação;

Deliberação CIB nº 066/2024 - define critérios mínimos para implantação de Ouvidoria Municipal do SUS no Estado do Paraná.

Manual do ouvidor - documento para ouvidorias do SUS no Paraná.

ATENDIMENTOS REALIZADOS

Entre a data de 01 de janeiro de 2021 até o dia 31 de agosto de 2024 foram realizados 7.817 atendimentos pela ouvidoria municipal do SUS.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral *2024 - 1ºQD e 2ºQD

Os dados da ouvidoria do SUS são apresentados a cada quadrimestre durante a prestação de contas nas audiências públicas. Essas informações incluem o número de atendimentos, tipos de manifestações, formas de acesso e assuntos das manifestações. Todos esses dados ficam disponíveis no site da prefeitura, garantindo transparência e acesso à informação para todos os

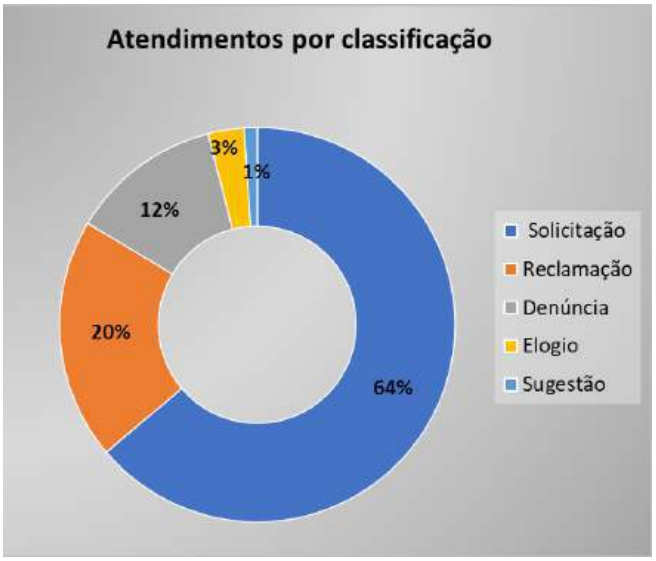
cidadãos. Dessa forma, buscamos promover uma gestão mais participativa e informada no setor da saúde.

Classificação das manifestações

A classificação das manifestações, conforme a tipificação estabelecida no Manual de Tipificação do Sistema Informatizado Ouvidor SUS com ressalva no que se refere ao item de informação, que no sistema de ouvidoria do Estado do Paraná, está incluso na classificação de solicitação, subitem acesso à informação.

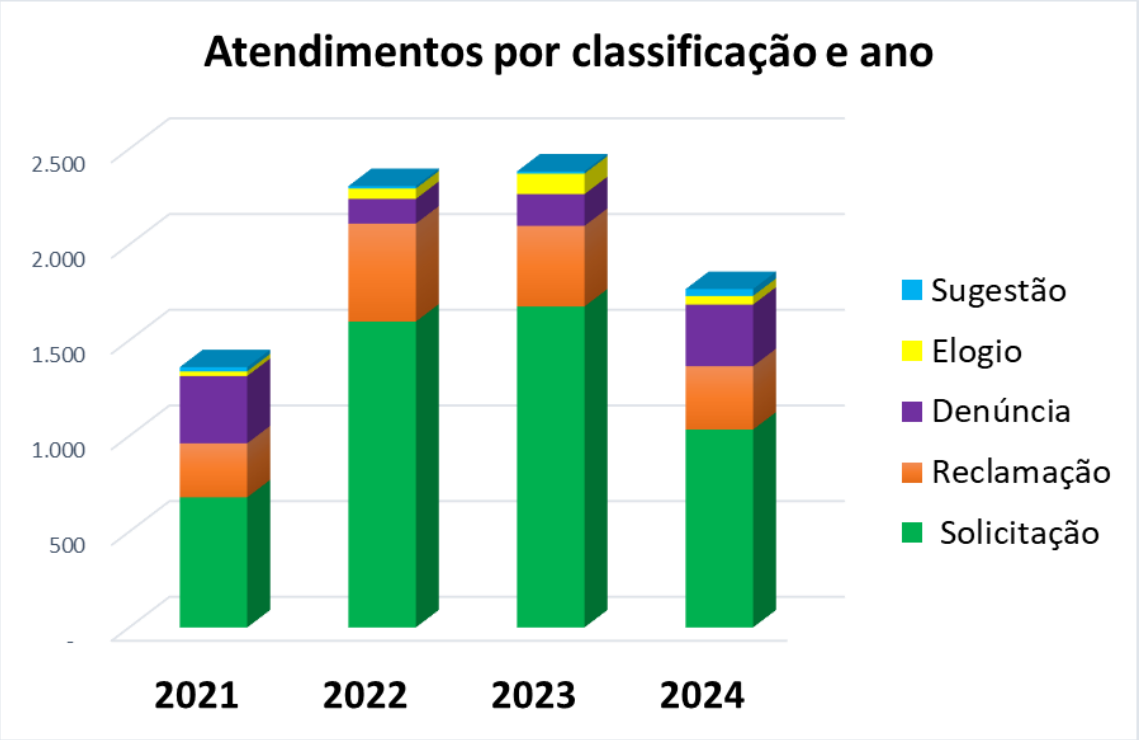
A classificação para a ouvidoria do Estado do Paraná compreende as seguintes categorias: (i) denúncia; (ii) reclamação; (iii) solicitação; (iv) elogio e (v)sugestão.

Por denúncia o Manual conceitua como a manifestação que indica irregularidade, ou indícios, na administração e no atendimento, ações e/ou serviços de saúde, sem, contudo, ter o caráter de requerimento. Essa dimensão de requerimento transforma a manifestação para uma solicitação. Por informação, o manual dispõe ser o questionamento que se faz sobre o sistema ou assistência de saúde. O elogio consiste na manifestação, por parte do cidadão, de satisfação ou agradecimento, pelos serviços prestados pelo SUS. A sugestão, por sua vez, é a manifestação que propõe algum tipo de ação destinada à melhoria do SUS.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral Dados: O percentual se refere ao número total (7.817) de manifestações na Ouvidoria do SUS, entre janeiro de 2021 e agosto/2024.

Entre o primeiro quadrimestre de 2021 e o segundo quadrimestre de 2024 foram realizados 7817 atendimentos, sendo 4989 solicitações; 1546 reclamações; 969 denúncias; 230 elogios e 83 sugestões.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral Dados: se refere ao número total (7.817) de manifestações na Ouvidoria do SUS, entre janeiro de 2021 e agosto/2024.

EM ANDAMENTO

Atualmente, a Ouvidoria da SESA-PR disponibilizou para as ouvidorias municipais uma urna itinerante para acesso à ouvidoria. Assim, esta forma de acesso tem por finalidade promover a participação cidadã e garantir mais uma forma para que a população possa fazer contato com a ouvidoria. Essa urna deverá passar por todos os estabelecimentos de saúde pública da rede da secretaria municipal de saúde.

ATRIBUIÇÕES DO OUVIDOR

• Recepção, Análise E/ou Tratamento e Encaminhamento das demandas.

• Acompanhamento/trâmite e Resposta das demandas dentro do prazo estabelecido.

• Elaboração de Relatórios Gerenciais para a Secretaria Municipal de

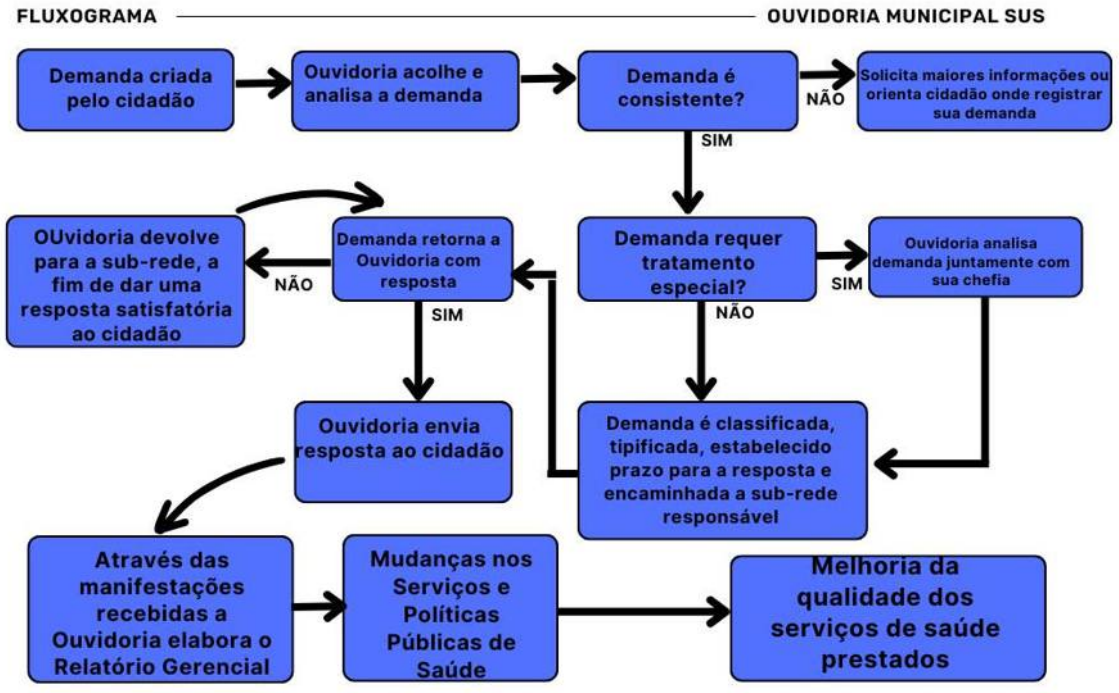
Saúde

PROCESSO DE TRABALHO

SIGO – SISTEMA INTEGRADO PARA OUVIDORIAS

Este é o Sistema utilizado pelas Ouvidorias Regionais de Saúde, Unidades Próprias do Estado, Consórcios Intermunicipais de Saúde e alguns municípios do Estado do Paraná, para o registro das manifestações através do site da SESA/PR e respectivas instituições, ou recebidas por telefone, pessoalmente, e-mail e whatsapp.

PROCESSO DE TRABALHO DA OUVIDORIA – FLUXOGRAMA



Fonte: Manual do Ouvidor (Manual do Ouvidor para Implantação de Ouvidorias do SUS no Paraná (SESA PR – 2017)

TEMAS A DELIBERAR

- Novo material de divulgação da Ouvidoria Municipal do SUS está sendo confeccionado (arte do banner)

10. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Em 2022, o setor de comunicação da Prefeitura alocou uma estagiária para atuar na Secretaria de Saúde. Com essa mudança, as demandas anteriormente direcionadas ao gabinete, como criação de logotipos, folders, materiais gráficos e a divulgação de capacitações e campanhas de saúde, foram centralizadas na estagiária. Devido à sua proximidade com os solicitantes, o prazo de execução dessas atividades foi reduzido.

Atualmente, a Secretaria de Saúde mantém, além do Portal da Saúde, um perfil no Instagram. Nesse perfil, são divulgadas campanhas, notícias e outros conteúdos voltados para a população, com o objetivo de informar sobre a saúde do município, as ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e promover a prestação de contas das iniciativas da secretaria, garantindo um relacionamento direto e transparente com os cidadãos.

No Portal da Saúde, são publicadas ações e campanhas promovidas pelas UBS a cada mês, como PSE nas escolas de cada bairro, grupos de gestantes e TEA, além dos registros de como cada unidade abordou as campanhas de saúde do mês, utilizando murais e atividades que envolvem a população.

A comunicação na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) busca a padronização da identidade visual, abrangendo tanto materiais destinados à população quanto aqueles específicos aos servidores. O setor de comunicação

está disponível para atender as demandas de todos os departamentos da secretaria, seja por meio da elaboração de materiais orientativos, criação de logotipos, materiais gráficos ou qualquer outra necessidade relacionada à comunicação.

Em relação a redes sociais, o perfil da SMS no Instagram conta atualmente com cerca de 3.060 seguidores, alcançando aproximadamente 1.500 pessoas, com um total de 149 publicações. Essas publicações são, em grande parte, compartilhadas também pelo perfil da Prefeitura Municipal, ampliando sua visibilidade.

Além disso, a parceria entre as instituições de ensino e a Secretaria de Saúde também se reflete nesse aspecto, com a criação de artes para cada capacitação oferecida pelas instituições, bem como a divulgação conjuntamente entre essas instituições, com o objetivo de atrair mais participantes.

Para dar continuidade a este trabalho é fundamental manter estagiária da comunicação atuando dentro da secretaria da saúde. Para elaboração da comunicação padronizada e de qualidade é fundamental o conhecimento na área da comunicação e também a imersão dentro da saúde.

11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

Em Toledo, o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei nº 1.642, de 06 de maio de 1991, em caráter permanente, sendo um órgão consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde. Em 1993, ocorreu a primeira reestruturação através das leis nº 1.736/1993 e modificada pela lei nº

1.757/1993 sendo estas consolidadas pela Lei 2.094/2012 e, por fim, alterada pela lei nº 2.279, de 26 de fevereiro de 2019. Obedecendo a paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/1990, o Conselho deve ter composição paritária entre os seus representantes, sendo: 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviços conveniados ao SUS e 12,5% de gestores da saúde.

No início de 2022 os conselheiros municipais de Toledo participaram da Conferência Regional de Saúde Mental.

Em novembro de 2022 foi realizado a **XVI Conferência Municipal de Saúde de Toledo - PR,** com o tema: "GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA – "AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA"", para a execução desta conferência o CMS e a SMS percorreram uma caminhada de muito trabalho desde junho até o dia de início da conferência, sendo realizado no primeiro momento uma capacitação que deu início aos trabalhos de execução dessa conferência. Nesta capacitação se formou a comissão organizadora composta por vinte e três participantes, os quais se dedicaram para a efetivação deste grande evento.

Esta comissão executou nos períodos que antecederam esta data, dez pré-conferências durante os meses de setembro e outubro, sendo uma direcionada para o segmento Trabalhadores da Saúde, uma para o Segmento Governo e Prestadores de Serviços e oito para os Usuários, destas oito pré-conferências, todas ocorreram no período noturno, duas foram realizadas em distritos do nosso município e as outras seis nos bairros, para descentralizar ao máximo e facilitar o acesso à população. Esse trabalho resultou em 49 propostas municipais e 11 propostas estaduais que foram apreciadas pelos 65 delegados usuários, 25 delegados trabalhadores e 43 delegados governamentais e prestadores de serviços da saúde.

Após a leitura, apreciação e votação das propostas, das 49 propostas apresentadas, 19 foram aprovadas sem destaque, ficando 30 para apreciação em segunda leitura. Ao final da releitura 8 foram suprimidas, restando 22

propostas que foram aprovadas com nova redação ou mantendo o texto original. Por fim, 39 propostas municipais foram direcionadas para compor o Plano Municipal de Saúde. E 11 foram aprovadas para encaminhamento à Conferência Estadual.

Nesta conferência também foram eleitos os delegados que representaram o município de Toledo na Conferência Estadual de Saúde do Paraná e por último foi a eleição dos conselheiros usuários, trabalhadores em saúde e prestadores de serviço no SUS para a gestão 2024-2028.

Neste ano os conselheiros municipais de Toledo participaram da 1º Conferência Macrorregional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em Foz do Iguaçu, assim como, da 1º Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em Curitiba.

Além das conferências, os conselheiros também participaram de capacitações. Em 2022, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde e neste ano promovida pela 20º Regional de Saúde. Ainda participaram da Formação para o Controle Social no SUS do Projeto Participa +, ocorrida em: 1ª etapa 05 de Abril de 2024 e 2ª etapa 18 e 19 de Abril de 2024 no município de Cascavel.

A Secretaria Municipal de Saúde vem trabalhando em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, apoiando administrativamente as demandas deste conselho, proporcionando a locação da sede, disponibilizando uma servidora para executar as funções de secretária executiva e fornecendo equipamentos e materiais permanente assim como de custeio também para a execução das reuniões do pleno e das comissões que compõem este CMS.

ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

HISTÓRICO

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei nº 1.643/1991.

Em 2008 foi realizada alteração pela Lei 1.984/2008 - Reestruturação do Fundo Municipal de Saúde de Toledo, que estabelece a função do coordenador financeiro, representado pela função de Diretor Administrativo e Financeiro.

Comparativo de Recursos Humanos - Dezembro/2020 x Agosto/2024

Em dezembro de 2020, a composição do Departamento Administrativo contava com a seguinte equipe:

- 01 - Enfermeiro I;
- 03 - Assistentes em Administração I;
- 01 - Analistas em Administração e Planejamento I, (sendo Diretor)
- 01 - Auxiliar em operação e manutenção I;

O departamento administrativo financeiro conta atualmente com os seguintes servidores públicos:

- 01 - Enfermeiro I;
- 03 - Assistentes em Administração I;
- 04 - Analistas em Administração e Planejamento I, (1 sendo Diretor)
- 02 - Auxiliar em operação e manutenção I;

Organização do departamento:

- Diretor Administrativo Financeiro - Responsável pelo direcionamento das ações da Secretaria Municipal de Saúde / Fundo Municipal de Saúde,

relacionados ao Orçamento e Financeiro, realizando os controles necessários à execução orçamentária, referentes a empenhos, liquidação e pagamento das despesas e aos recebimentos das receitas (e as repassando para o Secretário(a), para a tomada de decisão.

- Coordenação Administrativa 1 - responsável pela organização administrativa relacionada a compras diretas, diárias, liquidações e acompanhamentos dos contratos de serviços;
- Coordenação Administrativa 2 - Responsável pela coordenação dos processos licitatórios (insumos e serviços);
- Coordenação de contratos e convênios - responsável pelo acompanhamento e execução dos contratos referentes aos Consórcios e ao Hospital Regional;
- Supervisor técnico - Responsável pela gestão e acompanhamento dos serviços de manutenção com as empresas licitadas (ar condicionado, dedetização, limpeza de caixa d'água, calhas e rufos, cortinas, etc), bem como, compra de insumos para pequenos reparos (hidráulico, elétrico, etc) organizar pequenos reparos com servidores da Secretaria de Saúde (Auxiliar em operação e manutenção I), e coordenar com as demais secretarias para serviços de maior envergadura.;

1. O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO DA SECRETARIA DE SAÚDE TEM POR OBJETIVOS:

1.1 Planejamento e Organização

Elaboração do Plano de Contratação Anual, verificação das demandas necessárias para atendimento aos departamentos fim, elaboração de Estudo Técnico Preliminar (ETP) e Termo de Referência (TR), levantamento de valores cesta de preços (orçamentos, banco de preços, Plataformas de licitações, entre outros).

1.2 Suprimentos

Gerenciamento da aquisição de insumos, equipamentos e de serviços, além da organização do transporte e da distribuição dos materiais descritos abaixo:

a) Materiais Hospitalares e fraldas;

b) Materiais Odontológicos e instrumentais;

c)Medicamentos, insumos para manipulação e suplementos alimentares;

d)Materiais diversos: expediente/papel, higiene limpeza, armarinhos (materiais para oficinas), gráficos, grama, licenças office, gêneros alimentícios, cortinas black out, fornecimento de marmitas (servidores/pacientes), materiais elétricos, EPI's, Oxigênio, gás de cozinha, uniformes, itens copa e cozinha, combustíveis, materiais de construção, pneus, entre outros;

e) Aquisição de Equipamentos: Médico Hospitalares, Odontológicos, Mobiliários, computadores, Notebooks, tablets, entre outros;

f) Aquisição de Veículos;

g) Serviços: de lavanderia, limpeza de caixa d' água, exames laboratoriais, limpeza das Unidades de Saúde, UPA e PAM, telefonia móvel, metalurgia, serviços de técnico em radiologia UPA, telefonia fixa, dosimetria e radioproteção individual, auditoria valores para IDEAS - HRT, transporte de dados, lavagem veículos, fisioterapia (Inex), limpeza de fossas, serviço de gestão de estágio, borracharia, gerenciamento de auxílio alimentação, passagens para servidores;

h) Manutenção: Geradores, calhas e rufos, manutenção de veículos da frotas (veículos), equipamentos odontológicos, equipamentos médico hospitalares, manutenção de ar condicionado, raio x Upa e Pam, chaveiro, manutenção de elevadores, manutenção de PACS, rede de fibra óptica, manutenção de equipamentos (bombas de pulverização);

i)Locação: estruturas para eventos, impressoras, sistema de digitalização de

Raio-x, sistema de alarmes, locação de veículos com motorista, software integrado de gestão de saúde, gestão do ponto eletrônico;

j) Serviços de acolhimento institucional (feminino e masculino);

k)Locação de Imóveis: Central de Abastecimento Farmacêutico, Central de Especialidades, CAPS AD, CAPS II e Conselho Municipal de Saúde;

l) Seguros de veículos;

m) Abastecimento da Frota;

n) Projeto: Climatização salas de Raio-x PAM, Memorial descritivo de proteção radiológica;

o) Obras: Reforma Endemias;

1.3 Controle dos contratos

Em virtude da necessidade da manutenção de fornecimento de insumos, de equipamentos e de serviços, a secretaria possui vigente diversos contratos para atender as demandas, apresentamos a relação dos contratos, indicando seu prazo de execução. Conforme relação de contratos.

1.4 Manutenção da infraestrutura predial e equipamentos

Pequenas manutenções são realizadas por servidores municipais, tanto da Secretaria de Saúde, como auxiliado pela Secretaria de Infraestrutura, para serviços de maior complexidade. As necessidades dos serviços são acompanhadas por sistema disposto no site do Município, no qual o responsável pela Unidade solicita reparos/manutenções, tanto para manutenções em equipamentos como predial.

1.5 Orçamentário e financeiro

O acompanhamento orçamentário no setor público é um processo essencial para garantir a transparência, a responsabilidade e a eficácia na gestão dos recursos públicos. Esse acompanhamento envolve a monitorização e a análise da execução orçamentária, permitindo que o

gestor público avalie se as receitas e despesas estão sendo realizadas conforme o planejado e se os objetivos estabelecidos nas leis orçamentárias estão sendo alcançados.

Durante a execução orçamentária, é fundamental que o gestor público siga o que foi previsto no orçamento aprovado. A execução deve ser monitorada constantemente para evitar desvios e garantir que os recursos sejam utilizados conforme as prioridades estabelecidas.

É comum que, ao longo do exercício financeiro, ocorra a necessidade de ajustes no orçamento. A legislação permite a realização de créditos adicionais e a revisão do orçamento, o que requer um acompanhamento cuidadoso para que as mudanças não comprometam a situação fiscal do ente público.

A execução financeira refere-se ao conjunto de atividades e processos que visam garantir a utilização adequada e eficiente dos recursos públicos. Esse processo é regido por normas e legislações específicas, que definem como os recursos devem ser alocados, geridos e controlados, com o objetivo de garantir a transparência e responsabilidade na administração pública.

A execução financeira é pautada por uma série de leis e regulamentos, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a Lei de Licitações e Contratos (Lei nº 14.133/2021) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essas normas visam garantir que o gestor público atue de forma transparente e responsável.

A execução financeira no setor público é frequentemente marcada por um alto grau de complexidade e burocracia, que podem dificultar a eficiência e a transparência na gestão dos recursos públicos. A presença de diversas normas e regulamentos, além de processos administrativos rigorosos, pode levar a atrasos na liberação de verbas e na implementação de projetos.

2. BREVE HISTÓRICO DO ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO DOS ÚLTIMOS EXERCÍCIOS FINANCEIROS NA SAÚDE:

A Secretaria Municipal de Saúde vem tendo um incremento anual médio em torno de 15%, o que está sendo mantido para 2025 em 16,90%.

2021:

Valor Autorizado: R$ 151.806.025,76

Valor atualizado: R$ 180.264.825,45

Valor liquidado: R$ 153.182.721,98



Município de Toledo - 2021

CONSOLIDAÇÃO DA DESPESA POR FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO

Período: 01/01/2021 até 31/12/2021

Página:1

Função/subfunção	Vlr. Autorizado	Vlr. Atualizado	Vlr. Empenhado no período	Vlr. Empenhado até o período	Vlr. Liquidado no período	Vlr. Liquidado até o período	Vlr. Pago no período	Vlr. Pago até o período
10 - SAÚDE	151.806.025,76	180.264.825,45	157.186.574,20	157.186.574,20	153.182.721,98	153.182.721,98	152.360.558,27	152.360.558,27
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	826.790,20	15.304.805,98	13.069.973,53	13.069.973,53	13.406.577,60	13.406.577,60	13.265.125,60	13.265.125,60
301 - ATENÇÃO BÁSICA	73.613.097,53	73.841.863,98	69.865.857,60	69.865.857,60	68.869.679,62	68.869.679,62	68.168.368,60	68.168.368,60
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	70.510.193,77	82.235.401,47	67.129.860,58	67.129.860,58	64.082.305,92	64.082.305,92	64.006.610,03	64.006.610,03
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	5.340,00	315.000,14	113.261,27	113.261,27	113.261,27	113.261,27	113.261,27	113.261,27
304 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.274.391,28	3.465.585,26	3.032.602,42	3.032.602,42	2.992.884,35	2.992.884,35	2.989.992,88	2.989.992,88
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	3.776.498,98	4.262.065,62	3.097.399,00	3.097.399,00	3.017.792,01	3.017.792,01	2.999.299,88	2.999.299,88
TOTAL GERAL:	151.806.025,76	180.264.825,45	157.186.574,20	157.186.574,20	153.182.721,98	153.182.721,98	152.360.558,27	152.360.558,27

Critérios de emissão

Entidades:

126 - Município de Toledo

2022:

Valor Autorizado: R$ 174.639.396,65

Valor atualizado: R$ 202.915.689,98

Valor liquidado: R$ 178.166.511,73



Município de Toledo - 2022
CONSOLIDAÇÃO DA DESPESA POR FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO
Período: 01/01/2022 até 31/12/2022

Página:1

Função/Subfunção	Vlr. Autorizado	Vlr. Atualizado	Vlr. Empenhado no período	Vlr. Empenhado até o período	Vlr. Liquidado no período	Vlr. Liquidado até o período	Vlr. Pago no período	Vlr. Pago até o período
10 - SAÚDE	176.706.396,66	202.945.689,66	182.954.060,04	182.954.060,04	178.166.511,73	178.166.511,73	177.614.934,16	177.614.934,16
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	1.207.616,46	1.354.533,76	1.264.941,66	1.264.941,66	1.258.480,06	1.258.480,06	1.255.365,96	1.255.365,96
301 - ATENÇÃO BÁSICA	79.481.083,53	98.712.406,53	91.977.028,06	91.977.028,06	86.904.012,33	86.904.012,33	86.249.944,88	86.249.944,88
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	86.670.511,77	84.998.046,17	66.524.583,62	66.524.583,62	81.677.540,33	81.677.540,33	81.754.733,41	81.754.733,41
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	3.000,00	243.717,28	141.517,28	141.517,28	114.249,28	114.249,28	114.249,28	114.249,28
304 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.364.646,02	4.328.821,43	3.942.366,66	3.942.366,66	3.922.868,96	3.922.868,96	3.922.868,96	3.922.868,96
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	3.862.144,66	5.662.065,50	4.753.066,54	4.753.066,54	4.511.360,06	4.511.360,06	4.437.671,69	4.437.671,69
306 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	16.800,00	18.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GERAL:	176.706.396,66	202.945.689,66	182.954.060,04	182.954.060,04	178.166.511,73	178.166.511,73	177.614.934,16	177.614.934,16

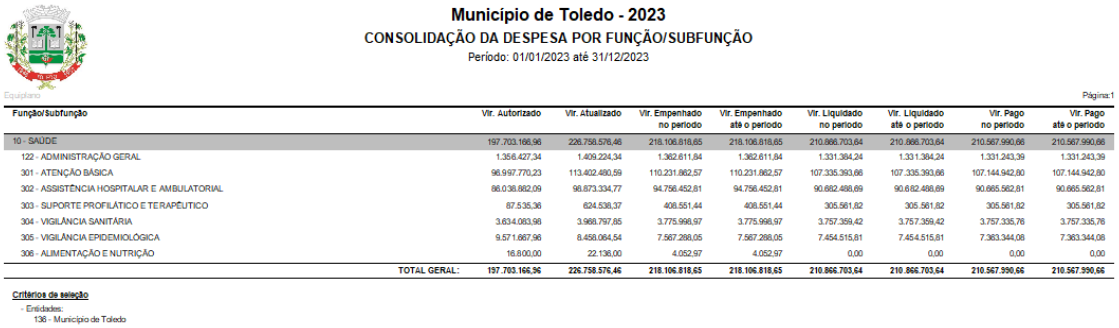
Critérios de seleção
- Entidades:
  136 - Município de Toledo
- Funções: 10

2023:

Valor Autorizado: R$ 197.703.166,96

Valor atualizado: R$ 226.758.576,46

Valor liquidado: R$ 210.866.703,64



Município de Toledo - 2023
CONSOLIDAÇÃO DA DESPESA POR FUNÇÃO/SUBFUNÇÃO
Período: 01/01/2023 até 31/12/2023

Página:1

Função/Subfunção	Vlr. Autorizado	Vlr. Atualizado	Vlr. Empenhado no período	Vlr. Empenhado até o período	Vlr. Liquidado no período	Vlr. Liquidado até o período	Vlr. Pago no período	Vlr. Pago até o período
10 - SAÚDE	197.703.166,96	226.758.576,46	218.106.818,65	218.106.818,65	210.866.703,64	210.866.703,64	210.567.990,66	210.567.990,66
122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL	1.356.427,34	1.409.224,34	1.362.611,84	1.362.611,84	1.331.384,24	1.331.384,24	1.331.243,39	1.331.243,39
301 - ATENÇÃO BÁSICA	96.997.770,23	113.402.480,59	110.231.862,57	110.231.862,57	107.335.393,66	107.335.393,66	107.144.942,80	107.144.942,80
302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	86.036.882,09	98.873.334,77	94.756.452,81	94.756.452,81	90.682.488,69	90.682.488,69	90.665.562,81	90.665.562,81
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	87.535,36	624.536,37	408.551,44	408.551,44	305.561,82	305.561,82	305.561,82	305.561,82
304 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.634.083,96	3.968.797,65	3.775.996,97	3.775.996,97	3.757.359,42	3.757.359,42	3.757.335,76	3.757.335,76
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	9.571.667,96	8.458.064,54	7.567.268,05	7.567.268,05	7.454.515,81	7.454.515,81	7.363.344,08	7.363.344,08
306 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	16.800,00	22.136,00	4.052,97	4.052,97	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GERAL:	197.703.166,96	226.758.576,46	218.106.818,65	218.106.818,65	210.866.703,64	210.866.703,64	210.567.990,66	210.567.990,66

Critérios de seleção
- Entidades:
  136 - Município de Toledo

2024 até 30/09:

Valor Autorizado: R$ 229.396.060,57

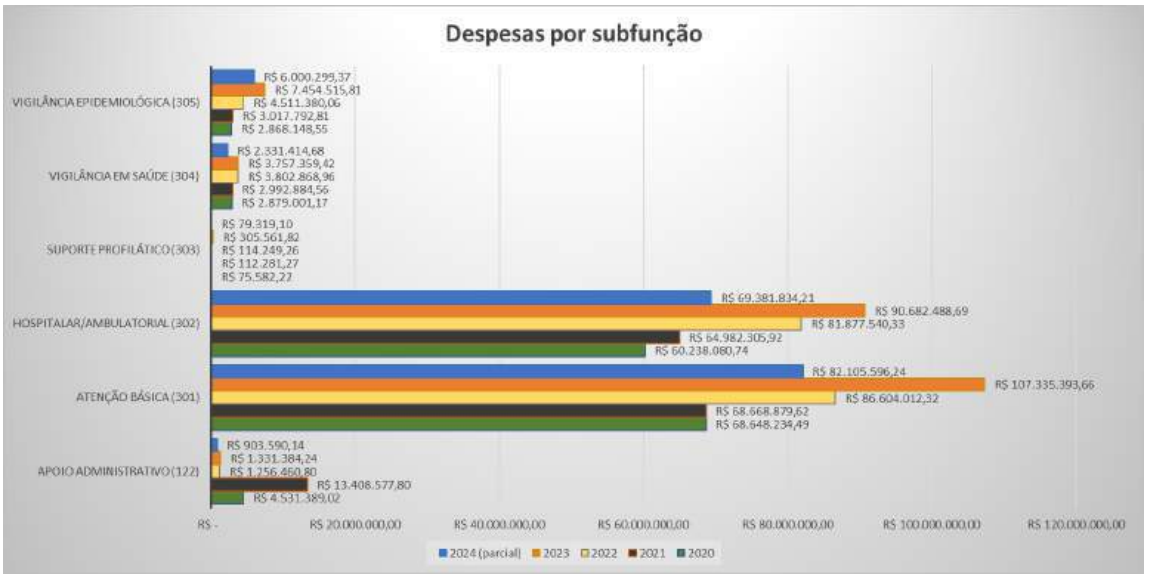
Valor atualizado: R$ 270.014.143,10

Valor liquidado: R$ 183.684.818,33

2.1 HISTÓRICO DAS DESPESAS POR SUBFUNÇÃO

A aplicação dos recursos financeiros na Saúde, vêm sendo aplicados de acordo com o modelo de responsabilidade assumida, que é a Gestão Plena na Atenção Básica, a qual define como gasto prioritário na APS, a qual

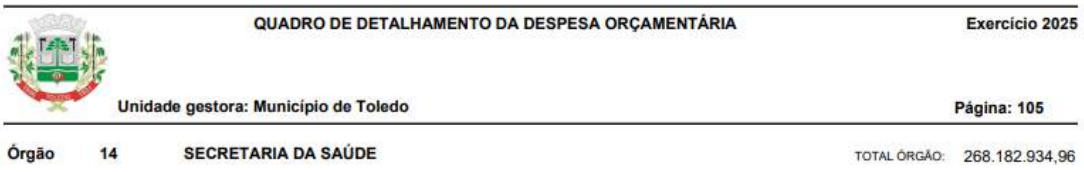
vem se mantendo nos últimos períodos acima de 51%.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral .* 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

3. ORÇAMENTO PARA SAÚDE ENCAMINHADO CONFORME LOA - PL 137/2024

Para a elaboração da LOA, foram estimadas as receitas e fixadas as despesas públicas para o período de um exercício financeiro de 2025, onde se teve um acréscimo de 16,90% em comparação a 2024, conforme QDD - Quadro de Detalhamento da Despesa Orçamentária - 2025.


QUADRO DE DETALHAMENTO DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA Exercício 2025

Unidade gestora: Município de Toledo Página: 105

Órgão 14 SECRETARIA DA SAÚDE TOTAL ÓRGÃO: 268.182.934,96

- Valor a ser autorizado no PL 137/2024 - R$268.182.934,96.

4. DAS RECEITAS DE SAÚDE

As receitas do Fundo Municipal de Saúde, incluem as seguintes fontes:

4.1. Transferências do Governo Federal: Recursos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Piso da Atenção Básica (PAB) e outras transferências específicas para programas de saúde.

4.2. Transferências do Governo Estadual: Valores que os estados repassam aos municípios para complementar o financiamento da saúde.

4.3. Impostos Municipais: Parte da arrecadação de impostos municipais, como o Imposto sobre Serviços (ISS) e o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), que devem ser no mínimo em 15% destinados à saúde.

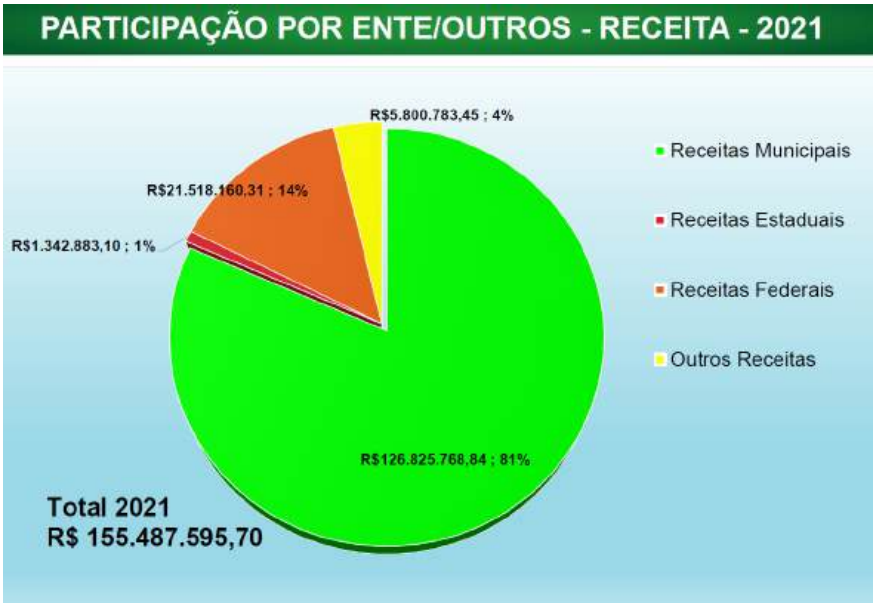
4.4. Recursos de Convênios e Parcerias: Dinheiro proveniente de convênios firmados com outras esferas de governo, entidades não governamentais ou organismos internacionais para projetos e ações na área da saúde.

4.5. Doações e Patrocínios: Recursos recebidos de doações de empresas ou cidadãos, além de patrocínios para eventos ou campanhas de saúde.

4.6. Outras Fontes: Eventuais receitas provenientes de atividades de gestão própria, como a gestão de bens e serviços que possam gerar receita.

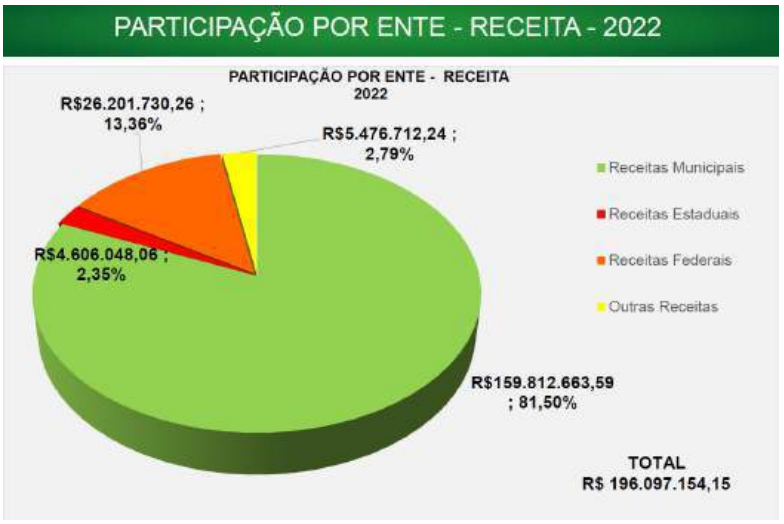
É importante que cada município tenha uma gestão transparente e eficiente desses recursos, garantindo que sejam aplicados em ações e serviços de saúde que atendam às necessidades da população local.

2021



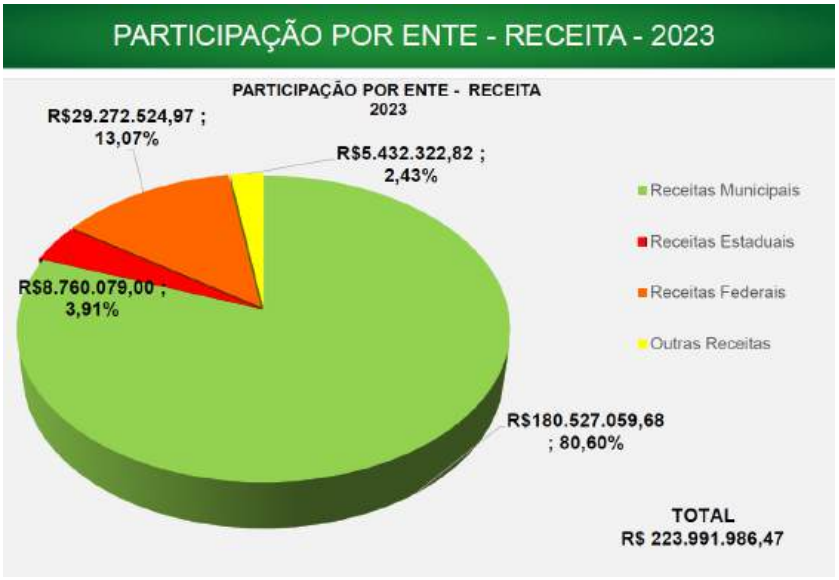
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral

2022



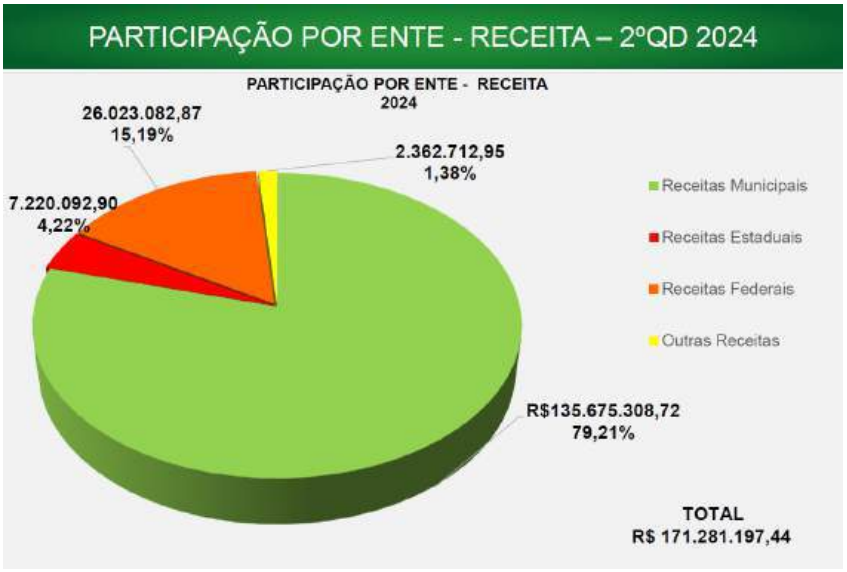
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral

2023



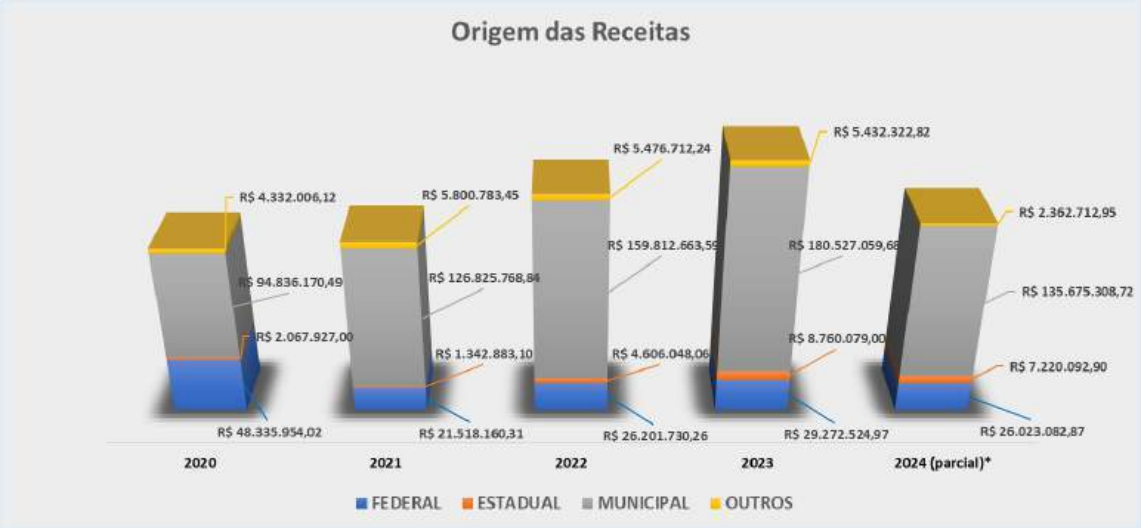
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral

2024 até o 2º Quadrimestre



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral

O gráfico abaixo ilustra a origem das receitas por ente/outros - 2020-2024*.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao1º QD e 2º QD

5. DAS DESPESAS EM SAÚDE

5.1. As despesas do Fundo Municipal de Saúde referem-se aos gastos realizados pelo município para garantir a prestação de serviços de saúde à população. Esses gastos podem incluir uma variedade de itens, tais como:

5.2. Serviços de Saúde: Custos com hospitais, clínicas, postos de saúde e ambulâncias, incluindo salários de médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde.

5.3. Medicamentos e Insumos: Aquisição de medicamentos, materiais médicos e insumos necessários para a realização de exames e procedimentos de saúde.

5.4. Programas de Saúde Pública: Financiamento de campanhas de prevenção, programas de imunização, atenção à saúde mental e outras iniciativas voltadas para a promoção da saúde.

5.5. Infraestrutura: Investimentos na construção, reforma e manutenção de unidades de saúde.

5.6. Educação e Capacitação: Despesas relacionadas à formação e

capacitação de profissionais de saúde.

5.7. Despesas Administrativas: Custos relacionados à gestão do fundo, como pagamento de contas, manutenção de sistemas de informação e outras despesas operacionais.

A correta gestão dessas despesas é fundamental para garantir a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, além de ser um requisito legal para a boa aplicação dos recursos públicos. É importante que haja transparência e controle social sobre essas despesas, para que a população tenha acesso às informações sobre como os recursos estão sendo utilizados.

Na tabela abaixo, demonstrativo das despesas com Saúde relativos aos anos de 2021, 2022, 2023 e até 2º quadrimestre de 2024.

DESPESAS LIQUIDADAS

DESPESAS TOTAL POR CATEGORIA/NATUREZA DE DESPESA 2021, 2022, 2023 e até 2Quad de 2024

Categoria	Natureza Despesa	2021	2022	2023	2024
3.0.00	DESPESAS CORRENTES	150.842.163,36	174.502.626,58	207.436.094,18	160.069.315,34
3.1.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	108.425.854,54	127.141.291,29	152.334.059,79	112.808.942,30
3.3.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES (CUSTEIO)	42.416.308,82	47.361.335,29	55.102.034,39	47.259.373,04
4.0.00	DESPESAS DE CAPITAL	2.340.558,62	3.663.885,15	3.430.609,49	732.738,40
TOTAL GERAL DESPESAS LIQUIDADAS (CORRENTES + CAPITAL)		153.182.721,98	178.166.511,73	210.866.703,64	160.802.053,74

Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao1º QD e 2º QD

5.8. As despesas do Fundo Municipal de Saúde com Consórcios referem-se aos gastos realizados em parceria com outras municipalidades ou entidades para a promoção da saúde pública. Esses consórcios assumem responsabilidade em diversas áreas, como:

5.9. Aquisição de Medicamentos e Insumos: Compras conjuntas visando a redução de custos e a garantia de suprimentos essenciais para o atendimento à população.

5.10. Serviços de Saúde: Financiamento compartilhado de serviços como exames, consultas e procedimentos que podem ser oferecidos em conjunto, otimizando recursos e ampliando o acesso.

5.11. Programas de Saúde Pública: Desenvolvimento e execução de programas voltados à prevenção e promoção da saúde.

DESPESAS LIQUIDADAS

Consórcios POR CATEGORIA/NATUREZA DE DESPESA
2021, 2022, 2023 e até 2Quad de 2024

Categoria	Natureza Despesa	2021	2022	2023	2024
3.0.00	DESPESAS CORRENTES	35.981.518,57	40.733.463,49	47.809.287,89	30.195.146,92
3.1.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	17.849.488,98	20.765.607,38	24.766.383,11	16.896.907,37
3.3.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES (CUSTEIO)	18.132.029,59	19.967.856,11	23.042.904,78	13.298.242,55
4.0.00	DESPESAS DE CAPITAL	198.113,54	161.004,81	159.300,45	18.665,73
TOTAL GERAL DESPESAS LIQUIDADAS (CORRENTES + CAPITAL)		36.179.632,11	40.894.468,30	47.968.588,34	30.213.812,65

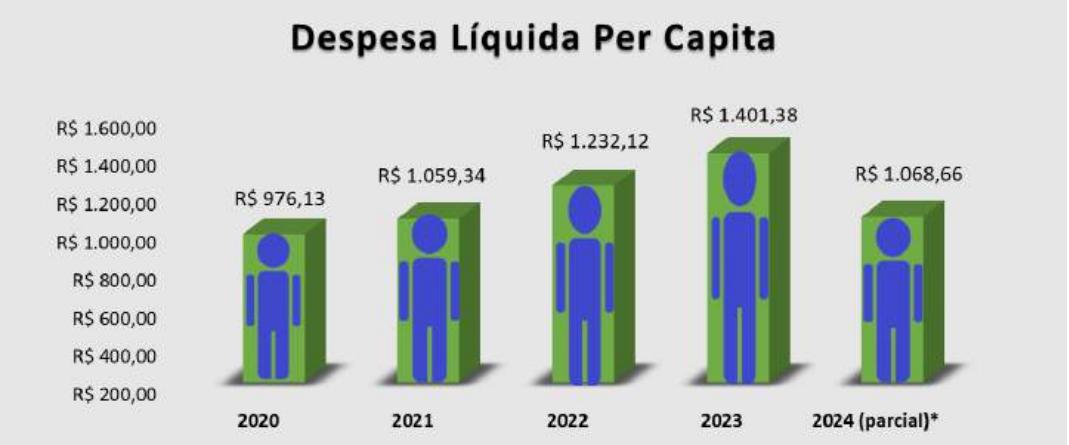
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao1º QD e 2º QD

6. HISTÓRICO DAS DESPESAS PER CAPTA:

A aplicação per capita na saúde refere-se ao cálculo e análise dos gastos ou investimentos em saúde em uma determinada população. Esse

indicador é fundamental para entender como os recursos estão sendo distribuídos e utilizados no setor de saúde, permitindo comparações entre diferentes regiões, países ou períodos de tempo.

O município de Toledo vem tendo um aumento na aplicação crescente em sua variação anual, onde, de 2020 para 2021 obteve-se uma variação de 8,85%, de 2021 para 2022 variação de 16,31%. de 2022 para 2023 variação de 13,73%, já para 2024 comparado ao mesmo período a variação está se mantendo em 13,81%a maior.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral * 2024 Dados correspondentes ao1º QD e 2º QD

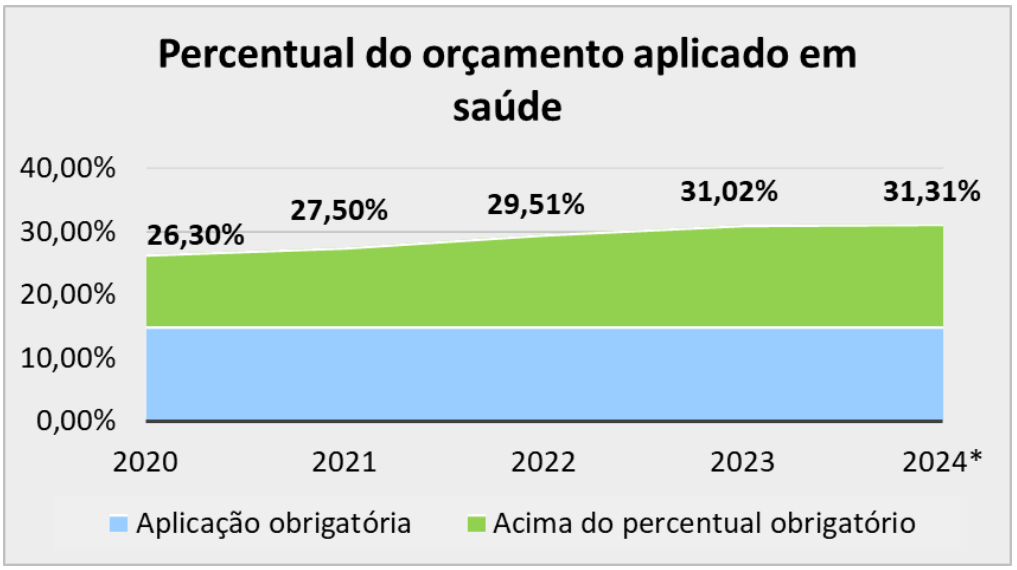
7. HISTÓRICO DA APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE 2020-2024*

A aplicação mínima de 15% em saúde é uma exigência legal prevista na Constituição Federal, que estabelece que os municípios devem destinar um percentual mínimo da receita arrecadada para a área da saúde.

Toledo vem aplicando correta e eficientemente esse recurso que é essencial para a manutenção e melhoria dos serviços de saúde, como a atenção básica, hospitais, unidades de saúde, programas de prevenção e promoção da saúde. A transparência e a fiscalização da aplicação desses recursos também são cruciais para assegurar que as verbas sejam utilizadas de forma adequada e que beneficiem realmente a população.

O Município de Toledo vem tendo uma crescente na aplicação em saúde sua variação anual, onde, de 2020 foi de 26,30%, em 2021 27,5%, em 2022 de

29,51%, 2023 de 31,02% e em 2024 até o 2º quadrimestre é de 31,31%.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral * 2024 Dados correspondentes ao1º QD e 2º QD

9. POSIÇÃO DE ESTOQUES

Informamos a posição dos estoques em 29/10/2024 disponíveis no Almoxarifado Central e na CAF, conforme os seguintes Documentos:

- Medicamentos CAF - estoque em 29.10
- Leites e fórmulas CAF - estoque em 29.10
- Material Hospitalar CAF - estoque em 29.10
- Material Odontológico CAF - Estoque me 29.10
- Permanentes Almoxarifado Central - estoque em 29.10
- Demais itens Almoxarifado Central - estoque em 29.10

8. CONTRATOS VIGENTES

A Secretaria Municipal de Saúde possui contratos vigentes para atendimento às demandas de aquisições de insumos e equipamentos, serviços e Equipamentos.

9. SISTEMAS E E-MAILS UTILIZADOS

O Departamento Administrativo Financeiro utiliza-se dos seguintes sistemas para a realização das tarefas:

- SCP - Equiplano;
- e-processos;
- Banco de Preços, Banco de Preços em Saúde, BLL;
- MV - SIGSS;
- E sistemas próprios para chamados técnicos conforme: https://suporte.toledo.pr.gov.br/.
- O e-mail geral saude@toledo.pr.gov.br, bem como, os de uso pessoal de forma institucional @toledo, para cada servidor lotado no departamento para o desempenho das atividades.

EM ANDAMENTO

Em andamento há processos encaminhados e aguardando conclusão, conforme segue:

- Reforma sede prédio Endemias (ampliação dos banheiros), Concorrência 12/2024 - Empenho.
- Renovação Licitação - terceirização veículos com motorista (Pregão Eletrônico nº 129/2024 realizada em 30/10/2024 - Fracassada (Dispensa Emergencial).
- Licitação de armarinhos - itens para Oficinas (CAPS e UBS) - PE 148/24 - definição de data para abertura;;
- Licitação de Locação de DR - Raio-X - PE 132/2024 - Recursos;
- Reforma UBS Europa - SSM 4552/24.
- Contratação Instalação e manutenção autoclave e termodesinfectora para CME - SSM 3835/24 - para dispensa.
- Licitação de Materiais Odontológicos e instrumentais - SSM 3835/24;;
- Licitação de Ar condicionado - SSM 3908/2024 - Edital.
- Licitação para Aquisição de veículos (Resolução SESA CAPS i e CME, e

Sinistro - Ambulância SAMU).

- Licitação de materiais hospitalares;
- Demais processos de licitações unificadas (previsão de quantidades para os próximos períodos).

TEMAS A DELIBERAR

- Terceirização dos serviços de limpeza não contemplados nas seguintes unidades: UBS Jardim Porto Alegre, Secretaria de Saúde, Ambulatório Materno Infantil, Ambulatório Saúde Mental e CME.
- Licitação de equipamentos conforme Resoluções SESA e Emendas (Equipamentos e insumos).
- Licitação de Obras: Ampliações e Novas Unidades - Conforme Resolução SESA.
- Demais processos de licitações unificadas (previsão de quantidades para os próximos períodos).
- Complementações Orçamentárias para 2025 / R$ 15.650.000,00.

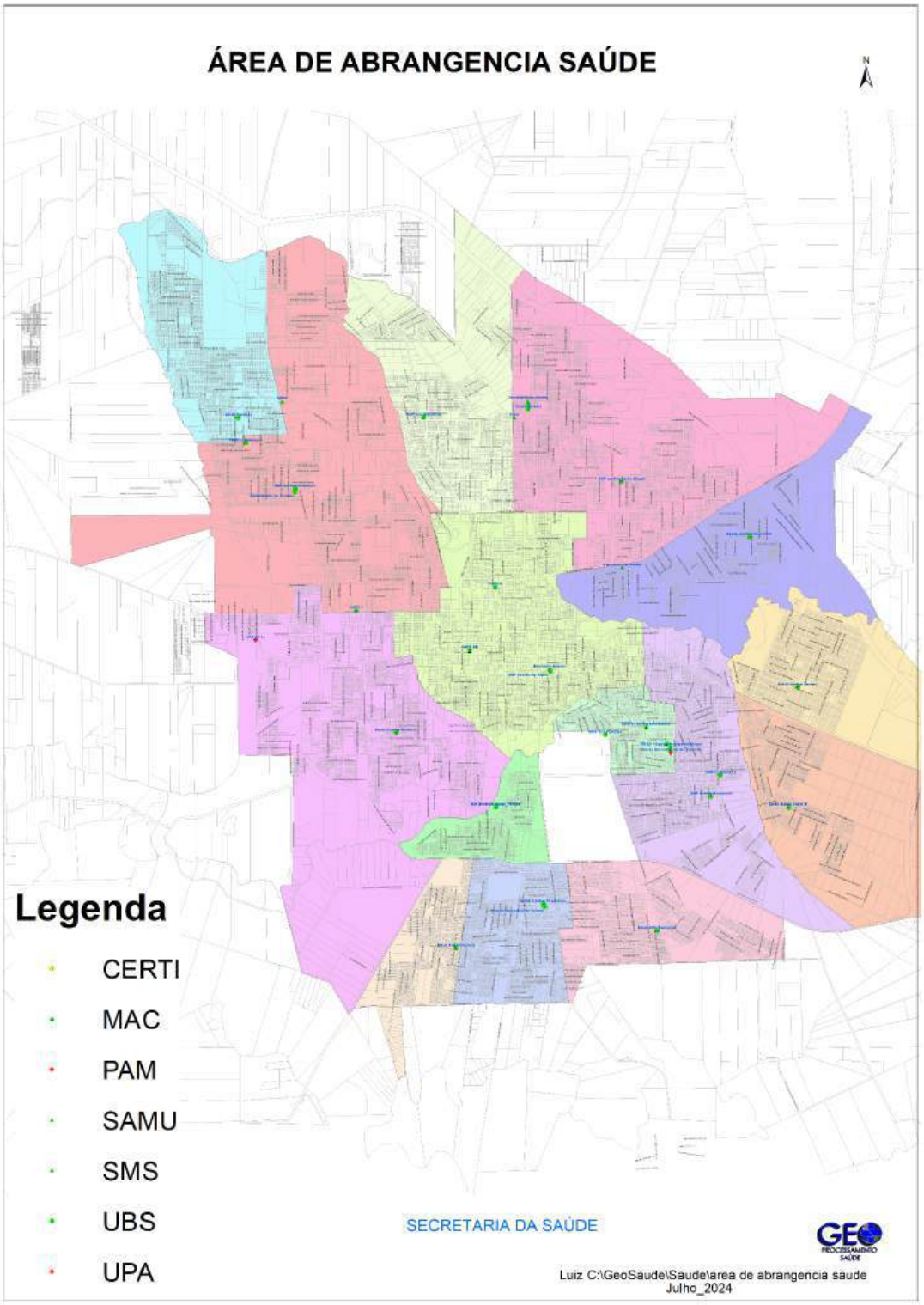
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

HISTÓRICO

No município de Toledo, a Rede de Atenção em Saúde presta assistência à saúde no âmbito do SUS onde as Unidades Básicas de Saúde são as principais portas de entrada desse sistema, realizando o primeiro atendimento na Atenção Primária. A Atenção Primária é responsável por dar resolutividade a 85% das necessidades em saúde dos usuários.

Toledo é um município de importância regional por ser sede da 20ª Regional de Saúde. Dentro de sua área geográfica, o município de Toledo possui 10 distritos administrativos, sendo a sede e nove distritos. Na sede do município sua área está dividida em 25 bairros de acordo com o Decreto nº 252 de 28 de setembro de 2021.

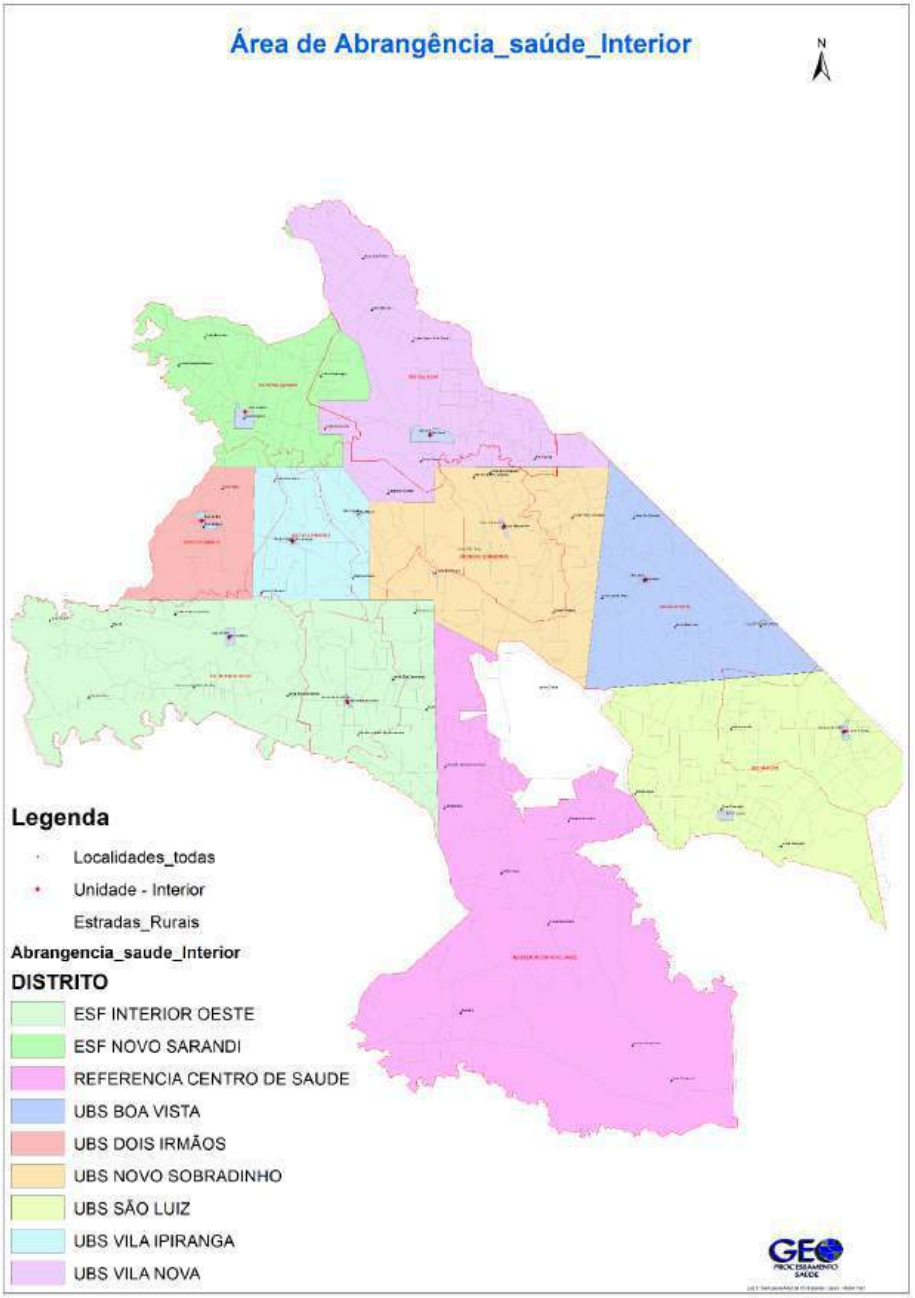
A Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), do Município de Toledo, está organizada com Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na área urbana e rural. A APS conta ainda com um Ambulatório Materno e Infantil - AMI, atendimentos em saúde em dois Centros de Revitalização da Terceira Idade - CERTI, equipe Multiprofissional Ampliada (eMULTI ampliada), equipe Multiprofissional Complementar (eMULTI Complementar), um Ambulatório de Feridas e Ostomias e um Polo de Academia da Saúde, sendo estas as principais portas de entrada ao SUS, totalizando 32 estruturas físicas, possibilitando o acesso aos demais serviços oferecidos nesse sistema.



Mapa Urbano territórios APS

No modelo de Estratégia Saúde da Família, atualmente na sede, há 10 unidades em funcionamento nos seguintes bairros: Panorama, São Francisco, Santa Clara IV, Europa, Cosmos\Fachini, Jd. Concórdia, Pancera, Cezar Parque\Bressan, Alto Panorama, Paulista e no interior do município são quatro unidades de ESF, que atuam nos Distritos de: Novo Sarandi, Vila Nova,

Interior Oeste (Concórdia do Oeste), Interior Leste (São Luiz e Bom Princípio). No modelo de equipe de Atenção Primária, atualmente são cinco unidades em funcionamento nos seguintes bairros: Maracanã, Porto Alegre, Coopagro, Centro e Industrial e no interior do município há três unidades com equipes de Atenção Primária: Boa vista e Ouro Preto, Novo Sobradinho, Dez de Maio e Cerro da Lola. Além de contar com dois postos de saúde localizados nos demais distritos, sendo: Dois Irmãos e Vila Ipiranga.



Interior APS, territórios.

Nas tabelas abaixo são apresentados os dados disponíveis na plataforma e-Gestor.

Cobertura da Atenção Primária							
Competência CNES	População	Qt. eAP financiada	Qt. eSF financiada	Qt. Cadastros eAP financiada	Qt. Cadastros eSF financiada	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Cobertura APS
JAN/2021	140.635	6	21	18.048	63.715	81.763	58.13%
ABR/2024	150.470	15	27	65.757	88.430	150.470	100%



Fonte: e-Gestor AB

Os relatórios públicos da plataforma e-Gestor do Ministério da Saúde apontam que o município de Toledo saiu de uma cobertura de Atenção Básica inferior a 60% em janeiro de 2021 para uma cobertura de 100% em abril de 2024. Ressalta-se ainda que no mês corrente a Atenção Primária conta com mais cinco equipes de Saúde da Família (eSF) totalizando 32 eSF, sendo que desde a publicação da Portaria GM/MS Nº 5.610 de 23 de outubro de 2024,

todas as equipes estão financiadas. Relativo às equipes de Atenção Primária (eAP), conta com 18 eAP sendo que 15 equipes são financiadas e aguarda-se a homologação de três equipes já credenciadas eAP e uma equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) também aguardando homologação. A APS conta também com uma equipe Multidisciplinar Ampliada (eMulti Ampliada) financiada e uma eMulti Complementar solicitada, aguardando homologação. Quanto à cobertura de ACS, Toledo possui um total de 261 micro-áreas e conta com 176 ACS atuantes, o que representa 65,9% do território coberto por Agentes Comunitários de Saúde. Há 11 profissionais ACS em desvio de função conforme quadro abaixo.

Profissional	**Desvio**
Joel Jose Palma Junior	Ouvidoria
Michelle Christiane Minozzo Rodrigues	CMS
Maria Teresinha dos Santos	ADM Pancera
Laudiceia Correia	Embaixada
Michelle Piasson	ADM Cosmos
Marly Terezinha Zanete	Vereadora
Adriana Claudete Bach	ADM Maracanã
Maicon Ricardo Lopes	Conselho Tutelar
Aparecida da Silva	ADM Centro
Lilian Fatima Konig	Equipe Abordagem PSR
Alessandro Alves de Oliveira	CAF

Cobertura da Saúde Bucal									
Competência	População	Nº eSFSB Cob.	Nº EABSB Param.	CH Dentista	Nº ESFSB equivalente	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
JAN/2021	142.645	5	1	100	3	17.250	12,09%	28.200	19,76%

Em relação às equipes de saúde bucal, atualmente o município conta com total de 14 equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (eSFSB), sendo que 13 equipes estão credenciadas e financiadas e foi solicitado o credenciamento de mais uma equipe. Em relação às equipes de Saúde Bucal com carga horária diferenciada, a Atenção Primária conta com 12

equipes, sendo cinco credenciadas e financiadas e solicitado credenciamento de mais sete equipes. Considerando que as plataformas do Ministério da Saúde não apresentam dados oficiais atualizados referente à cobertura de Saúde Bucal, com o expressivo aumento na carga horária de profissionais odontólogos e levando em consideração a metodologia de cálculo da NOTA TÉCNICA Nº 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS, estima-se uma cobertura próxima a 70%.

DETALHAMENTO DA ESTRUTURAÇÃO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Reposições e Contratações de Recursos Humanos

Contratações 2021

Foram repostos servidores exonerados ou de aposentadoria: 03 assistentes administrativos, 02 ACS, 01 enfermeiro, 02 técnicos em enfermagem de 40h, 02 técnicos em enfermagem de 30h, 01 gerente, 01 nutricionista.

Para Pss que supria a necessidade de servidores devido à pandemia, vacinação COVID e atendimentos na casa abrigo, foram contratados: 06 técnicos em enfermagem 30h, 07 enfermeiros 30h, 04 enfermeiros 40h e 02 serviços gerais. para licenças e atestados e também para casa abrigo foram contratados PSS, 06 técnicos de enfermagem 30h, 09 enfermeiros 30h, 04 enfermeiros 40h.

Contratações 2022

Para o ano de 2022 foi reposto servidores exonerados ou aposentadoria, nas reposições foram: 9 enfermeiros 40h para repor a saída das gerentes, 10 enfermeiros de 30h, 02 ginecologistas, 01 clínico geral e um médico ESF 40h; 01 serviços gerais e 02 ACS. 05 assistentes administrativos foram contratados para suprir as necessidades 01 para a UBS do Jardim Porto Alegre, 01 para a UBS do Santa Clara IV, 01 para a UBS do Alto Panorama, 02 para a UBS do

Centro de Saúde; 03 técnicos de enfermagem T6, sendo 02 para compor a equipe do novo projeto do Ambulatório Materno Infantil de vacinação intra-hospitalar e 01 técnico para completar a equipe da UBS do Centro de Saúde. Foram contratados para suprir necessidades gerais e aumentando o quadro de servidores 10 assistentes administrativos, 50 ACS, 02 médicos T6, 05 técnicos de 30h, para projeto Acalanto (BCG) e casa abrigo, 01 psicóloga para o POM. Para cobertura de licenças e de atestados foram contratados; 09 enfermeiros 30h, 03 enfermeiros 40h e 02 médicos.

Contratações 2023

Para o ano de 2023 foram realizados reposições,02 enfermeiros de 40h, 01 para suprir a redução de carga horária por laudo médico da enfermeira Melissa, 01 para reposição de exoneração; 02 técnicos de enfermagem de 40h, 01 médico clínico geral de 30h, 01 técnico em higiene bucal, 01 assistente social, 02 odontólogos de 10h, 01 psicóloga, 09 ACS, e 01 educador físico. Para licenças e atestados foram contratados PSS, 02 enfermeiros 40h, 03 técnicos de enfermagem 40h, 07 técnicos de enfermagem 30h e 02 enfermeiros 30h.

Contratações 2024

Até a data de outubro de 2024 já foram contratados servidores para reposição de aposentadorias, exonerações: 14 ACS, 05 ADM, 05 enfermeiros 30h, 02 enfermeiros 40h, 05 técnicos de enfermagem, 01 médico 30h, 02 médicos ginecologistas, 01 técnica em saúde bucal; para as equipes novas foram contratados: ESF Europa 01 médico 40h; ESF Paulista; 02 médicos 40h, 02 enfermeiros 40h, 01 gerente, 04 técnicos de enfermagem, 02 adm, 06 ACS, 01 odontólogo e uma técnica em saúde bucal. ESF Panorama, 01 enfermeiro 40h, 02 técnicos de enfermagem 40h, 01 ADM, 05 ACS. ESF Santa Clara, 01 enfermeiro 40h, 01 técnico de enfermagem 40h, 05 ACS. PSS contratados para suprir necessidades, 06 médicos, 04 técnicos de enfermagem 40h, 10 técnicos de enfermagem 30h, 04 enfermeiros 40h, 02 enfermeiro s 30h. para equipe sentinela de atendimento à Dengue foram contratados 02 médicos 30h , 02

enfermeiros 30h, 04 técnicos de enfermagem 30h.



Fonte: Relatório mensal RH enviado para SMS

Estagiários

Nome	Local
MARIA LUCIA DA SILVA MOREIRA	EAP CENTRO DE SAÚDE
GABRIEL HENRIQUE SCHULTZ	ESF COSMOS
GABRIELLY SEIBEL CIRINO	ESF NOVO SARANDI
LUIZ GUILHERME ZANFIROW MARTINS	ESF DE VILA NOVA
RAYSSA TEIXEIRA MENDES FERNANDES	ESF JARDIM CONCÓRDIA
ANA CAROLINE BRUXEL	ESF JARDIM EUROPA
VITORIA CIRILO DOS SANTOS	ESF JARDIM EUROPA
ADRIELLE PATRICIA DE OLIVEIRA DE VASCONCELOS	EAP JARDIM MARACANÃ
ALLANY DA SILVA DUARTE	EAP JARDIM MARACANÃ
ANTONIO MARCOS CARARO	ESF COSMOS
LEONARDO LOPES DA SILVA	ESF SANTA CLARA IV
ISABELY EDUARDA VALDIVINO	ESF ALTO PANORAMA II
BRUNA WITÓRIA ARAUJO RODRIGUES	ESF BRESSAN
GENILSON MASSANEIRO	CERTI/SAÚDE
SOLICITADO EM 08/10/2024	GABINETE SMS/ODONTO
SOLICITADO EM 29/07/2024	AMI/RECEPÇÃO

Cessão de servidor federal

Médico pediatra 40h, Carlos Antonio Riedi, atuando no AMI e EMAD,Central de Especialidades, desde setembro de 2022.(documentos na central de especialidades)

Auxiliar de enfermagem 30h Terezinha Medeiros Correia, atuando na EAP Maracanã, desde a data de 30/01/2024.(documentos arquivados no departamento de atenção primária, profissional não possui vínculo empregatício com o Município).

Prestadores de Serviço de Limpeza Terceirizados

Contratação de empresa para a prestação de serviços especializados em serviços de limpeza, conservação e higienização.

Sarabia CONTRATO Nº 1319/2022

UNIDADE	Profissional 8h/dia	Profissional 4h/dia
USF Jardim Europa	2	0
USF Jardim Maracanã	2	0
USF Jardim Panorama	1	1
USF Cosmos	2	0
USF Novo Sarandi	1	1
UBS Vila Industrial	1	0
USF Bressan/Cezar Parque	1	0
UBS São Luiz/Ouro Preto/Bom Princípio	1	0
UBS Novo Sobradinho	0	1
UBS Dois Irmãos	0	1
UBS Vila Ipiranga	0	1
UBS Boa Vista	0	1
UBS Dez de Maio	0	1
Vigilância Sanitária em Saúde	2	0
Caps i	1	0
Central de Fisioterapia	1	0
Central de Especialidades	2	1
Encarregado	1	0

Welt CONTRATO Nº 0219/2021

UNIDADE	Profissional 8h/dia	Profissional 4h/dia
ESF Jardim Concórdia	1	1
ESF Pancera	1	1
ESF Santa Clara	1	1
ESF Vila Nova	1	0
ESF Paulista	2	0
ESF Alto Panorama	2	0
UBS Concórdia do Oeste	1	0
UBS Coopagro	3	0
UBS Centro de Saúde	2	0
ESF São Francisco	1	1
Farmácia escola	2	0
CAPS II	1	0
CAPS AD	1	0
Vigilância em saúde/sede dengue	1	0
Encarregado	1	0

Reorganização das Equipes após a revogação da Lei complementar nº 173, de 27 de maio de 2020 que, conforme Art. 8º, Inciso IV, proibia a contratação de pessoal. Passou-se a contratar novos servidores em 2023.

Novas equipes eAP – Novo Sobradinho, Dez de Maio/Cerro da Lola, Boa Vista/Ouro Preto. 3 eAP Coopagro, 2 eAP Maracanã, 2 eAP Industrial, 3 eAP Porto Alegre, 3 eAP Centro de Saúde

Novas equipes eSB CH diferenciada– Novo Sobradinho, Dez de Maio, 2 Porto Alegre, 2 Centro de Saúde, 1 Coopagro, 2 Industrial, 1 Maracanã.

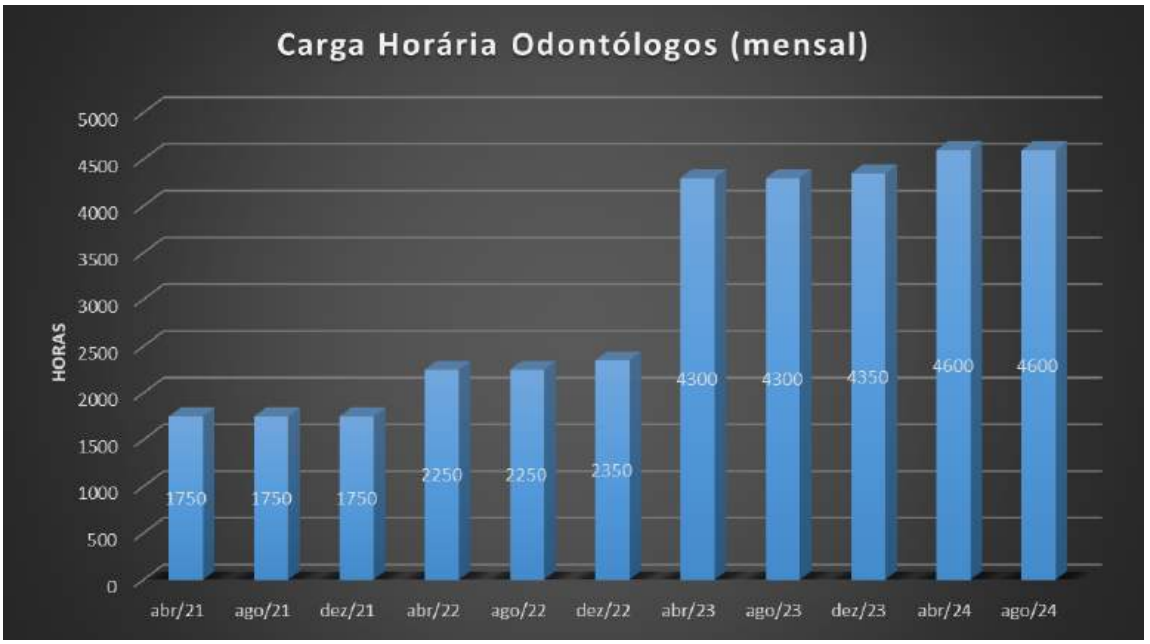
Novas equipes eSF – 1 Cosmos, 1 Panorama, 1 Santa Clara, 1 Pancera, 1 Bressan, 2 Paulista, 1 médico Alto Panorama, 1 Médico Cosmos, 1 Médico Pancera.

Novas equipes eSFSB – 1 Europa, 1 Cosmos, 1 Vila Nova, 1 Novo Sarandi, 1 Alto Panorama, 1 Bressan/Cesar Parque, 1 Pancera, 1 Panorama, 1 Paulista.

Enfermeiros 30h – Dez de maio, Novo Sobradinho, Vila Ipiranga, Boa Vista, e CERTI Coopagro.

Programa mais médicos- 17 bolsistas (16+ médicos e 1 médicos pelo brasil)

Carga Horária da Odontologia



Fonte: Relatório RH



Fonte: Relatório RH

Gerentes nas Unidades Básicas de Saúde - DECRETO Nº 364, de 18 de janeiro de 2022 - Define os portes das Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo. Classifica as Unidades Básicas de Saúde do Município, considerando-se o número e tamanho das respectivas equipes de trabalho, a complexidade do território de sua abrangência, os horários de atendimento e a vulnerabilidade da população nelas atendida.

UBS com gerentes 2020

UNIDADE	NOME DO GERENTE
UBS Coopagro	Thais Schimidt Vitali Hermes
UBS Paulista	Marcia Ines Mallmann Baptista
UBS Centro de Saúde	Carla Caroline Campanelli Moreira
UBS Maracanã	Paula Franciele da Silva
UBS Europa	Andressa Caroline Silva
UBS São Francisco	Juliana Beux Konno
UBS Cosmos	Claudia Terezinha Frohlich
UBS Panorama	Fernanda Bittencourt
UBS Santa Clara	Kiussa Taina Geteins Vidal Cintra

UBS com gerentes 2024

UNIDADE	NOME DO GERENTE
UBS Maracanã	Janaina Ultado Dutra da Costa
UBS Coopagro	Gilson Salvador
UBS Porto Alegre	Eunice Manoela de Oliveira
UBS Centro de Saúde	Rejane Ecker
UBS Industrial	Mayara Guimarães Titon Neves
AMI	Marcia Ines Mallmann Baptista
UBS Santa Clara IV	Gisele Moschen Ortigara
UBS Cosmos	Vanessa Gomes Wruck
UBS Bressan	Cláudia Bonifácio Andrade
UBS Panorama	Aline Regina Patricio Zanotto
UBS Europa	Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman
UBS Pancera	Marcos Soares
UBS Paulista	Anggie Gracyele da Silva Martins
UBS Concórdia	Aline Hespanhol Goulart
UBS São Francisco	Volmara Fatima Carminatti
UBS Interior Oeste (Concórdia do Oeste/ Dez de Maio/ Cerro da Lola) /Dois Irmãos/ Vila Ipiranga	Fernanda Cristina Mucelini
UBS Interior Leste (São Luiz/ Boa	Dayene Pamela de Souza Bazan

Vista/ Ouro Preto/ Bom Princípio)	
UBS Interior Noroeste (Novo Sarandi/ Vila Nova/ Novo Sobradinho)	Naila Teixeira Mendes Cavallini

Reabertura das unidades volantes em Cerro da Lola, Ouro Preto e Bom Princípio

Com a contratação dos profissionais do programa Mais Médicos, além da adequação das estruturas e reorganização das Unidades de Saúde da Família (ESF), possibilitou-se retornar os atendimentos à população. Esse esforço visa garantir que todos os moradores tenham acesso a cuidados de saúde adequados, especialmente em regiões mais distantes. É fundamental que os moradores fiquem atentos às datas e horários de atendimento, para aproveitarem ao máximo os serviços oferecidos.

Contratação da Equipe de enfermagem para a Casa Abrigo substituída de PSS para servidores efetivos

Considerando Autos Nº xxx2018.21.2020.16.0115, que trata da garantia de atendimento e acompanhamento de saúde para o usuário H.M.G., acolhido institucionalmente na Casa Abrigo Menino Jesus I. Criança comatosa sem movimentos espontâneos, totalmente dependente de cuidados devido à paralisia cerebral tetraespástica pós parada cardiorrespiratória, em cuidados paliativos exclusivos. Em ventilação mecânica invasiva via traqueostomia, com suplementação de oxigênio, sem drive respiratório. Presença de sonda nasoenteral para alimentação. Necessita de aspiração de traqueostomia com frequência, medicação no horário prescrito. Considerando o quadro clínico da criança, o município disponibiliza profissionais de enfermagem para assistência ao paciente 24hrs, sendo estes em escala de plantões 12/60h diurnos e noturnos. Escala composta atualmente por 06 profissionais técnicos de enfermagem e 06 enfermeiros.

Reorganização da Equipe Multiprofissional na APS

A **Equipe Multiprofissional da Atenção Primária (eMulti)** eMulti foi instituída através da Portaria GM/MS Nº 635, DE 22 de Maio de 2023. Esta portaria institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, resgatando e aperfeiçoando a figura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A eMULTI é composta por profissionais de diversas áreas da saúde, que atuam de forma integrada para oferecer um atendimento completo e humanizado à população. A atuação integrada desses profissionais permite uma abordagem mais completa das necessidades de saúde da população, promovendo a prevenção, o cuidado e a gestão da saúde de forma eficaz e humanizada.

No município as eMULTI são classificadas em duas modalidades de acordo com a carga horária da equipe, vinculação e composição profissional: equipe Multiprofissional Ampliada (eMULTI ampliada), equipe Multiprofissional Complementar (eMULTI Complementar).

Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

Através da Portaria GM/MS Nº 1.462, DE 3 DE OUTUBRO DE 2023 o Município de Toledo foi credenciado para implantar a Equipe de Atenção Primária Prisional (EAPP). Em 28/12//2023 foi criado o CNES da equipe e iniciada a composição da equipe técnica.

A EAPP está vinculada à Secretaria Municipal Saúde de Toledo e desenvolve atividades dentro da Cadeia Pública de Toledo (DEPEN) e na Associação de Proteção e Assistência ao Condenado (APAC). A equipe é composta por um médico,um enfermeiro e um técnico de enfermagem, que desenvolvem atividades de saúde no DEPEN e na APAC.

Contratação de Psicólogo de referência CENSE e disponibilização de Assistente Social de referência para a Semiliberdade

Considerando que o POM é um documento que estabelece as diretrizes das ações de saúde do município para com os adolescentes em regime de internação e semiliberdade, descrevendo os compromissos na provisão dos cuidados a estes adolescentes em regime de internação no Município de Toledo na Unidade Socioeducativa de internação – CENSE e Unidade de Semiliberdade. Considerando que é pré-requisito obrigatório possuir profissional de saúde mental de referência para a Unidade socioeducativa. Informamos que a Unidade Socioeducativa de Toledo – CENSE, CNES 7661606 que se encontra na área e abrangência da Unidade Básica de Saúde Alto Panorama CNES 9983465, que contempla o modelo de Estratégia Saúde da Família, com Identificador Nacional de Equipe - INE 1826255, possui como Profissional de Referência a servidora Elis Francini Souza Coelho, psicóloga, com carga horária semanal de 5h, conforme cadastro no CNES. A Unidade de Semiliberdade de Toledo, que se encontra na área e abrangência da Unidade Básica de Saúde ESFSB Cosmos, com CNES nº 9002995, que contempla o modelo de Estratégia Saúde da Família - ESF, com Identificador Nacional de Equipe - INE nº1619632, possui como Profissional de Referência a servidora Ruth da Silva Lemes, Assistente Social com especialização em saúde mental, com carga horária semanal de 05h, conforme cadastro no CNES.

Reforma e ampliação da UBS Maracanã

Após a conclusão da reforma e ampliação da estrutura da UBS Maracanã, a qual necessitou utilizar durante esse período parte da estrutura do Centro de Fisioterapia para atendimento da população do território, iniciaram-se os atendimentos no novo prédio em 15/04/2024. A nova estrutura proporcionou ampliação dos atendimentos, pois além da equipe de profissionais do município, houve a implementação de uma parceria com instituições de ensino através do COAPES, com disponibilização de consultórios para atendimentos realizados pelos professores juntamente com

os acadêmicos. Desde a mudança para o novo prédio, oferecemos acolhimento aos pacientes, eliminando a necessidade de filas na madrugada.

Ambulatório Materno Infantil

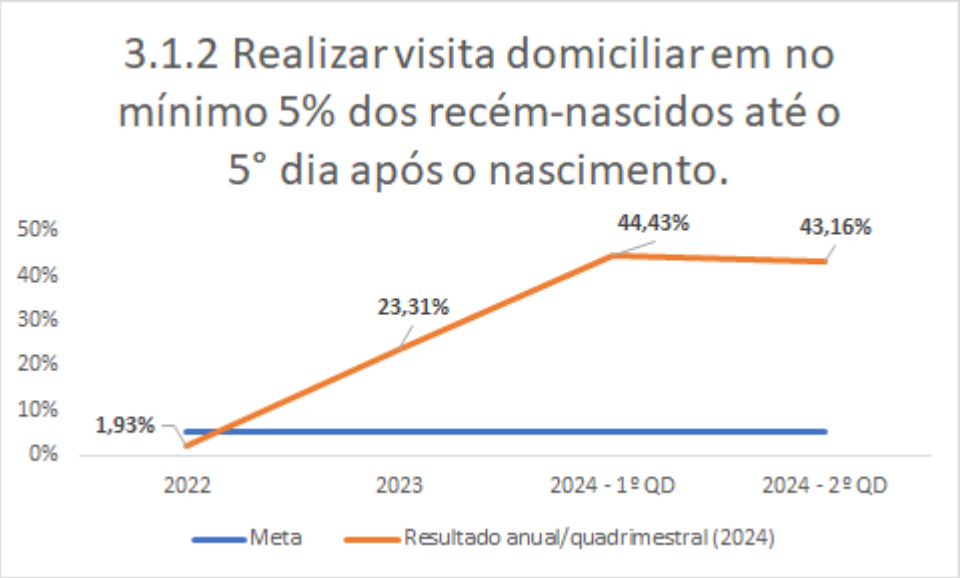
Em março de 2020 com a vinda da Pandemia do COVID-19 e com o objetivo de proteger as gestantes, puérperas e crianças atendidas pelas UBS, o Município de Toledo referenciou os atendimentos deste público para um único serviço. Foram remanejados vários profissionais da rede para este local, sendo que este serviço demonstrou uma melhora significativa da morbimortalidade tanto materna como infantil diminuindo a taxa de mortalidade infantil de 13,75 para 7,25 por mil nascidos vivos. Em vista do sucesso apontado nestes dados, a Gestão decidiu manter este serviço com a criação do Ambulatório Materno Infantil (AMI) como Programa de Governo, inaugurado em 2021, para atendimento à gestante e criança de risco alto e intermediário. Atualmente o AMI funciona em anexo à secretaria de saúde.

Ambulatório de Feridas e Ostomias

O Ambulatório Municipal de Feridas está em funcionamento desde o ano de 2010, atendendo no período da tarde (12:30h - 18:30h). Foi estruturado para atendimento e tratamento especializado a pacientes portadores de feridas de diversas etiologias como pé diabético, úlceras venosas, trauma, queimadura, entre outros. O setor atua realizando avaliações e acompanhamento de pacientes residentes do município de Toledo, em conjunto com a Unidade Básica de Saúde, com o objetivo de oferecer suporte no atendimento do paciente e orientações gerais a respeito de lesões e coberturas. Em setembro de 2022 a gestão Municipal reorganizou o serviço, ampliando o atendimento para contemplar pacientes portadores de ostomias. Sendo assim, o serviço passa a se chamar Ambulatório de Feridas e Ostomias, com funcionamento das 07:00 h às 19:00 h.

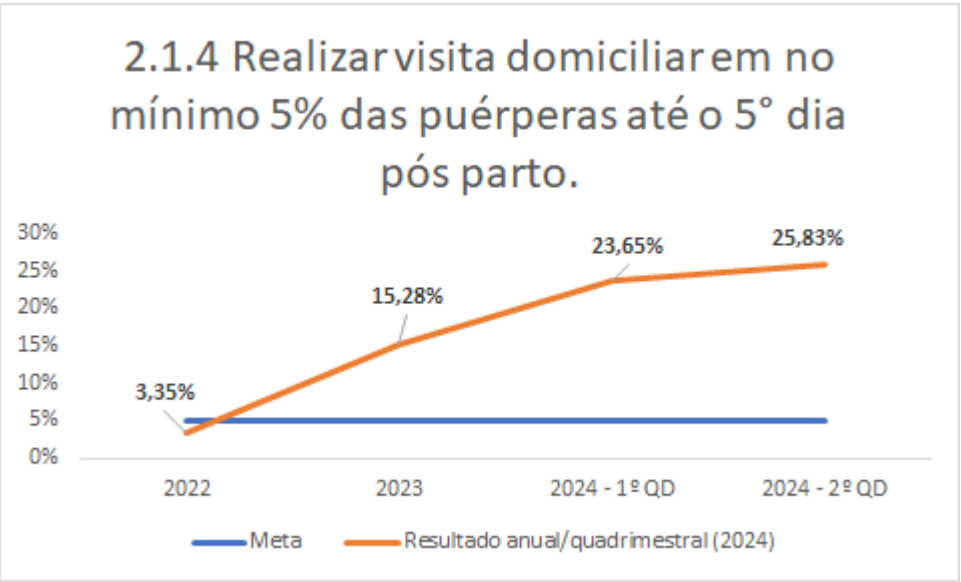
Projeto Acalanto : O cuidado que protege o futuro

Sabe-se que a cobertura vacinal é um importante indicador que auxilia no direcionamento das intervenções em saúde pública, em todas as instâncias. Quando adequada, tem-se o controle ou a probabilidade de eliminação ou erradicação de doenças. Uma cobertura vacinal adequada protege também aqueles que, por alguma razão, não podem se vacinar, uma vez que a vacinação é um pacto coletivo de saúde. A vacina BCG é aplicada em dose única, ao nascer, preferencialmente ainda na maternidade, com o objetivo de prevenir as formas graves de tuberculose. Já a vacina da hepatite B deve ser aplicada em até 24 horas após o nascimento do bebê. Inicialmente, as vacinas BCG eram realizadas em todas as unidades básicas de saúde, porém devido à racionalização do número de doses recebidas, optou-se pela centralização das vacinas no AMI, com o objetivo de otimizar os quantitativos recebidos e evitar perdas de dose após a abertura do frasco. Mediante a situação e considerando a distância do AMI de alguns territórios de abrangência das famílias, dificultando o acesso das crianças à vacinação, a dificuldade de deslocamento das famílias residentes no interior do Município e ainda as questões fisiopatológicas relacionadas ao puerpério materno imediato. O projeto Acalanto tem como objetivo vacinar em ambiente hospitalar todas as crianças da 20ª Regional de Saúde nas primeiras horas de vida, garantindo a proteção esperada e melhorando os indicadores de saúde.



Fonte: RAG 2022 e 2023, e RDQA 1º e 2º Quadrimestres 2024.

Indicador 3.1.2 do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.



Fonte: RAG 2022 e 2023, e RDQA 1º e 2º Quadrimestres 2024.

Indicador 2.1.4 do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Mediante às demandas apresentadas surgiu a implantação do projeto Acalanto, palavra que define a base do nosso objetivo, que é proporcionar aconchego, proteção e conforto. O Acalanto tomou proporção exponencial, uma vez que a maternidade de referência para os nascimentos de alto risco para os 18 municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde e para todos os nascimentos, independente de estratificação de risco, de 12 destes municípios,

está localizada no território de Toledo, município sede. Desta forma, atendemos neste projeto, todos os recém nascidos do nosso município e também aqueles que nascem em Toledo, dos demais municípios que a 20º Regional de Saúde abrange. Contemplamos todas as gestantes admitidas nos hospitais de Toledo, sendo estes da saúde pública ou suplementar. Os bebês retornam a seus municípios de origem com as vacinas de BCG e hepatite B já realizadas, a puérpera recebe a vacina da influenza, caso não tenha sido administrada anteriormente. Ainda, são realizadas orientações e a comunicação com os demais municípios sobre os nascidos para a continuidade dos cuidados. Desta forma, buscamos vacinar 100% das crianças com a BCG, garantindo a prevenção às formas graves da tuberculose. Ainda, garantir a vacinação das crianças que estão na UTI Neonatal, evitando o atraso do calendário vacinal, incentivar a mamalgesia e a padronização do local da aplicação das vacinas, realizar o cadastro individual da criança e vincular à equipe de saúde de referência e comunicar às Vigilâncias Epidemiológicas dos demais municípios a respeito do nascimento dos bebês de seus territórios; estratificar os recém-nascidos e puérperas precocemente, estreitando a comunicação com o Ambulatório Materno Infantil e com as Unidades Básicas de Saúde, rastrear e agendar todos os recém nascidos, com prioridade àqueles com exposição vertical a doenças e ainda, realizar o registro de nascimento nos hospitais conforme Norma Técnica do Ministério da Saúde na Portaria nº 938 de 20/05/2002.

Iniciamos o projeto Acalanto no dia 17/05/2023 com a aplicação diária da vacina BCG em todos os hospitais de Toledo, com a meta de vacinar 100% das crianças que nascem, melhorando o indicador de saúde através da imunização de forma adequada e em tempo oportuno. Ressaltamos que a cobertura vacinal da BCG anteriormente à implantação do projeto Acalanto no ano de 2021 era de 1.959 nascidos vivos, com cobertura de 94,54%, no ano de 2022, 2.015 nascidos vivos com cobertura de 94,64%, já no ano de 2023 nasceram 2.042 crianças com a cobertura vacinal de 107,55% e em 2024 até o momento, contamos com 2.777 nascidos vivos, com 100% de realização da vacina BCG. A mortalidade materno-infantil tem sido alvo de várias estratégias elaboradas nos diferentes níveis de governo e por diferentes organizações,

objetivando sua redução. Nesse sentido, cada vez mais é preconizada a atenção especial às atividades programáticas na atenção primária de pré-natal e puericultura, pois já foi demonstrado que apesar das desigualdades socioeconômicas, a melhora da qualidade da atenção materno-infantil e do acesso oportuno aos serviços de saúde tem contribuição expressiva na redução da morbimortalidade desses grupos. Além disso, é de conhecimento de toda a comunidade científica que, desde os anos 90, as ações voltadas à imunização se mostram efetivas na redução da morbimortalidade da população, resultando em longevidade e em qualidade de vida. Nossa experiência volta seu olhar ao foco materno-infantil em um momento em que a saúde pública enfrenta movimentos e crenças anti-vacinação, desmistificando o processo de vacinar e buscando fortalecer o vínculo com o binômio mãe-bebê já nas primeiras horas de vida, acolhendo ambos quanto às suas necessidades em saúde. Oportuniza a avaliação precoce e o acesso adequado aos serviços e em tempo oportuno, bem como realiza o acolhimento das demandas psicossociais atreladas ao processo do puerpério e dos primeiros dias de vida de um bebê. O resultado é uma política de saúde pública mais efetiva, indicadores de imunização satisfatórios e a garantia de um futuro saudável aos nossos cidadãos.

DOCUMENTOS ELABORADOS/ATUALIZADOS

Atualização do Norteador da APS

O documento norteador “Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População de Toledo”, visa subsidiar os gerentes e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, bem como, a população e o Conselho Municipal de Saúde, com ferramentas que possam potencializar o trabalho desenvolvido e os seus resultados, estabelecendo diretrizes para a organização do serviço nas atividades administrativas e assistenciais. O Decreto nº 988 de 27 de novembro de 2023 que aprova o documento foi publicado no Órgão Oficial do Município edição nº 3764 de 27 de novembro de 2023. **(Norteador da APS)**

Atualização da Lei do Programa Mãe Dedicada - Lei nº 2.637 de 21 de julho de 2023

Lei que dispõe sobre o Programa “Mãe Dedicada - Pré-Natal 100%”. O Programa “Mãe Dedicada - Pré-natal 100%”, de caráter continuado e permanente, instituído com o fim de incentivar as gestantes residentes no Município de Toledo a realizarem o pré-natal ininterruptamente, visa à diminuição da morbimortalidade materno-infantil no Município (LEI Nº 2.637_2023_Programa Mãe Dedicada)

Atualização da Portaria n° 26 de 15 de janeiro de 2024 - COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Atualização da comissão de qualificação técnica para atuar em processos licitatórios para aquisição de medicamentos, produtos médico-hospitalares, materiais odontológicos, equipamentos e serviços para a Secretária da Saúde. **(Comissão de Qualificação Técnica)**

Pactuação Secretaria da Saúde e Educação para as Atividades de Saúde Bucal no PSE

Através do Ofício n°1294/2024-SMS assinado pela coordenação de saúde bucal, diretora da rede de atenção primária à saúde e Secretária da Educação, firmou-se um compromisso através de um documento onde expõe detalhadamente as atividades que são desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal dentro das escolas e CMEI pactuados no Programa Saúde na Escola (74 instituições de ensino, sendo 64 municipais e 10 estaduais) e também como os educadores podem contribuir para que essas ações sejam mais eficazes e cause um impacto positivo na saúde geral das nossas crianças e adolescentes do município de Toledo. **(Pactuação Secretaria da Saúde e Educação para as Atividades de Saúde Bucal no PSE)**

Implantação de Canais Oficiais de uso das Equipes de Saúde Bucal

saudebucal.toledo@gmail.com - é o canal de comunicação utilizado pelas equipes de saúde bucal das UBS e ESF para realizar abertura de chamado técnico para manutenção dos equipamentos odontológicos.

odonto.escola@toledo.pr.gov.br - é o canal de comunicação utilizado pelas equipes de saúde bucal das UBS e ESF para enviar o cronograma anual das atividades programadas do PSE.

prioriza.odonto@toledo.pr.gov.br - é a ferramenta utilizada pelas equipes de saúde bucal das UBS e ESF naqueles casos em que o paciente encaminhado para especialidades odontológicas não pode aguardar tempo de fila de espera devido a uma estratificação elevada de risco ou alguma questão social.

saudebucal.portatil@toledo.pr.gov.br - é a ferramenta utilizada pelas equipes de saúde bucal das UBS e ESF para agendar a retirada e o uso do equipamento odontológico portátil da SMS.

proposta.odonto@toledo.pr.gov.br - é a ferramenta para que as equipes de saúde bucal possam registrar sugestões, contribuir com ideias, dar feedbacks, elogios ou críticas relacionadas à odontologia.

PROTOCOLOS

Protocolo 01 da RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social) - Aplicação da medida protetiva de acolhimento institucional para crianças e adolescentes. Atualização em agosto de 2022 (Protocolo 01 da RIPS - Atualização 2022)

O presente Protocolo estabelece a sistemática para a concretização dos procedimentos relativos à execução da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, entendida como medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, colocação em família substituta, conforme estabelecido no artigo 101, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/1990)

Protocolo 02 da RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social) - Dinâmica das intervenções no atendimento de crianças e adolescentes em acolhimento

institucional. Atualização em agosto de 2022 (Protocolo 02 da RIPS - Atualização 2022)

O presente Protocolo estabelece a sistemática para os procedimentos relativos à execução da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, entendida como medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, colocação em família substituta, conforme estabelecido no artigo 101, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/1990)

Protocolo 03 da RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social) - Acompanhamento para o pós-acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Atualização em agosto de 2022 (Protocolo 03 da RIPS - Atualização 2022)

O Protocolo trata das intervenções que procedem à revogação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes, a qual pode culminar em uma das seguintes situações: retorno para a família de origem, inserção em família extensa, maioridade ou colocação em família substituta (adoção). O Protocolo também orienta as intervenções que se relacionam com as circunstâncias de desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional quando motivadas por questão de fato, como: arrebatamento, “abandono” ou “descumprimento sistemático de rotina pactuada”

Protocolo 04 da RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social) - Proteção e atendimento à pessoa adulta em situação de violência sexual. Atualização em agosto de 2022 (Protocolo 04 da RIPS - Atualização 2022)

O Protocolo trata do planejamento e da organização do atendimento da rede de políticas públicas no município de Toledo para que a pessoa adulta em situação de violência sexual possa usufruir do direito de ser respeitada, de ter protegida sua intimidade e privacidade, de ser ouvida e de permanecer em silêncio (nos termos da legislação vigente).

Protocolo 05 da RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social) - Proteção e atendimento à pessoa em situação de violência sexual (vítima) -criança e adolescente. Atualização em agosto de 2022 (Protocolo 05 da RIPS - Atualização 2022)

O Protocolo trata do planejamento e da organização do atendimento da rede de políticas públicas no município de Toledo para que a criança e adolescente em situação de violência sexual possam usufruir do direito de serem respeitados, de terem protegidas sua intimidade e privacidade, de serem ouvidos e de permanecerem em silêncio (nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990 e suas atualizações, Lei nº 13.431/2017, Decreto nº 9.603/2018, Decreto Estadual nº 8.116/2021 e Lei 14.344/2022).

Protocolo Solicitação de Telediagnóstico em Dermatologia

A teledermatologia, como atividade do Núcleo de Telessaúde, é realizada pelo exame dermatológico à distância a partir da captura e transmissão de fotografias digitais ou dermatoscopia digital realizada por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Através dos laudos emitidos a distância o serviço fornece a classificação de risco para as lesões de pele de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, busca adequar os encaminhamentos de acordo com a gravidade estabelecida pela classificação de risco. **(Protocolo de teledermatologia)**

Protocolo de Retirada de Infusor Domiciliar ou Elastomérico

O infusor domiciliar, também chamado de bomba de infusão domiciliar ou infusor elastomérico, é um dispositivo portátil, que oferece um método simples e eficiente para administração de medicamentos endovenosos em pacientes oncológicos. Objetivo do protocolo é padronizar o processo de retirada do infusor domiciliar na Atenção Primária à Saúde. (Protocolo Infusor Domiciliar)

Protocolo Técnica de coleta de sangria terapêutica nas Unidades Básicas de Saúde

A sangria terapêutica é um processo pelo qual é retirada uma quantidade de sangue do paciente (entre 400-500 ml), com a finalidade de extrair algumas substâncias do organismo. O objetivo deste protocolo é descrever os passos envolvidos na realização da sangria terapêutica. (Protocolo Técnica de Coleta de Sangria)

Protocolo de Fisioterapia Domiciliar

Estabelece os critérios de inclusão no programa de atendimento domiciliar de fisioterapia domiciliar, critérios de exclusão, condições de alta do serviço domiciliar, frequência da prestação dos atendimentos e fluxograma para solicitação de fisioterapia domiciliar. (Protocolo de Fisioterapia Domiciliar)

Protocolo para dispensação de fralda descartável no âmbito da rede de Atenção Primária à Saúde no Município de Toledo. Versão atualizada em 2023.

Protocolo destinado a dispensação de fraldas aos usuários com incontinência urinária e/ou fecal, residentes no município de Toledo, que se enquadram nos critérios de elegibilidade estabelecidos. (Protocolo para dispensação de fralda descartável. V 2023)

Protocolo de Enfermagem: Assistência de Enfermagem no diagnóstico e manejo da dengue. Versão atualizada em 2024.

A dengue representa um dos maiores desafios da saúde pública nacional, no que diz respeito ao enfrentamento e controle do agravo, este protocolo é destinado aos Enfermeiros com o objetivo de fornecer subsídios legais e técnicos no diagnóstico e manejo da Dengue em adultos e crianças e padronizar o fluxo de atendimento na rede de atenção em saúde. (Protocolo e Enfermagem Manejo da Dengue 2024)

Protocolo da prevenção e tratamento de eventos tromboembólicos em gestantes

Estabelece critérios diagnósticos e terapêuticos para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia.(Protocolo TEV Gestação)

Protocolo para dispensação de Fórmulas infantis (de 0 a 12 anos) da secretaria Municipal de Saúde de Toledo. Em fase final de revisão e atualização, a nova versão deve ser publicada ainda este ano.

O objetivo do protocolo é garantir a assistência nutricional aos usuários e normatizar a dispensação do fornecimento de fórmulas infantis e dietas especiais no Município de Toledo/PR.(Protocolo Dispensação de Fórmulas Lácteas)

Protocolo de Enfermagem: Assistência de Enfermagem ao Pré-natal de Risco Habitual e Intermediário

Padronizar a assistência de enfermagem atendendo ao princípio da equidade, norteando os profissionais no planejamento e execução dos cuidados, estabelecendo e padronizando condutas e manejos, bem como qualificar a assistência para uma melhor qualidade das ações de saúde da gestante no período de pré-natal, fornecendo orientações quanto ao parto e assistência ao puerpério. Qualificar a assistência do pré-natal de risco habitual e intermediário pelo enfermeiro contribuindo para a diminuição dos índices de morbimortalidade materno-infantil. Em atualização. (Protocolo de Pré-Natal)

Protocolo de Agendamento de Consultas Odontológicas

Este protocolo é resultado de um modelo de agendamento da consulta odontológica elaborado pela coordenação da saúde bucal e submetido a apreciação e deliberação através de reuniões com as ESB, enfermeiros, gerentes e assistentes administrativos da Atenção Básica do município de Toledo. O protocolo tem como objetivo orientar e padronizar o agendamento dos usuários que buscam o atendimento odontológico, assim como otimizar os horários de atendimento dos profissionais das ESB. O documento está inserido

dentro do Manual de Saúde Bucal. (**Protocolo de Agendamento de Consultas Odontológicas**)

Protocolo Municipal de Encaminhamento às Especialidades Odontológicas

É uma ferramenta essencial para otimizar o fluxo de atendimento nos serviços de saúde bucal, garantindo que os pacientes recebam o cuidado mais adequado e especializado conforme suas necessidades clínicas.

No município de Toledo, no ano de 2023, houve uma ampliação considerável na cobertura de saúde bucal na atenção primária, resultando em um maior acesso da população aos serviços odontológicos. Com esse aumento de acesso, também houve um crescimento significativo no número de encaminhamentos para atendimento especializado. No entanto, o CEO-Ciscopar, a única referência para a atenção odontológica secundária dos 18 municípios da 20º Regional de Saúde, não acompanhou o mesmo crescimento, gerando um descompasso entre a demanda e a capacidade de atendimento especializado.

Diante dessa realidade, a criação de um Protocolo de Encaminhamento se tornou indispensável para qualificar os pacientes que realmente necessitam de atendimento especializado, priorizando casos de maior complexidade e otimizando os recursos disponíveis na atenção primária e secundária, garantindo uma assistência mais eficiente e adequada às necessidades da população. (**Protocolo Municipal de Encaminhamento às Especialidades Odontológicas**)

Protocolo de Atendimento Odontológico nos CERTIS

Este protocolo oferece um fluxo bem definido, tornando o atendimento ao idoso mais organizado e eficiente, permitindo que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma estratégica, evitando sobrecargas no serviço e garantindo um atendimento de qualidade. Além disso, o protocolo ajuda a garantir que os idosos que necessitam de tratamentos preventivos, restauradores e reabilitadores recebam o cuidado adequado, contribuindo para a manutenção da saúde bucal e o bem-estar geral. Este documento está

inserido no Manual de Saúde Bucal e no Regimento Interno dos CERTIS. **(Protocolo de Atendimento Odontológico no CERTI)**

Protocolo para solicitação de tomografia de maxila total e tomografía de mandíbula total

O Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal da Saúde realiza a regulação e justificativa adequadas para os agendamentos de exames de alta complexidade como a Tomografia de Maxila Total e Tomografia de Mandíbula Total.

A solicitação da tomografia deve ocorrer para os casos criteriosamente avaliados e que não foi possível realizar diagnóstico por meio de radiografias convencionais. Este exame deve ser solicitado por profissionais especialistas da rede pública de saúde após avaliação e necessidade do exame para diagnóstico e tratamento.

Os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ao solicitarem o exame de tomografia de mandíbula ou maxilar total, devem anexar duas vias do laudo para emissão de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade - APAC Tomografia, juntamente à solicitação do exame.

Salientamos que para visualizar os terços médio e superior da face pode ser solicitado a Tomografia de Face devido a limitação da área de abrangência da tomografia de maxila total. **(Protocolo Solicitação Tomografia de Maxila Total e Mandíbula Total)**

POP/MANUAIS

Procedimento Operacional Padrão de dispensação de materiais médico-hospitalares para pacientes na Atenção Primária em Saúde

Este Procedimento Operacional Padrão foi elaborado por iniciativa das Gerentes de Saúde das Unidades Básicas de Toledo com a colaboração dos profissionais do Departamento de Atenção Básica, Departamento de Gestão, Departamento Administrativo/Financeiro e da Central de Abastecimento

Farmacêutico, motivados pela necessidade de padronização das rotinas de dispensação de materiais médico-hospitalares na Atenção Primária. Considerando que alguns materiais médico-hospitalares são imprescindíveis para a manutenção da saúde, o município de Toledo se responsabiliza pela dispensação de insumos de saúde específicos para uso na atenção domiciliar. (Procedimento Operacional Padrão de dispensação de materiais médico-hospitalares para pacientes na Atenção Primária em Saúde)

Manual Indicadores Previne Brasil: Padronização Municipal de Registros no Sistema

Manual com a finalidade de orientar as equipes da APS do município de Toledo sobre como registrar adequadamente no Sistema SIGSS, as informações para fins de atendimento aos critérios do novo modelo de financiamento da APS estabelecidos pelo Programa Previne Brasil. (Manual Indicadores Previne Brasil - Padronização Municipal de Registro no Sistema)

Manual de Registro das Atividades do PSE e Procedimentos Odontológicos Individuais/Coletivos -

O Manual de Registro das Atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) no sistema SIGSS é uma ferramenta fundamental para as equipes de saúde bucal, pois organiza e padroniza o registro das ações realizadas nas escolas. Através dele, é possível garantir que todas as atividades de promoção da saúde bucal sejam devidamente registradas de forma clara e precisa, facilitando o acompanhamento e a avaliação dessas ações. **(Manual de Registro das Atividades do PSE)**

Manual para Registro de Primeira Consulta Odontológica Programática nas Consultas de Demanda Espontânea

Este protocolo foi pactuado em reunião técnica das equipes em saúde bucal onde o objetivo é tornar mais fidedigno, além de eficiente e eficaz os registros dos procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal nos atendimentos individuais, melhorando desta forma inclusive o indicador 7.1.5

do plano anual de saúde “aumentar o número de primeiras consultas odontológicas programáticas”.

Manual de Saúde Bucal - Atribuições e Funcionamento da Odontologia

O Manual de Saúde Bucal desempenha um papel crucial para a organização e padronização das práticas odontológicas dentro da Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Toledo. Sua importância está diretamente ligada à melhoria da qualidade dos serviços prestados, promovendo uma atenção mais eficiente, integral e equitativa para a população. O manual oferece diretrizes claras para os profissionais da saúde bucal, padronizando procedimentos preventivos, diagnósticos e terapêuticos. Isso garante uma uniformidade na qualidade do atendimento, independentemente da unidade de saúde ou do profissional responsável. **(Manual de Saúde Bucal)**

FLUXOS

Fluxograma de solicitação de avaliação para internamento em instituição de longa permanência para idosos e Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária – Katz

Formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária, Katz, ou seja, a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. As atividades básicas da vida diária são fundamentais para a autopreservação e a sobrevivência do indivíduo. (Fluxograma de solicitação de avaliação para ILPI)

Fluxo Guia de encaminhamento de crianças para especialidades pediátricas do município de Toledo

Estabelece o fluxo de encaminhamento para as crianças que necessitam de assistência médica especializada no município de Toledo mediante a estratificação de risco segundo a Linha Guia Materno Infantil.(Fluxo de encaminhamento pediatria)

Fluxograma da nutricionista da equipe Multidisciplinar

Descrever quais pacientes são elegíveis para encaminhar ao nutricionista e as referências para cada território.(Fluxo Nutricionista E-multi)

Fluxograma MACC

Padronização da estratificação e encaminhamento dos pacientes para as linhas de cuidado de Hipertensão alto risco e Diabetes alto risco, Geriatria para os paciente frágeis e com risco de fragilidade, pediatria e obstetrícia para os pacientes de risco intermediário. (Fluxo MACC)

Fluxo Ambulatório de Feridas e Ostomias

Descrição dos critérios para o atendimento dos pacientes com feridas crônicas e ostomizados.

Os pacientes serão avaliados de forma integral, com análise das condições clínicas, psicossociais e emocionais. Passarão por avaliação médica e de Enfermagem. Quando menores, idosos, acamados ou com dificuldade de compreensão, deverão estar obrigatoriamente acompanhados de cuidadores responsáveis. Deverão também estar cientes e comprometidos com a adesão ao tratamento, sendo orientados sobre o fluxo de agendamento, frequência dos retornos, acompanhamento conjunto com a Unidade Básica de Saúde, critérios de desligamento, e seus direitos e deveres. Neste momento, após entendimento do processo de tratamento e cura e de acordo com os termos estabelecidos, assinará termo de compromisso que será anexado ao prontuário.

Após avaliação, os pacientes encaminhados continuarão acompanhamento com toda equipe, levando em consideração as atribuições de cada profissional. Sendo esta composta por Técnicos de enfermagem, Enfermeira e Médica, conforme as particularidades de cada paciente. As trocas das coberturas, cremes e soluções ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e critério profissional, não podendo extrapolar o máximo preconizado para cada produto. (orientação técnica).

Critérios de desligamento a considerar

Desligamento por não residir no município de Toledo; Epitelização completa da lesão; Abandono de tratamento, caracterizado por faltas não justificadas ao retorno agendado várias vezes consecutivas, ou sem comunicação prévia; Não adesão ao tratamento, evidenciado por não seguir corretamente as orientações dadas pelos profissionais da equipe de saúde, tendo como consequência o estacionamento da evolução da ferida, a piora ou a recidiva. Neste caso o paciente será informado do não sucesso do tratamento, e portanto não justifica o uso de curativos especiais de alto custo, desta forma cessa o uso destes, podendo ou não ser desligado do acompanhamento pelo ambulatório de feridas e ser encaminhado para a unidade básica de saúde para tratamento paliativo (sem expectativa de cura). Neste caso assinará o termo de ciência do desligamento; Desligamento a pedido, conforme solicitação do paciente por mudança de cidade, ou não aceitação do tratamento;
Óbito. (Fluxo Ambulatório de Feridas)

Fluxograma de Encaminhamentos de Lesões Bucais

Este fluxo foi elaborado para direcionar o agendamento das consultas para cirurgião-dentista estomatologista (CBO 223220) para CEO, CEONC e UOPECCAN com o objetivo de agilizar o agendamento para lesões com suspeita de malignidade:

Os usuários que necessitam de avaliação de lesão bucal com característica benigna, deverá ser encaminhado, pelo sistema, para o CBO 223220 - Cirurgião Dentista - Estomatologista. É obrigatório o preenchimento da ficha de estomatologia para os encaminhamentos direcionados para o CEO.

Os usuários que necessitam de avaliação de lesão bucal com característica maligna, deverão ser encaminhados, pelo sistema, para Médico Oncologista. É obrigatório o preenchimento da justificativa e referência para CEONC ou UOPECCAN e anexar Xerox dos documentos pessoais, cartão SUS e comprovante de endereço. Os profissionais devem alimentar a planilha (Saude P) com os dados do paciente e acompanhar o caso. **(Fluxograma de Encaminhamentos de Lesões Bucais)**

Fluxograma de Encaminhamentos para CEAPAC

Este fluxo foi elaborado para direcionar o agendamento das consultas para o cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial ou consulta medica em atenção especializada para o CEAPAC (Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais) com o objetivo de agilizar o agendamento para cirurgia ortognática, trauma facial, fissura fendo palatina e lábio leporino ou anomalia crânio facial em qualquer idade.

Ao referenciar o encaminhamento para o CEAPAC é importante observar os procedimentos realizados pela instituição e adicionar informações relevantes sobre a necessidade de cada caso.

A importância desse encaminhamento está na otimização do cuidado, garantindo que os pacientes tenham acesso a tratamentos especializados que muitas vezes não estão disponíveis nos serviços odontológicos básicos, promovendo assim a reabilitação funcional e estética, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. **(Fluxograma de Encaminhamentos para CEAPAC)**

Fluxograma de Encaminhamentos para Frenectomia/Frenotomia

O fluxograma de encaminhamentos para frenectomia no município de Toledo tem um papel fundamental na organização e otimização do acesso dos pacientes a esse tipo de procedimento. Antes da criação desse fluxo bem estabelecido, muitos profissionais de saúde estavam encaminhando pacientes para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), o que colocava os pacientes em longas filas de espera, reguladas pelo estado, para realizar o procedimento em cidades distantes como Curitiba, Cascavel, ou outras localidades.

Com o fluxograma de encaminhamentos agora estabelecido, o processo foi reorganizado, permitindo que os profissionais façam os encaminhamentos de forma correta e direcionada dentro da própria rede de saúde do município, evitando deslocamentos desnecessários. Isso agiliza o atendimento e garante que os pacientes recebam o procedimento de frenectomia com maior eficiência e proximidade, reduzindo o tempo de espera e melhorando os resultados clínicos. **(Fluxograma de Encaminhamentos para Frenectomia)**

INSTRUÇÕES NORMATIVAS

Instrução Normativa 001.2022 Sala de Vacina

Padroniza o funcionamento das salas de vacina nas Unidades Básicas de Saúde. Normatiza fechamentos para relatórios e limpeza do setor. (**Instrução Normativa 001.2022 Sala de Vacina**)

Instrução Normativa 004.2022 Casa de Passagem

Normatiza os atendimentos realizados para adultos e famílias em acolhimento institucional na modalidade Casa de Passagem no Município de Toledo. (**Instrução Normativa 004.2022 Casa de Passagem**)

Instrução Normativa 005.2022 Estupro de Vulnerável

Normatiza a comunicação oficial ao Conselho Tutelar de todos os casos, atendidos pelos serviços de saúde, que caracterizem estupro de vulnerável.(**Instrução Normativa 005.2022 Estupro de Vulnerável**)

Instrução Normativa 006.2022 Auriculoterapia

Normatizar a prática de auriculoterapia na Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Toledo de acordo com cada categoria profissional.(**Instrução Normativa 006.2022 Auriculoterapia**)

Instrução Normativa 007.2022 Urgências na UBS

Padronizar os serviços e procedimentos de atendimento às situações de urgência e emergência que chegam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Toledo. (**Instrução Normativa 007.2022 Urgências na UBS**)

Instrução Normativa 008.2022 Notificação Acidentes Trabalho

Normatizar o atendimento relacionado à saúde do trabalhador que sofreu acidente de trabalho.(**Instrução Normativa 008.2022 Notificação Acidentes Trabalho**)

Instrução Normativa 011.2022 v2 Absenteísmo e reagendamento

Normatizar o fluxo para reagendamento quanto ao absenteísmo (desistências, rejeição, cancelamentos e faltas em consultas, exames e procedimentos) de média e alta complexidade.(**Instrução Normativa 011.2022 v2 Absenteísmo e reagendamento**)

Instrução Normativa 001.2023 Acolhimento Demanda Espontânea

Normatizar o atendimento relacionado ao acolhimento de demanda espontânea nas Unidades de Saúde (EAP, ESF). (**Instrução Normativa 001.2023 Acolhimento Demanda Espontânea**)

Instrução Normativa 003.2023 Solicitação Lanche

Normatizar o fluxo de solicitação de lanches para treinamentos, capacitações, reuniões, seminários, encontros institucionais, dentre outras atividades promovidas pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde.(**Instrução Normativa 003.2023 Solicitação Lanche**)

Instrução Normativa 004.2023 Residência Inclusiva paciente A.C.

Padronizar o atendimento prestado pela Rede de Atenção Primária à Saúde ao paciente **A.C.,** institucionalizado na Residência Inclusiva do Município de Toledo.(**Instrução Normativa 004.2023 Residência Inclusiva paciente A.C.**)

Instrução Normativa 008.2023 Emulti

Padronizar o atendimento e as ações realizadas pela eMulti na Atenção Primária à Saúde de Toledo.(**Instrução Normativa 008.2023 Emulti**)

Instrução Normativa 011.2023 Ausência de Sistema/Internet/Energia Elétrica

Padronizar os atendimentos nos serviços de Saúde do Município de Toledo, na ausência de sistema e/ou internet e/ou energia elétrica.(**Instrução Normativa 011.2023 Ausência de Sistema/Internet/Energia Elétrica**)

Instrução Normativa 001.2024 Lançamento de Procedimento para atendimento de adolescente em medida socioeducativa

Padronizar o registro do procedimento *Atendimento de Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas* (código: 03.01.01.029-3). Instrução operacional conjunta SMAS/SMDH/SMS n°001/2024 - Estabelece o procedimento a ser adotado pelos profissionais de Saúde e de Assistência Social no atendimento a pessoas idosas, quando forem identificadas situações graves de violações de direitos e de difícil resolução, assegurando o encaminhamento adequado para conhecimento e providências da gestão das respectivas Secretarias.(**Instrução Normativa 001.2024 Lançamento de Procedimento para atendimento de adolescente em medida socioeducativa**)

PLANOS DE CUIDADOS

Plano de Cuidados - paciente R.J.S.

Documento elaborado para formalizar o plano de cuidados dos serviços de Saúde ao usuário **R.J.S.**, institucionalizado na Residência Inclusiva deste município desde final de maio de 2024. O paciente supracitado encontra-se acamado, com tetraplegia sequelar por TCE em 2019 (após episódio de tentativa de suicídio por saltar de 2° andar), com atrofia em membros superiores e inferiores, com padrão espástico de difícil mobilização. Histórico prévio de uso de substâncias psicoativas. Traqueostomizado, com uso de sonda nasoenteral por impossibilidade de dieta via oral (disfagia grave) e uso de sonda vesical de demora. Com Lesão por pressão em região trocantérica direita e realizado artroplastia de quadril direito no início de agosto de 2024.(**Plano de Cuidados - paciente R.J.S.**)

Plano de Cuidados – pacientes R.R. e R.R.

Documento elaborado para formalizar o plano de cuidados dos serviços de Saúde aos usuários **R.R. e R.R.**, pacientes em acompanhamento por atendimento domiciliar residentes no território da UBS Jardim Porto Alegre.

R.R., data de nascimento: 21/09/2023, classificado como AD3, sequela de

anoxia neonatal, broncodisplasia, cálculo renal, fratura proximal de tíbia direita. Dispositivos em uso: gastrostomia e traqueostomia. Materiais e equipamentos em uso: ventilador portátil, umidificador de base aquecida, ambu, concentrador de oxigênio e cilindro de oxigênio reserva.

R.R., data de nascimento: 21/09/2023, classificado como AD3, sequela de anoxia neonatal, broncodisplasia, parada cardiorrespiratória em 09/04/2024, fístula esofágica distal – medistinite e fissura em fêmur direito. Dispositivos em uso: gastrostomia e traqueostomia. Materiais e equipamentos em uso: ventilador portátil, umidificador de base aquecida, ambu, concentrador de oxigênio e cilindro de oxigênio reserva.(**Plano de Cuidados – pacientes R.R. e R.R.**)

Demandas Judiciais

Casa Abrigo Considerando Autos Nº xxx.21.2020.16.0115, que trata da garantia de atendimento e acompanhamento de saúde para o usuário **H.M.G.,** acolhido institucionalmente na Casa Abrigo Menino Jesus I. Criança comatosa sem movimentos espontâneos, totalmente dependente de cuidados devido à paralisia cerebral tetraespástica pós parada cardiorrespiratória, em cuidados paliativos exclusivos. Em ventilação mecânica invasiva via traqueostomia plástica nº 3,5, com suplementação de oxigênio, sem drive respiratório. Presença de sonda nasoenteral para alimentação – dieta fórmula específica para idade e peso. Necessita aspiração de traqueostomia com frequência, medicação no horário prescrito. Considerando a extensa lesão cerebral hipóxico-isquêmica apresentada nos exames de imagem, o fato da criança permanecer sem medicação sedativa com dependência de todos os seus aparelhos, e sem evolução do seu quadro clínico, do ponto de vista neurológico, criança provavelmente irá manter-se semelhante ao seu quadro atual, ou seja, não há perspectiva de evolução em relação ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, não apresentando condições para retirada de tais aparelhos neste momento. Considerando o quadro clínico da criança, deve-se considerar manter em cuidados paliativos exclusivos. O município disponibiliza profissionais da área de saúde para assistência ao paciente 24hrs, sendo estes

em escala de plantões 12/60h diurnos e noturnos. Escala composta por 06 profissionais técnicos de enfermagem e 06 enfermeiros. Tem como referência a Unidade Básica ESF Paulista. Possui Plano de Cuidados elaborado, pois além da equipe da Atenção Primária, o paciente recebe acompanhamento da equipe do AMI e Emad. (**Demanda Judicial Casa Abrigo**)

Residência Inclusiva Considerando Autos Nº xxx-64.2020.8.16.0170, que trata da garantia de atendimento e acompanhamento de saúde do usuário **A.C.**, acolhido institucionalmente na Residência Inclusiva, que possui quadro de paraplegia por sequela de trauma raquimedular por ferimento de arma de fogo em 2015, múltiplas lesões por pressão, em uso de cistostomia e colostomia, institucionalizado na Residência Inclusiva desde abril de 2022. O Município de Toledo reconhece juridicamente a obrigação de fazer, consistente em promover e manter o acolhimento de **A.C.**, observada a definição estabelecida na Lei Brasileira de Inclusão. O Município de Toledo através da Secretaria Municipal da Saúde compromete-se a designar profissionais da saúde tanto quanto forem necessários para que seja realizado o acompanhamento de saúde contínuo e ininterrupto ao usuário pelo tempo que for preciso para o restabelecimento do seu quadro de saúde, empregando todas as técnicas necessárias ao cuidado e atenção em saúde. O Departamento de Atenção Primária à Saúde elaborou a Instrução Normativa n° 04 de 02 de março de 2023, que padroniza o atendimento prestado pela Rede de Atenção Primária à Saúde ao paciente **A.C.**, institucionalizado na Residência Inclusiva do Município de Toledo e determina que a Unidade Básica de Saúde (UBS) do território em que está inserida a Residência Inclusiva, ESF Jardim Concórdia, deverá prover os atendimentos e acompanhamentos necessários ao paciente Alessandro da Costa, com a periodicidade necessária, de acordo com avaliação da equipe de saúde conforme preconizado pelos Cadernos da Atenção Primária do Ministério da Saúde.(**Demanda Judicial Residência Inclusiva**)

ORGANIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E PROCESSOS DE TRABALHO REALIZADOS

- Implementação do acolhimento à demanda espontânea iniciado na UBS Panorama em 2022
- Implementação da Linha guia do Idoso
- Reorganização dos encaminhamentos ao MACC
- Ampliação de atendimento e coleta de exames laboratoriais nas ILPI
- Descentralização do Programa Bolsa Família na Saúde
- Pactuação Programa Saúde na Escola ciclo 2023/2024 - 74 escolas sendo 64 escolas municipais e 10 escolas estaduais
- Ampliação do horário de atendimento das UBS
- Reestruturação da Territorialização das Unidades
- Matriciamento de 100% dos profissionais médicos da APS referente à linha materno infantil
- Mutirão de atendimentos odontológicos nas UBS Cosmos e Porto Alegre em 2023 para eliminar a demanda reprimida. Foram mais 1000 pacientes atendidos, zerando a demanda reprimida existente.

Linha de Cuidados em Saúde mental/Pessoa com deficiência

A SESA realizou um planejamento estratégico para a Rede de Atenção à Saúde Mental, definindo um mapa estratégico que inclui perspectivas de resultados sociais, de processos, de gestão e financeiras. Foram estabelecidas as competências dos pontos de atenção, considerando diferentes níveis de complexidade, além de outros serviços que oferecem cuidado em saúde mental, integrando políticas públicas e iniciativas comunitárias.

Para apoiar o trabalho das equipes, foram elaborados instrumentos como a estratificação de risco, o plano de cuidados e uma planilha de programação para a Atenção Primária à Saúde (APS), todos inseridos no processo de qualificação profissional promovido pela SESA. Destaca-se também a Linha Guia de Saúde Mental, que complementa as ferramentas voltadas para a qualificação profissional e a reorganização do trabalho.

Apesar dessas iniciativas, muitas equipes da APS no Paraná ainda não se consolidaram como ordenadoras da rede e coordenadoras do cuidado em saúde mental. Dada a intersetorialidade e a transversalidade das questões de

saúde mental, é fundamental fortalecer as parcerias estratégicas existentes e ampliar novas articulações. Isso inclui aproveitar os recursos comunitários para cuidar de pessoas em sofrimento mental e incentivar ações que promovam a saúde mental e previnam agravos.

Esse contexto representa mais um desafio na implementação efetiva da linha de cuidado em saúde mental em todos os níveis: APS, atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Além disso, é importante mencionar que a desinstitucionalização não avançou significativamente em nosso estado, sendo necessária a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que possibilitem a reabilitação psicossocial de indivíduos com histórias marcadas por isolamento, abandono, negligência e confinamento.

Por fim, é crucial, na área de saúde mental, não apenas expandir os pontos de atenção para preencher lacunas assistenciais, mas também sensibilizar a comunidade, qualificar os profissionais, reorganizar processos de trabalho e ampliar a lógica e a metodologia de cuidado por meio da atenção psicossocial em toda a rede de atenção à saúde.

Linha de Cuidados Condições Crônicas

A Linha de Cuidados para Condições Crônicas visa promover a gestão integral da saúde de indivíduos com doenças crônicas, garantindo um atendimento contínuo e coordenado. Essa abordagem inclui:

1. Identificação e Estratificação: Realizar o diagnóstico precoce e a estratificação de risco dos pacientes, permitindo intervenções personalizadas.
2. Planejamento do Cuidado: Desenvolver planos de cuidado individualizados que considerem as necessidades e preferências dos pacientes, envolvendo a equipe multiprofissional.
3. Educação em Saúde: Promover ações de educação em saúde que capacitem os pacientes e suas famílias sobre a gestão das condições crônicas, incentivando a autocuidado e a adesão ao tratamento.
4. Monitoramento e Acompanhamento: Implementar um sistema de monitoramento regular para avaliar a evolução do paciente, ajustando intervenções conforme necessário.

5. Articulação com Outros Serviços: Facilitar a integração com serviços de saúde secundários e terciários, garantindo que os pacientes tenham acesso a recursos adequados.
6. Promoção da Saúde e Prevenção: Incentivar ações de promoção da saúde e prevenção de complicações associadas às condições crônicas.

Essa linha de cuidados busca não apenas tratar as condições existentes, mas também melhorar a qualidade de vida dos pacientes, promovendo uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Linha Materno Infantil-Criança

A Linha de Cuidados Materno-Infantil é um conjunto de ações e serviços voltados para a promoção da saúde de mães e crianças, desde a gestação até os primeiros anos de vida. Seus principais objetivos e componentes incluem: o acompanhamento pré-Natal, assistência ao parto e pós-parto, promoção da amamentação, acompanhamento do desenvolvimento infantil, educação em saúde, estratificação de risco e intervenção, apoio à família e integração entre os serviços.

Essa linha de cuidados visa não apenas promover a saúde materno-infantil, mas também garantir que mães e crianças tenham acesso a uma rede de apoio e cuidados que assegurem seu desenvolvimento saudável e bem-estar ao longo dos primeiros anos de vida.

Linha de Saúde da Mulher

A Linha de Cuidados da Saúde da Mulher da SESA (Secretaria de Estado da Saúde) é uma iniciativa focada na promoção e na proteção da saúde feminina em diversas fases da vida. Essa linha de cuidados abrange vários aspectos, como:

Principais Eixos

1. Saúde Reprodutiva: Orientações sobre planejamento familiar, gestação, parto e puerpério.
2. Prevenção de Cânceres: Promoção de exames preventivos, como mamografias e Papanicolau, para detecção precoce de câncer de mama e colo do útero.

3. Saúde Mental: Apoio psicológico e programas que visam a saúde emocional das mulheres, abordando questões como depressão e ansiedade.
4. Violência de Gênero: Ações de prevenção e apoio a mulheres em situação de violência, com encaminhamentos para serviços especializados.

Ações e Programas

- Capacitação Profissional: Formação para profissionais de saúde sobre as necessidades específicas das mulheres.
- Educação em Saúde: Campanhas educativas que abordam temas relevantes para a saúde feminina.
- Acesso a Serviços: Facilitação do acesso a serviços de saúde, promovendo uma rede de apoio integrada.

Importância

A linha de cuidados é fundamental para assegurar que as mulheres recebam um atendimento integral, respeitando suas particularidades e promovendo sua saúde e bem-estar.

Linha de Cuidado do Idoso no Paraná

A Linha de Cuidados na Saúde do Idoso é um conjunto de ações e estratégias voltadas para promover a saúde, prevenir doenças e oferecer atendimento integral a essa população. Os principais objetivos e componentes desta linha incluem:

1. Atenção Integral: Proporcionar um atendimento que considere as necessidades físicas, emocionais e sociais dos idosos, garantindo uma abordagem holística.
2. Promoção da Saúde: Desenvolver programas de educação em saúde que incentivem hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física e socialização.
3. Prevenção de Doenças: Implementar ações de prevenção, como vacinas, rastreamento de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.) e exames regulares.

4. Tratamento de Doenças Crônicas: Oferecer acompanhamento e manejo das condições crônicas que afetam muitos idosos, assegurando o uso adequado de medicamentos e a adesão ao tratamento.
5. Reabilitação e Cuidados Paliativos: Promover serviços de reabilitação para a recuperação de funções e, quando necessário, cuidados paliativos para garantir conforto e qualidade de vida.
6. Integração de Serviços: Articular a atenção primária, secundária e terciária, garantindo um fluxo contínuo de informações e cuidados entre os diferentes níveis de atendimento.
7. Capacitação de Profissionais: Realizar treinamentos e capacitações para profissionais de saúde sobre as especificidades do cuidado com idosos, abordando aspectos físicos, psicológicos e sociais.
8. Envolvimento da Família: Incentivar a participação da família no cuidado e no processo de tomada de decisão, reconhecendo seu papel fundamental na saúde do idoso.

Essa linha de cuidados busca garantir que os idosos recebam um atendimento de qualidade, promovendo sua autonomia, dignidade e bem-estar ao longo do envelhecimento.

Em parceria com a 20ª Regional de Saúde e a presença de representantes dos dezoito Municípios na data de 31/08/2023 e 01/09/2023 aconteceu o mutirão para Linha de Cuidado da Saúde do Idoso no Paraná. Nessa ocasião de fez necessário o desenvolvimento de estações para atendimento ao idoso, estações essas que ofereceram serviços de identificação e cadastro, avaliação antropométrica, aferição de sinais vitais, saúde bucal, nutricional, saúde mental, cuidados com medicamentos e uso adequado, direitos do idoso, e aplicação da estratificação de risco (IVCF-20) após as oficinas e treinamentos dos profissionais foi implantado nas Unidades Básicas de Saúde.

PNAISARI-POM/Semiliberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória é regida pela Lei 12.594/12, que estabelece o Sistema Nacional de Atendimento

Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas, além de definir os processos de responsabilização dos adolescentes autores de infrações. Essa legislação também ressalta a importância da elaboração de Planos de Atendimento Socioeducativo.

A Portaria MS 1.082, de 23 de maio de 2014, redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) e, em seu Artigo 12, determina que a atenção integral à saúde dos adolescentes em privação de liberdade deve ser realizada prioritariamente na Atenção Básica, que será responsável pela coordenação do cuidado desses adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, a Portaria MS nº 1.083, também de 23 de maio de 2014, institui um incentivo financeiro para apoiar as ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. A Portaria nº 770, de 27 de março de 2018, habilita o Município de Toledo (PR) a receber esse incentivo para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei.

O POM (Plano de Operacionalização Municipal) é um documento que define as diretrizes das ações de saúde voltadas para adolescentes em regime de internação e semiliberdade, descrevendo os compromissos do município na provisão de cuidados na Unidade Socioeducativa de Internação (CENSE) e na Unidade de Semiliberdade. O POM em Toledo/PR está aprovado e vigente até 2026.

PROJUDI/NAI

Conforme o Ofício-Circular 1678/2023/INF, foi implementado o Núcleo de Atendimento Inicial e Integrado dos Adolescentes em Conflito com a Lei (NAI), seguindo as diretrizes da Recomendação nº 87/2021 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Os trabalhos de integração das equipes ao Sistema PROJUDI foram concluídos, resultando na criação de unidades de remessa para facilitar a comunicação direta entre o Poder Judiciário e o Ministério Público com as equipes do NAI. Os servidores foram devidamente habilitados e vinculados a essas unidades. A Unidade de Apoio Especializado - Toledo - SMS - Infracional, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, iniciou suas

atividades no NAI conforme as diretrizes propostas em 1º de setembro de 2023.

COAPES

O COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde) é um instrumento que visa formalizar a cooperação entre diferentes entidades e serviços de saúde, promovendo a articulação e a integração das ações de saúde. Ele tem como objetivos principais:

- Integração de Serviços: Facilitar a coordenação entre as esferas municipal, estadual e federal, além de serviços privados, para garantir uma atenção à saúde mais eficiente.
- Qualidade do Atendimento: Promover a melhoria da qualidade do atendimento à população, assegurando que os serviços sejam prestados de forma contínua e integrada.
- Planejamento Conjunto: Estabelecer diretrizes para o planejamento e a execução das ações de saúde, permitindo uma gestão mais eficaz dos recursos disponíveis.
- Monitoramento e Avaliação: Criar mecanismos de monitoramento e avaliação das ações de saúde, possibilitando ajustes e melhorias contínuas.

O COAPES é fundamental para garantir que as políticas de saúde sejam implementadas de maneira colaborativa, atendendo de forma mais abrangente as necessidades da população. A Portaria Nº 8, de 22 de junho de 2022 constitui o Comitê Gestor do Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

RIPS

Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo/PR (RIPS) formada por profissionais de diversas áreas e atuação em órgãos públicos têm se reunido para desenvolver uma dinâmica de prática intersetorial. A intersetorialidade, embora pouco explorada na execução de políticas públicas setoriais, é essencial para atender às necessidades da população.

A RIPS tem como objetivo criar condições para a elaboração e

aprimoramento de protocolos e fluxos intersetoriais, visando atender às demandas apresentadas pelos cidadãos de Toledo.

A iniciativa começou com a articulação entre o Ministério Público (Serviço Social e Assessoria Jurídica da 5ª PJ), a SMAS e o PAPPCA/UNIOESTE. A partir deste ponto, outros órgãos foram convidados a participar, como as Secretarias Municipais da Educação e da Saúde, além do Serviço Auxiliar da Infância (SAI) da Comarca de Toledo. Esses profissionais formaram a "Equipe de Mobilização para a Intersetorialidade" (EM), que atua como articuladora no desenvolvimento do projeto.

A EM se reúne periodicamente para planejar, sistematizar e monitorar as ações, com o intuito de viabilizar a RIPS. O foco é desenvolver estratégias que promovam a construção de fluxos e protocolos de atendimento, a partir de discussões e pactuações que integrem as intervenções dos diversos envolvidos e as temáticas abordadas.

Comissão IST

Considerando o disposto na Portaria GM/MS Nº 4.868, de 17 de Julho de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde.

Considerando o disposto na Portaria GM/MS Nº 4.869, de 17 de Julho de 2024 que define o valor atualizado por estado para recebimento do Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), da Tuberculose, das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde.

Constituir nova Comissão para aplicação do Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), da Tuberculose,

das Hepatites Virais e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde no âmbito do município de Toledo.

Comissão Pré acolhimento

DECRETO Nº 1.004, de 5 de dezembro de 2023 - Institui a Comissão Municipal de Análise Técnica para Estudo Pré-Acolhimento de Crianças e Adolescentes. Este decreto estabelece a criação da Comissão Municipal de Análise Técnica para o estudo pré-acolhimento, visando garantir a proteção e o bem-estar de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. É atribuição da Comissão: Realizar Estudo Diagnóstico Pré-Acolhimento de Crianças e Adolescentes; Subsidiar a decisão acerca do afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar, salvo em situação de caráter emergencial e/ou de urgência, observadas as diretrizes e normas vigentes; Garantir que o afastamento da família seja uma medida excepcional e provisória, aplicada somente quando a criança e/ou adolescente se encontre em situação de grave risco à sua condição psíquica e/ou física, apenas quando esgotados todos os recursos para sua manutenção na família; Fortalecer as políticas públicas que compõem a rede do Sistema de Garantia de Direitos no atendimento às crianças e aos adolescentes, de modo a proporcionar o atendimento integral e fortalecer a função protetiva da família, além de prevenir a ruptura de vínculos.

Regimento do comitê de Mobilização para redução da Mortalidade Materno e infantil

Oficialmente instituído através da Portaria Nº 002, de 06 de abril de 2023, o Comitê de Mortalidade Materno Infantil municipal é uma iniciativa fundamental para a melhoria da saúde pública, focada na redução das mortes evitáveis entre mães e crianças. O Comitê atua de forma confidencial e deve ter a participação de representantes de toda a rede de atenção à saúde materna infantil, as reuniões acontecem na primeira quinta-feira de cada mês.

Regimento interno da Câmara Técnica

Oficialmente instituído a composição da equipe da câmara técnica através da Portaria Nº 002, de 06 de abril de 2023. A Câmara Técnica Municipal tem caráter eminentemente técnico, multiprofissional, não punitivo, congregando representantes do Sistema de Saúde local, com objetivo de analisar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis, fetais e maternos, identificando os fatores determinantes e condicionantes da mortalidade, e propor medidas que visem à melhoria da qualidade da assistência à saúde para redução da mortalidade infantil, fetal e materna, bem como avaliar os casos com desfecho negativo (óbito fetal, abortamento e transmissão vertical) de sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatites virais notificadas durante a gestação e o parto.

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP

Núcleo de segurança do paciente: é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. A Criação do Núcleo de Segurança do Paciente se justifica conforme previsto na Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013, na resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 e por meio da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) a partir da resolução nº 1046/2021, que instituiu as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente no Estado do Paraná, tendo como um dos objetivos prioritários aumentar de 2 (9,52%) para 11 (52,38%) municípios com mais de 100 mil habitantes com NSP municipal constituído.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, educativa e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Secretaria de Saúde do município de Toledo-PR.

O NSP tem por finalidade assessorar a Secretaria de Saúde, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura municipal voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais nos serviços de saúde.

O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam

dentro dos padrões de qualidade exigidos.

Segundo a ANVISA o NSP deve ser constituído minimamente por um médico, um enfermeiro e um farmacêutico, considerando que o NSP municipal de Toledo abrange todos os serviços que prestam assistência na atenção primária à saúde (Unidades Básicas de Saúde, Certis e Ambulatórios), Central de especialidades e Saúde Mental (CAPS e Ambulatório). O Núcleo de Segurança Paciente municipal preferencialmente deve ser composto minimamente por: Coordenador; Médico; Enfermeiro; Farmacêutico; Odontólogo; Gerente da Atenção Primária à Saúde; Administrativo; Representante do Departamento da Atenção Primária à Saúde; Representante da Central de Especialidades; Representante do Departamento de Saúde Mental;Representante da Central de Materiais.

No momento atual a comissão do NSP é composto por 13 integrantes com conhecimento prévio sobre o tema, as reuniões são realizadas mensalmente conforme cronograma estipulado no início do ano de 2024 após portaria nº PORTARIA No 01, de 04 de janeiro de 2024 que constitui o Núcleo de Segurança do Paciente no município.

O NSP municipal de Toledo encontra-se atualmente em fase de estruturação, até o momento foram elaborados: regimento interno, plano de segurança do paciente, notificação de eventos adversos e documentação para estruturação do serviço.

Telessaúde - Teledermatologia

Telessaúde é um sistema de prestação de serviços de saúde a distância, realizado com a ajuda das tecnologias da informação e de comunicação. Considerando a Resolução SESA Nº 1048/2021, que dispõe sobre a criação do Núcleo Estadual de Telessaúde da SESA/PR e do Telessaúde Paraná, a Tele-dermatologia na 20ª RS será implantada pela Oferta Nacional de Telediagnóstico no Paraná em parceria com o Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina, conforme o Protocolo nº 21.653.535-9, de adesão dos 18 municípios da 20ª RS, previamente, aprovada por meio da Deliberação CIB PR nº 408/2023.

Após a capacitação de todos os médicos e da equipe responsável pelo registro fotográfico. Iniciou-se a teledermatologia no dia 05/08/2024 e a

reavaliação da fila de espera de dermatologia. Mensalmente é avaliado um mês da fila de espera, começando pelo mês de 08/11/2024. É realizado o monitoramento dos pacientes que estão na fila de espera e a liberação dos laudos dos exames de dermatoscopia.

A teledermatologia facilita o acesso ao diagnóstico e tratamento de problemas dermatológicos, reduzindo a necessidade de encaminhamentos desnecessários e priorizando os casos mais graves.

Microplanejamento /Imunização

MEV/ monitoramento das estratégias de vacinação

O microplanejamento parte do reconhecimento da realidade local, considerando as características sociodemográficas, econômicas, sociais e necessidades dos Municípios e das suas menores divisões, foi desenvolvido por profissionais de enfermagem conforme orientação da Secretaria de Estado, ordenado área de abrangência da menor para a maior concentração populacional, realizado a pesquisa com um cálculo da cobertura vacinal e populacional, para identificação dos bolsões de não vacinados, mapeado os territórios, realizado coleta de dados, cada sala de vacina realizou de territórios, amostra populacional com crianças de 6 meses a menores de 5 anos, o Município teve por amostragem a pesquisa em 298 crianças do Município, foi realizado na data de 20/07/2024, pelas Unidades Básicas de Saúde. (Manual de Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade).

Campanha vacinação contra a Covid-19

A campanha de vacinação contra a covid-19 se iniciou em janeiro de 2021 e se estendeu até 31/11/2021, conforme orientação e disponibilização das doses de vacina eram realizados os atendimentos, iniciou-se na Secretaria de Saúde junto ao AMI, depois se estendeu aos pontos de vacinação, que foram montados nos certi Coopagro, Certi Pioneira, uma tenda no lago municipal, no Ginásio Alcides Pan, também utilizamos o CEJU do Jardim Europa e o Ceju do Jardim Coopagro para a vacinação dos adolescentes.

Prefeitura nos bairros 2023

A Secretaria da Saúde ofertou à população orientações quanto aos diversos serviços prestados à saúde do Município, vacinação e verificação de situação vacinal dos usuários, executou Práticas Integrativas Complementares, realizou avaliações odontológicas, atualizou cadastros dos pacientes, realizou orientações para prevenção contra a dengue, aferição de Pressão Arterial, disponibilizou a ouvidoria para reclamações, sugestões e elogios, realizou listagem de pacientes para posterior agendamento aos procedimentos: mamografias, citopatológico, testes rápidos. Foram realizados de julho a novembro de 2023 uma vez ao mês nos bairros do Município.

Participação na Ação Dia da Cidadania

As ações de enfrentamento do frio começaram quando as temperaturas estavam abaixo de 6 graus. A partir do dia 10/07/2023 iniciou-se uma ação intersetorial semanalmente na Associação dos Pioneiros de Toledo - APITO. O cronograma dessa ação segue com programação até 13 de dezembro de 2024.

Paraná em ação

Coordenado pela SEJU - Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania e instituído pela Lei nº16.583/2010, tem como prioridade atender comunidades e municípios, sendo o objetivo ofertar serviços, que promovam cidadania e inclusão social da população em um só local, serviços gratuitos a quem realmente precisa, que são indispensáveis à população.

A coordenação do Paraná em Ação é responsabilidade da Secretaria da Justiça e Cidadania, que articula ações e estabelece parcerias com órgãos e entidades municipais, estaduais, federais e sociedade civil, para cumprimento dos seguintes objetivos:

- Realizar palestras, debates, feiras e outros eventos de forma a incentivar a participação de setores organizados da sociedade nas questões públicas governamentais.
- Incentivar à formação de órgãos colegiados representativos da comunidade, bem como o desenvolvimento de mecanismos de inserção e integração de demandas coletivas ao planejamento público.

- Atender as necessidades da comunidade paranaense, por meio de políticas públicas nas áreas da Justiça, Trabalho, Cidadania, Direitos Humanos, Segurança, Educação, Saúde, Agricultura, Meio Ambiente, Urbanismo, Infraestrutura, Energia Elétrica, Saneamento, Habitação, Social, Cultura, Esporte e Lazer.

O evento aconteceu na data de 11,12 e 13 de setembro no Centro de eventos Desiree Refosco na Vila Pioneira, beneficiando cerca de 1.500 pessoas, que receberam 5.978 atendimentos.

PRÊMIOS/EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical de Sífilis e HIV

A transmissão vertical ocorre quando a criança é infectada por alguma IST durante a gestação, parto, e em alguns casos durante a amamentação. Todas as gestantes e suas parceiras sexuais devem ser investigadas para IST durante o pré-natal e no momento do parto, especialmente para o HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

A Dupla Certificação de Eliminação da transmissão vertical de HIV/SÍFILIS é uma estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde, aprimorando ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além da qualificação da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas voltadas à eliminação da Transmissão vertical no Brasil.

Os critérios mínimos para solicitar a certificação são: ter implementado o comitê de prevenção de mortalidade materna, infantil e fetal, comprovação das medidas preventivas para eliminação da transmissão vertical de HIV/SÍFILIS, resguardar os direitos humanos fundamentais e dispor de sistema de vigilância e monitoramento dos casos.

Os indicadores utilizados para avaliação são a taxa de incidência de crianças infectadas com HIV/SÍFILIS, taxa de transmissão vertical, taxa de incidência de sífilis congênita, cobertura mínima de consultas de pré-natal, cobertura de testagem rápida no pré-natal, cobertura de gestante infectada pelo

HIV em uso de terapia antirretroviral, cobertura de criança exposta ao HIV e cobertura de gestante tratada adequadamente para sífilis.

Objetivos:

- Verificar a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança exposta.
- Implantação e implementação de fluxo e protocolos para o acompanhamento da gestante e criança.
- Fortalecer as intervenções preventivas realizadas no município de Toledo-PR no que se refere a eliminação da transmissão vertical do HIV/SÍFILIS.
- Promover a articulação nos diversos pontos de atenção à saúde para fortalecer a rede materno infantil.
- Implementar a interação e o fluxo de informação entre CTA/SAE (Centro de Testagem e Acolhimento/Serviço de Atendimento Especial), vigilância epidemiológica, maternidade e atenção primária para garantir a qualidade e o seguimento adequado das gestantes, puérperas e crianças expostas ao HIV/SÍFILIS.
- Reconhecer o processo de trabalho de gestores e profissionais de saúde envolvidos na eliminação da transmissão vertical.
- Adotar práticas que visem a sensibilização dos profissionais de saúde frente à notificação dos casos de HIV/SÍFILIS.
- Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao acompanhamento das gestantes e crianças conforme os protocolos instituídos no município.
- Garantir a realização de testes rápidos de HIV/SÍFILIS em tempo oportuno a fim de proporcionar o tratamento precoce prevenindo a transmissão vertical.
- Garantir maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Resultados Alcançados: Deu-se início ao processo de validação no mês de junho de 2023, onde foi realizada a primeira reunião de alinhamento, seguido do encaminhamento do relatório ao ministério da saúde. O relatório foi aprovado em agosto de 2023 e a visita técnica para avaliação do município ocorreu nos dias 27 a 29 de setembro de 2023 com o objetivo de validar e

qualificar as informações contidas no relatório encaminhado pelo município.

Foram avaliados os processos e os documentos pertinentes dos seguintes locais: Uma Unidade básica de Saúde, CTA/SAE, maternidade de referência, vigilância epidemiológica, laboratório de análise clínica e Ambulatório Materno Infantil.

Considerando que o município de Toledo atingiu as metas propostas pelo ministério da saúde, o mesmo recebeu a dupla certificação de eliminação da transmissão vertical de HIV/SÍFILIS na data de 08 de dezembro de 2023 tornando-se o segundo município do Brasil a possuir a dupla certificação.

A certificação é um marco importante para a saúde do município de Toledo, acima de tudo reflete a qualidade da assistência prestada às gestantes e crianças por todos os profissionais de saúde e gestores atuantes na rede de atenção à saúde. A experiência da eliminação da transmissão vertical de HIV/SÍFILIS mostrou que Toledo está bem estruturado e com equipes envolvidas em todos os processos, porém mais importante que os resultados, foram os meios utilizados para atingi-los, proporcionando mudanças na rotina dos serviços e melhor integração da vigilância com a assistência à saúde.

Pleiteamos a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical e/ou Selos de Boas Práticas de Hepatite B

Este processo é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que visa reconhecer os municípios e estados que conseguiram eliminar a transmissão da doença de mãe para filho. Buscando fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde, aprimorando ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além da qualificação da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas voltadas à eliminação da transmissão vertical no Brasil, 2023.

Foi atualizado a Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical incluindo os indicadores de impacto e processo para certificação de eliminação e/ou selos de boas práticas rumo à eliminação da transmissão vertical de hepatite B e doença de chagas, 2024 estamos pleiteando a certificação da eliminação da transmissão vertical de Hepatite B e/ou selo de

Boas Práticas, este reflete a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança exposta, fortalecendo as intervenções preventivas, além de reconhecer o processo de trabalho de gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos na eliminação da transmissão vertical .

Os critérios Mínimos para certificação:

- Implementação de comitê de investigação para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais ou grupos técnicos/grupos de trabalho, ou comitê de prevenção de mortalidade materna, infantil e fetal que investiguem os casos de transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.
- Comprovar que foram tomadas todas as medidas preventivas adequadas à eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis e/ou hepatite B, principalmente em serviços de saúde localizados em áreas onde ocorram situações de maior vulnerabilidade social e individual.
- Implementação de ações para a garantia de direitos humanos, igualdade de gênero e de raça/etnia e participação social, com ênfase em populações vulnerabilizadas e determinantes sociais.
- Disponibilidade de sistema de vigilância e monitoramento dos casos de transmissão vertical de HIV e/ou sífilis e/ou Hepatite B.

Indicadores e metas de processo: Cobertura de vacina de hepatite B em crianças até 30 dias após o nascimento; Cobertura de 3ª dose de vacina pentavalente em menores de 1 ano; Cobertura de gestantes com pelo menos um teste para hepatite B no pré-natal; Cobertura mínima de quatro consultas no pré-natal.

O início do processo de validação ocorreu no dia 23 de fevereiro de 2024, onde foi realizada a primeira reunião de alinhamento, no dia 28 de fevereiro de 2024 por e-mail confirmando a participação do Município. No dia 26 de abril de 2024 enviamos o relatório ao Ministério da saúde. O relatório foi aprovado dia 06 de maio de 2024 e a visita técnica para avaliação do município ocorreu nos dias 13,14 e 15 de agosto de 2024 com o objetivo de validar e qualificar as informações contidas no relatório encaminhado pelo município.

Foram avaliados os processos e os documentos pertinentes dos

seguintes locais: uma Unidade básica de Saúde, CTA/SAE, maternidade de referência, vigilância epidemiológica, laboratório de análise clínica e Ambulatório Materno Infantil.

Neste momento estamos aguardando o resultado final que será divulgado pelo Ministério da Saúde.

Projeto CMEI Cárie Zero: cuidando dos primeiros sorrisos

Experiência exitosa da Odontologia apresentada no Congresso Estadual de Saúde Bucal no Serviço Público nos dias 17 de Agosto e 18 de Agosto de 2023 na cidade de Curitiba-PR.

Inscrição no Prêmio Nacional de Saúde Bucal

Esse prêmio é promovido pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e tem como objetivo valorizar as prefeituras que se destacam na oferta de serviços de saúde bucal para a população, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Municípios premiados tornam-se exemplos a serem seguidos por outros gestores públicos, mostrando o impacto positivo que uma política de saúde bucal bem estruturada pode ter na qualidade de vida da população.
Resultado final a partir do dia 01/11/2024.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Kits didáticos para orientação sobre nutrição

Kit nutrição especial composto por réplicas que reproduzem com fidelidade os mínimos detalhes dos alimentos e outros componentes necessários para educação alimentar, de qualidade e com a intenção de demonstrar cardápio saudável, produzido em polietileno, poliuretano, silicone e plástico, com tamanho próximo as dimensões de alimentos naturais. Composto por 1 bolsa para os produtos, pastas para armazenar as réplicas de alimentos; 1 medidor de volume, conjunto medidor de xícaras, conjunto medidor de colheres; 2 pratos para montagem dos produtos; 1 pão francês; 2 fatias de pão de forma; 1 porção de arroz; 1 porção de feijão; 1 porção de

lentilha; 1 porção de macarrão; 1 porção de alface; 1 porção de beterraba; 1 porção de brócolis refogado, 1 porção de cenoura; 4 fatias de mandioquinha; 3 rodelas de tomate; 4 fatias de batata; 1 mandioca; 1 fatia de melancia; 1 banana; 1 maçã; ½ mamão papaia; 1 laranja; 1 porção de manteiga; 1 porção margarina; 1 copo de leite de 200ml; 1 copo de iogurte de 110ml; 1 fatia de queijo minas;2 fatias de queijo prato; 2 fatias de presunto; 1 quantidade de gordura no leite integral; 1 quantidade de gordura no leite semidesnatado; 1 bife grelhado; 1 filé de frango grelhado; 1 ovo frito; 1 sanduíche de hambúrguer; 1 fatia de pizza; 1 sanduíche natural; 1 fatia de bolo; 3 unidades de biscoito recheado; 1 bolinho recheado. Produtos atóxicos, não comestíveis. Estojo de valores nutricionais, que permite a visualização rápida e precisa das quantidades de sódio, gorduras totais, fibras e carboidratos que devem ser consumidas diariamente. Estojo é composto por 40 frascos de aproximadamente 7 cm de altura cada, com nutrientes de cada alimento, acomodados em um estojo plástico facilitando o manuseio, armazenamento e transporte

Modelos anatômicos para educação sexual e reprodutiva

Kit planejamento familiar, material educativo com no mínimo quadro de métodos contraceptivos (preservativo masculino e feminino, DIU, diafragma, cartela de amostra de pílula anticoncepcional, tabela para método de temperatura), pênis em material emborrachado. Modelo anatômico patológico do útero em tamanho real. Confeccionado em resina plástica ou PVC, com cores realistas e alta definição, sendo possível visualizar a vagina, cavidade uterina, tubas uterinas, ovários, fímbrias, ligamento do ovário, miométrio, endométrio, cérvix e as principais patologias: carcinoma, tumores fibroides, tumor fibroide pedunculado, cistos, endometriose, sarcoma, pólipos, folículos; salpingite e adenomiose. Montado sobre uma base, acompanha manual em português.Modelo patológico do fígado e vesícula biliar em tamanho real, confeccionado em resina plástica em cores reais. Deve permitir identificar cirrose, obstrução biliar, cálculos biliares, tumores e estruturas anatômicas. Simulador da região do abdômen e pelve feminina que exibe úteros saudáveis e patológicos. Projetado para estudos e práticas técnicas de exames

ginecológicos, palpação do útero, exame da região pélvica e vagina, inserção e remoção de contraceptivos e observação do útero, ovário, trompas e ligamentos. Confeccionado em PVC especial e poli elastômero com medidas aproximadas de 50 x 30 x 51 cm. Composto por: meio torso adulto feminino, com abdômen, pelve, útero saudável, patológico e acessórios. Acompanha bolsa de transporte, manual e no mínimo 8 modelos de útero (saudável e patológico); 8 modelos de colo de útero (saudável e patológico); 1 útero gravídico 5 meses (sem o feto); 1 útero para colocação de DIU.Modelo anatômico de pelve masculina com próstata. Confeccionado em tamanho reduzido de aproximadamente 20 cm x 15 cm em resina ou PVC, com cores realistas e alta definição, em corte mediano, sendo possível visualizar estrutura anatômica do pênis, bexiga, uretra, testículo, reto, músculos e vasos sanguíneos. Na base o modelo deve mostrar a próstata saudável e as principais patologias como hiperplasia, hipertrofia e câncer de próstata. Montado sobre uma base.

Novos equipamentos odontológicos

13 Bandejas de coluna

10 Suportes de avental de chumbo

14 Aventais de chumbo

04 Compressores de ar

01 Consultório Odontológico Portátil (cadeira e equipo pneumático)

08 Cadeiras Odontológicas

07 Fotopolimerizadores de Led

08 Gaveteiros Clínicos

64 Mochos a Gás

04 Negatoscópio Led

04 Ultrassom com Jato de Bicarbonato

Instalação de novos equipamentos odontológicos nas seguintes UBS

Cosmos

Novo Sobradinho

Vila Ipiranga

Certi Coopagro

Pancera

Novo Sarandi

Industrial

Maracanã

Vila Nova

NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA APS

Nova metodologia de cofinanciamento Federal da APS (Portaria GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024)

A primeira parcela do cofinanciamento federal da APS que é transferida do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde considerando a nova metodologia de cofinanciamento federal da APS foi realizada na parcela 05, em maio de 2024.

Os componentes que compreendem o novo Financiamento da APS: Componentes Fixo - valor mensal fixo por equipe transferido para os municípios, referente ao número de eSF e eAP homologadas e válidas. O valor do componente fixo por equipe dependerá da classificação do município pelo Índice de Equidade e Dimensionamento (IED) (PORTARIA GM/MS Nº 3.493, ANEXO VI e ARTIGO 9º)

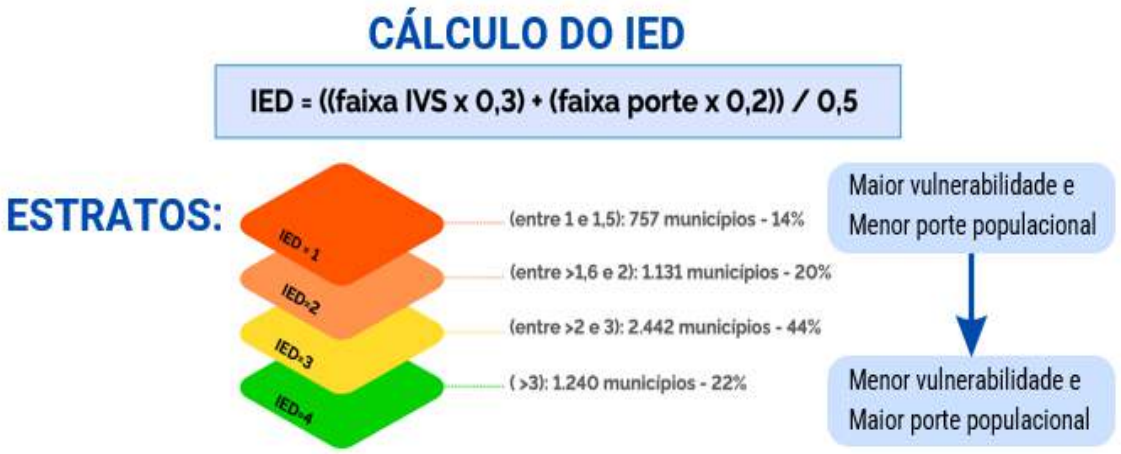
O Índice de Vulnerabilidade social pode ser classificado em:

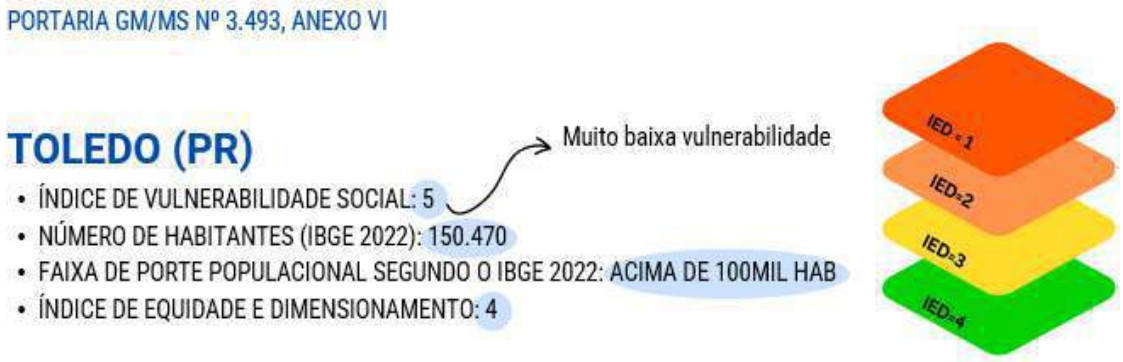
1) Muito alta vulnerabilidade;
2) Alta vulnerabilidade;
3) Média vulnerabilidade;
4) Baixa vulnerabilidade;
5) Muito baixa vulnerabilidade.

E o porte Populacional pode ser identificado conforme descrito abaixo:

1) Até 20 mil habitantes;
2) Acima de 20 mil até 50 mil habitantes;
3) Acima de 50 mil até 100 mil habitantes;
4) Acima de 100 mil habitantes.

Cálculando o IED (Índice de Equidade e Dimensionamento)





Componente vínculo e acompanhamento territorial - valor mensal por equipe transferido aos municípios referente ao número de eSF e eAP homologadas e válidas. Avaliará critérios demográficos e de vulnerabilidade completude do cadastro, acompanhamento e atendimento das pessoas vinculadas pelas equipes, satisfação do usuário.

Componente de qualidade - valor mensal transferido aos municípios referente ao número de eSF e eAP homologadas e válidas. O valor do componente de qualidade considerará o alcance dos resultados nos indicadores pactuados e a classificação da equipe.

Como será realizada a primeira etapa de implantação da nova metodologia de cofinanciamento:

A primeira etapa ocorrerá durante 12 parcelas (maio/24 a abril/25), que correspondem ao período de transição entre o antigo modelo e o novo modelo.

Nesse período os municípios receberão pelas eSF e eAP os valores do componente fixo, do componente vínculo e acompanhamento territorial e do componente qualidade, da seguinte forma:

- Para o componente fixo, o valor será transferido conforme o estrato do município no IED;
- Para o componente vínculo e acompanhamento territorial, o valor transferido para todos os municípios será corresponde a classificação "bom" das equipes no valor de R$ 6.000,00; e
- Para o componente qualidade, o valor transferido para todos os municípios será correspondente a classificação "bom" das equipes no valor de R$ 6.000,00.

Classificação das eSF e eAP dos Municípios nos Componentes Vínculo e Acompanhamento Territorial e Qualidade.

PORTARIA GM/MS Nº 3.493, ANEXO VI e ARTIGO 9º

Equipe	Modalidade	Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial e qualidade			
		Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	40h	R$ 8.000,00	R$ 6.000,00	R$ 4.000,00	R$ 2.000,00
eAP	30h	R$ 4.000,00	R$ 3.000,00	R$ 2.000,00	R$ 1.000,00
eAP	20h	R$ 3.000,00	R$ 2.250,00	R$ 1.500,00	R$ 750,00

Pagamento das eSB e eMulti na Primeira Etapa de Implantação da Nova Metodologia.

Alterações apenas no componente qualidade (indicadores) Na primeira etapa de implantação da nova metodologia, 12 parcelas (maio/24 a abril/25), as eSB e eMulti receberão no componente de qualidade referente a classificação "bom".

Segunda etapa de implantação (Portaria GM/MS Nº3.493)

A partir da parcela 05 de 2025, sendo esta maio de 2025 os municípios passarão a receber o custeio das equipes referentes aos resultados nos

componentes de vínculo e acompanhamento e qualidade conforme a classificação das eSF, eAP, eSB e eMulti;

A partir da parcela 05/12 de 2025, as equipes serão classificadas para fins do cofinanciamento federal nos componentes vínculo e acompanhamento territorial e qualidade, conforme os resultados alcançados pelas equipes.

Ex: Uma ESF qualquer em Toledo (IED 4)

- Componente fixo: R$ 12.000
- Componente de vínculo e acompanhamento territorial (conforme a classificação "Bom"): R$ 6.000
- Componente de qualidade (conforme a classificação "Ótimo"): R$ 8.000

Total: R$ 26.000

Aguardando portarias de definição quanto aos indicadores para mensuração do componente de qualidade de acordo com realidade Municipal.

EM ANDAMENTO

DETALHAMENTO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** é uma estratégia prioritária de Atenção à Saúde que busca reorientar o processo de trabalho e fortalecer a atenção primária à saúde. É composta por uma equipe multiprofissional mínima, denominada equipe de Saúde da Família (eSF), composta por médico, preferencialmente especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo acrescentar em sua composição profissionais de saúde bucal.

As Unidades Básicas de Saúde, anteriormente conhecidas como tradicionais e que não recebiam nenhum tipo de financiamento tampouco possuíam regras de formação de equipes mínimas, deram lugar às **equipes de Atenção Primária (eAP**), que são responsáveis por prestar cuidados de saúde de forma integral e contínua à população dentro do modelo de atenção primária

e devem observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. Essa modalidade de equipe se difere da ESF em sua composição. Os profissionais que minimamente compõem essas equipes incluem: médico, enfermeiro.

As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária.

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais.

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais.

A **Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF)** é uma importante extensão dos cuidados primários oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é composta por profissionais capacitados para atender às necessidades de saúde bucal da comunidade de forma integral, contínua e preventiva. A equipe básica de saúde bucal geralmente inclui:

Cirurgião-Dentista (CD): Profissional responsável pelo diagnóstico, tratamento e promoção da saúde bucal, coordenando o cuidado integral aos usuários.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB): Atua na organização dos processos de trabalho, auxiliando o dentista nas atividades clínicas e nos procedimentos preventivos.

Técnico em Saúde Bucal (TSB): Profissional com formação técnica que também auxilia o dentista nas atividades clínicas e, além disso, pode realizar procedimentos preventivos sob a supervisão do cirurgião-dentista.

Modalidades das Equipes de Saúde Bucal na ESF

Existem diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na ESF, que variam de acordo com o nível de complexidade dos serviços oferecidos:

Modalidade I: Composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal (ASB). Essa equipe atua prioritariamente na prevenção e promoção da saúde bucal, além de realizar procedimentos clínicos básicos.

Modalidade II: Composta por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB). Esta modalidade oferece um serviço mais completo e eficiente, priorizando a mão de obra do dentista para procedimentos mais complexos enquanto os procedimentos mais simples podem ser realizados pelo técnico em saúde bucal.

Ambas as modalidades têm como objetivo garantir a atenção integral à saúde bucal dos pacientes, integrando as ações ao restante da equipe da Estratégia de Saúde da Família para um atendimento humanizado e contínuo, promovendo a educação em saúde, prevenção e reabilitação.

Equipe Multiprofissional (eMULTI)

Na Atenção Primária à Saúde (APS), as equipes multiprofissionais são chamadas de eMulti. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde. Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar incluem assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga e educador físico. A eMulti realiza atendimentos individuais, em grupo e domiciliares, atividades coletivas, discussões de casos, articulação intersetorial e com a rede de atenção à saúde (RAS). Alguns profissionais da eMulti são divididos por território de referência, dentre elas as nutricionistas e as assistentes sociais. A psicóloga é referência para o POM, UBS Alto Panorama -CENSE, UBS Cosmos referência para casa de semiliberdade e participação de reuniões em UBS, atividades coletivas, grupos na APS. Os demais profissionais, fisioterapeuta, educador físico e fonoaudiólogo, são referências para todas as UBS do município de acordo com os critérios de elegibilidade dos usuários do SUS.

Modalidades da equipe eMulti: Equipe Multiprofissional Ampliada credenciada e homologada, Equipe Multiprofissional Complementar solicitado credenciamento.

Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

A eAPP está desenvolvendo atividades dentro da Cadeia Pública de Toledo (DEPEN) e à Associação de Proteção e Assistência ao Condenado (APAC). A assistência à saúde aos privados de liberdade busca atender todas as demandas de saúde em nível de atenção primária em saúde, consultas médicas e de enfermagem, encaminhamentos, pequenos procedimentos, imunizações, ações de promoção e prevenção à saúde como rodas de conversa, palestras entre outros. Para atender as demandas de saúde bucal o Depen e a APAC encaminham seus pacientes a UBS de referência, sendo APAC a UBS industrial e DEPEN UBS centro de saúde.

Licenças Sanitárias

Considerando a necessidade de solicitação das vistorias junto a Vigilância Sanitária a fim de obtermos as licenças sanitárias das unidades básicas de saúde de nosso município.

Considerando que um dos itens exigidos na vistoria da Vigilância Sanitária para liberação da Licença Sanitária é a conclusão da obra da CME, que se encontra na fase final.

Estruturamos um cronograma proposto para adequação das Licenças Sanitárias, este cronograma está levando em consideração a real complexidade de execução de tal processo, por envolver diversos departamentos de várias secretarias. Por exemplo: o Departamento de Atenção Primária elabora o projeto inicial, memorial descritivo, plano de necessidades e estudo técnico preliminar, além de organizar os demais documentos para receber a vistoria da Vigilância Sanitária.

O Departamento de Vigilância Sanitária avalia o PBA (Projeto Básico de Arquitetura), sugere adequações da planta e fluxos. O Departamento Financeiro administrativo providencia as compras de equipamentos, contrata manutenções preventivas, corretivas e licitações necessárias para manter os serviços em funcionamento. A Secretaria de Planejamento elabora o Projeto Básico Arquitetônico, memorial simplificado e demais documentos

relacionados ao certificado dos bombeiros. Além de outras atribuições que demandam tempo para execução e encaminhamentos.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	ANO
UBS Maracanã, UBS Paulista, UBS Centro, UBS Industrial, UBS Coopagro, Vila Nova.	2024
UBS São Francisco, UBS Pancera, UBS Santa Clara V, UBS Boa Vista, UBS Europa, UBS Cosmos, UBS Jardim Concórdia	2025
UBS Cezar parque, UBS São Luiz, UBS Novo Sobradinho, UBS Sarandi, UBS Panorama, UBS Concórdia do Oeste, UBS Dez de Maio, UBS Cerro da Lola	2026
UBS Concórdia do Oeste, UBS Porto Alegre, UBS Alto Panorama, UBS Dois Irmãos, UBS Vila Ipiranga, UBS Bom Princípio, UBS Ouro Preto, UBS Porto Alegre	2027

ESFSB Alto Panorama

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), com três equipes de Saúde da Família (eSF) e duas eSB*. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 17:00 horas, totalizando dez horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo nove micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	9	360
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	2	80
ENFERMEIRO T8 - ESF I	3	120
ESTAGIÁRIO ADMINISTRATIVO	1	20
FARMACÊUTICO I	2	60
MAIS MÉDICOS	2	68
MÉDICO CLÍNICO - PSS	1	15
MÉDICO T8 - ESF	1	40

ODONTÓLOGO ESF-ESB I*	2	80
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	6	240
TÉCNICO EM FARMÁCIA	2	60
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I*	1	40
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I	1	40
Total	**33**	**1223**

*Uma equipe de odontologia atende à população da ESF Bressan

Ambulatório de feridas e ostomias

O Ambulatório de feridas e ostomias está anexo à Unidade Básica de Saúde do Coopagro. O funcionamento do Ambulatório é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas.

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
ENFERMEIRO I	2	60
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	1	30
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	4	120
TOTAL	**7**	**210**

ESFSB Bressan Cezar Parque

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com duas equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00h às 12:00h e das 13:30h às 17:30h, totalizando oito horas. Possui 10 micro-áreas, sendo seis áreas cobertas por ACS e quatro descobertas.

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	6	240
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	2	80
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I*	2	60
ESTAGIÁRIO DE ENFERMAGEM	1	30
MAIS MÉDICOS	1	36
MÉDICO T8 - ESF	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	3	120
TOTAL	**17**	**636**

*Um dos enfermeiros possui redução de carga horária conforme determinação da Secretaria de Recursos Humanos.

EAP Centro de Saúde de Toledo

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por três eAP Modalidade II. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas. Possui 25 micro-áreas, sendo oito micro-áreas cobertas por ACS e 17 descobertas.

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	8	320
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	6	210
ASSISTENTE SOCIAL	1	30
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	2	60
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	3	90
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
MÉDICO CLÍNICO	2	30

MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1	24
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL	4	120
MÉDICO T4 - PEDIATRA	3	44
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	2	60
ODONTÓLOGO I	2	20
ODONTÓLOGO T4 I	2	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	10	240
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I PSS	2	60
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL I	1	30
Total	**51**	**1448**

CERTI Coopagro

Centro de Revitalização da Terceira Idade é um equipamento da política de Assistência Social que conta com uma eAP Modalidade I para atendimento à população idosa, além de equipe odontológica e fisioterapeuta. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 17:30h.

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	1	30
ESTAGIÁRIO ADMINISTRATIVO	1	30
FISIOTERAPEUTA I	1	30
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL I	1	20
ODONTÓLOGO I	2	20
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1	30
TOTAL	**8**	**190**

CERTI Pioneiro

Centro de Revitalização da Terceira Idade é um equipamento da política de Assistência Social que conta com uma eAP Modalidade I para atendimento à população idosa, além de equipe odontológica e fisioterapeuta. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 17:30h

FUNÇÃO	CONTAGEM DE FUNÇÃO	SOMA DE CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	1	30
FISIOTERAPEUTA I	1	30
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL	1	20
ODONTÓLOGO T4 I*	2	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	1	30
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I*	1	40
TOTAL	**8**	**220**

*A equipe de odontologia que atende no CERTI Pioneiro, pertence à UBS Jardim Maracanã

ESF Interior Oeste

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com uma equipe de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 12:00h e das 13:30 às 17:30h, totalizando oito horas. Possui território dividido em duas micro-áreas, sendo uma micro-área coberta por ACS e uma descoberta.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	1	40
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	1	40

ENFERMEIRO T8 - ESF I	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
MÉDICO T8 - ESF	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	2	80
Total	**7**	**250**

*A equipe odontológica constante no CNES atende na unidade de Dez de Maio

EAP Jardim Coopagro

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por duas eAP Modalidade II e uma eAP Modalidade I. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas. Possui território dividido em 12 micro-áreas, sendo 10 micro-área coberta por ACS e 2 descoberta.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	10	400
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	4	160
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	1	30
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	3	90
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
FARMACÊUTICO I	2	60
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL	3	70
MÉDICO T4 - GINECOLOGISTA/OBSTETRA	1	8
MÉDICO T4 - PEDIATRA	3	47
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	2	44

MÉDICO T6 - GINECOLOGISTA/PLANTONISTA I	1	30
ODONTÓLOGO I	3	25
ODONTÓLOGO T4 I	1	20
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	9	270
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	1	40
TÉCNICO EM FARMÁCIA	3	120
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL I	1	30
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I	1	40
Total	**51**	**1554**

ESFSB Cosmos

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com quatro equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 07:00 às 17:00 horas, totalizando dez horas. Possui 20 micro-áreas, sendo 10 cobertas por ACS e 10 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
ACS/AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	0
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	10	380
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	3	120
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	2	80
ENFERMEIRO T8 - ESF I	5	200
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
ESTAGIÁRIO ADMINISTRATIVO	1	20
ESTAGIÁRIO DE FARMÁCIA	1	30
FARMACÊUTICO I	2	60

MAIS MÉDICOS	1	36
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	1	30
MÉDICO T8 - ESF	3	120
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	2	80
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	8	320
Total	**41**	**1516**

EAP Dez de Maio

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por uma eAP Modalidade II que atende também a comunidade Cerro da Lola além de outras comunidades no território. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 13:00h, totalizando 6 horas. Conta com cobertura total de ACS.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE *	2	80
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
MAIS MÉDICOS	1	36
ODONTÓLOGO T4 I	1	20
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	1	30
Total	**8**	**236**

ACS realiza visita domiciliar em Dez de Maio e Cerro da Lola.

Posto de Saúde Dois Irmãos

Unidade de saúde ainda não enquadrada em nenhum dos modelos financiados pelo Ministério da Saúde. Horário de funcionamento da unidade é das 07:00h às 13:00h

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	1	30
ENFERMEIRO I	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	1	11
Total	**4**	**81**

Posto de Saúde Vila Ipiranga

Unidade de saúde ainda não enquadrada em nenhum dos modelos financiados pelo Ministério da Saúde. Horário de funcionamento da unidade é das 07:00h às 13:00h

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE *	1	40
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8-ESF/ESB I	1	8
ENFERMEIRO I	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	1	5
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	8
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	1	30
Total	**7**	**131**

*ACS realiza visita domiciliar e cadastros em Dois Irmãos e Vila Ipiranga **

ESFSB Jardim Concórdia

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com duas equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 12:00h e das 13:30 às 17:30h, totalizando oito horas. Possui 10

micro-áreas, sendo 8 cobertas por ACS e 2 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
ACADÊMICO DE ENFERMAGEM	1	30
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	8	320
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	1	40
AUXILIAR EM SAúDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I	2	80
MÉDICO T8 - ESF	2	80
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	5	200
Total	**22**	**860**

ESFSB Paulista

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com duas equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 12:00h e das 13:00 às 17:00h, totalizando oito horas. Possui 8 micro-áreas, sendo 6 cobertas por ACS e 2 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	6	240
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	2	80
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	30

ENFERMEIRO T8 - ESF I	2	80
MAIS MÉDICOS	1	36
MÉDICO T8 - ESF	1	40
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	4	160
Total	**19**	**746**

Casa Abrigo

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
ENFERMEIRO I	6	180
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	6	180
Total	**12**	**360**

ESFSB Jardim Europa

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com quatro equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 7 às 19 horas, totalizando doze horas. Possui 21 micro-áreas, sendo 18 cobertas por ACS e 3 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	18	720
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	4	160
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I	4	160
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40

FARMACÊUTICO I	2	60
MAIS MÉDICOS	2	72
MÉDICO T8 - ESF	2	80
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	2	80
ODONTÓLOGO I	1	10
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	1	30
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	8	320
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I	3	120
Total	**50**	**1922**

EAP Vila Industrial

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por duas eAP Modalidade II. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas. Possui 20 micro-áreas, sendo 8 cobertas por ACS e 12 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	8	320
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	2	80
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	6	180
ENFERMEIRO I	2	60
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	1	8
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL I	1	20
MÉDICO T4 - PEDIATRA	1	15
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	2	60

MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I - PSS	1	30
ODONTÓLOGO I	2	20
ODONTÓLOGO T4 I	1	20
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	4	120
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL I	2	60
Total	**34**	**1033**

ESF Interior Leste

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com uma equipe de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 12:00h e das 13:30 às 17:30h, totalizando oito horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo duas micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	2	80
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I	1	40
MAIS MÉDICOS	1	36
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	2	80
Total	**7**	**266**

EAP BOA VISTA

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por uma eAP Modalidade II. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 13:00h, totalizando 6 horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo uma micro-área coberta.

FUNÇÃO	Contagem de	Soma de CARGA

	FUNÇÃO	HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	1	40
ENFERMEIRO I	1	30
MAIS MÉDICOS	1	36
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	2	60
Total	**5**	**166**

EAP Jardim Maracanã

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por uma eAP Modalidade II e uma eAP Modalidade I. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas. Possui 26 micro-áreas, sendo 15 cobertas por ACS e 11 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	15	600
AMB. UFPR ENFERMEIRO PRÉ-NATAL E PUERI	1	6
AMB. UFPR GINECOLOGIA	1	20
AMB. UFPR MEDICINA DA COMUNIDADE	1	6
AMB. UFPR OBSTETRÍCIA	1	4
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	5	200
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO I	2	60
ENFERMEIRO I PSS	3	90
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
ESTAGIÁRIO ADMINISTRATIVO	1	20

ESTAGIÁRIO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1	20
MAIS MÉDICOS	1	36
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL	4	80
MÉDICO T4 - GINECOLOGISTA/OBSTETRA	2	30
MÉDICO T4 - PEDIATRA	4	17
ODONTÓLOGO T4 I	2	50
PSICÓLOGO I	1	6
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	12	360
Total	**60**	**1715**

EFSB Novo Sarandi

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com uma equipe de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 12:00h e das 13:30 às 17:30h, totalizando oito horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo quatro micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	4	160
ASSISTENTE EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL	1	40
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
FARMACÊUTICO I	1	30
MÉDICO - CLÍNICO GERAL I	1	10
MÉDICO ESF T8	1	40
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	32
OPERADOR DE EQUIPAMENTOS I - MOTORISTA	1	40

TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	2	80
Total	**15**	**522**

EAP Novo Sobradinho

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por uma eAP Modalidade II. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 13:00h, totalizando 6 horas. Não possui cobertura de ACS, sendo necessário 1 ACS.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	1	40
AUXILIAR DE ENFERMAGEM I	2	60
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL I	1	30
ENFERMEIRO I	1	30
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	10
MAIS MÉDICOS	1	44
ODONTÓLOGO T4 I	1	20
Total	**7**	**204**

ESFSB Jardim Pancera

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com três equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 07:00 às 17:00 horas, totalizando dez horas. Possui 16 micro-áreas, sendo 11 cobertas por ACS e 5 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA

		SEMANAL (HORAS)
ACS/AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	40
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	11	440
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	2	80
ENFERMEIRO T8 - ESF I	3	120
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
MÉDICO ESF T8	1	40
MÉDICO T8 - ESF	2	80
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	6	240
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I	1	40
Total	**29**	**1160**

ESFSB Jardim Panorama

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com quatro equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 07:00 às 17:00 horas, totalizando dez horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo dezesseis micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	16	640
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	3	120
ASSISTENTE EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I	4	160
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
MAIS MÉDICOS	1	40

MÉDICO ESF T8	2	80
MÉDICO T8 - ESF	1	40
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	8	320
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL T8 - ESF/ESB I	1	40
Total	**39**	**1560**

EAP Jardim Porto Alegre

Unidade Básica de Saúde no modelo de equipe de Atenção Primária, composta por duas eAP Modalidade II e uma eAP Modalidade I. O funcionamento da unidade é das 07:00h às 19:00h, totalizando 12 horas. Possui 30 micro-áreas, sendo 9 cobertas por ACS e 21 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	9	360
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	4	160
AUXILIAR EM SERVICOS GERAIS I	3	120
ENFERMEIRO I	3	90
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	40
FARMACÊUTICO I	2	60
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL	2	50
MÉDICO T4 - CLÍNICO GERAL - PSS	2	50
MÉDICO T4 - GINECOLOGISTA/OBSTETRA	2	30
MÉDICO T4 - PEDIATRA	2	31
MÉDICO T6 - CLÍNICO GERAL I	2	60
ODONTÓLOGO I	2	30
ODONTÓLOGO T4 I	1	20

TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	9	270
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL I	3	90
Total	**47**	**1461**

ESFSB Santa Clara IV

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com três equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 07:00 às 17:00 horas, totalizando dez horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo quinze micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	15	600
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	3	100
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I	4	160
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	30
ESTAGIÁRIO ADMINISTRATIVO	1	20
MAIS MÉDICOS	2	68
MÉDICOS PELO BRASIL	1	40
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	6	240
Total	**35**	**1338**

ESFSB São Francisco

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com duas equipes de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 07:00 às 17:00 horas, totalizando dez horas. Conta com cobertura total de ACS, sendo doze micro-áreas cobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	12	480
ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	1	40
ASSISTENTE EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL	1	40
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO I - GERENTE	1	30
ENFERMEIRO T8 - ESF I	2	80
MÉDICO T8 - ESF	2	80
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TEC DESPORTIVO I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	4	160
Total	**26**	**1030**

ESFSB Vila Nova

Unidade Básica de Saúde no modelo de Estratégia Saúde da Família, com uma equipe de Saúde da Família. O funcionamento da unidade é das 08:00 às 17:30 horas, totalizando nove horas e 30 minutos. Possui 4 micro-áreas, sendo 2 cobertas por ACS e 2 descobertas.

FUNÇÃO	Contagem de FUNÇÃO	Soma de CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE	2	80

ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO I	1	40
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL T8 ESF/ESB	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I	1	40
ENFERMEIRO T8 - ESF I - GERENTE	1	10
MÉDICO T8 - ESF	1	40
ODONTÓLOGO ESF-ESB I	1	40
TÉCNICO EM ENFERMAGEM I	2	60
TÉCNICO EM ENFERMAGEM T8 - ESF	1	40
Total	**11**	**390**

Ambulatório Materno Infantil

O ambulatório Materno Infantil é a referência municipal para o atendimento de gestantes e crianças estratificadas em risco alto e intermediário, encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sua referência, após avaliação de um profissional Médico e/ou Enfermeiro que fará a estratificação de risco e o encaminhamento para o AMI se dá através de uma fila de espera GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA ALTO RISCO e após avaliação do profissional do AMI é agendado para o médico Obstetra . Atualmente o Município de Toledo conta com 988 gestantes, entre elas 393 estratificadas como baixo risco, 332 como risco intermediário e 264 de alto risco.

As crianças após avaliação do profissional médico ou enfermeiro e conforme estratificação da SESA que define acompanhamento de crianças menores de 2 anos, são encaminhadas para uma fila de espera PEDIATRIA ALTO RISCO AMI. No entanto, no AMI, este acompanhamento é até os 3 anos de idade. Atualmente, acompanhamos uma média 528 crianças por mês.

A fila de espera para agendamento de crianças para PEDIATRIA ALTO RISCO AMI é de 150 crianças (esta fila se originou devido ao afastamento de uma Pediatra em Licença Maternidade e outra Professora da UFPR que se afastou para suprir necessidade da Universidade). E mais 171 crianças

aguardando reagendamento de consulta da pediatra afastada.

O EIAMI (Equipe Interdisciplinar Ambulatório Materno Infantil) é composto por FONO/TO/PSICÓLOGA/NUTRICIONISTA e seguem os acompanhamentos conforme fluxos estabelecidos. Atualmente, estamos acompanhando 540 crianças e não temos fila de espera, pois os agendamentos para a EIAMI são feitos na recepção após solicitação dos pediatras do AMI, além dos atendimentos individuais para Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. As crianças com diagnóstico de TEA permanecem no AMI até 6 anos, quando são referenciadas ao CAPSi. Da mesma forma, crianças em acompanhamento no AMI que tenham indicação para APAE permanecem no serviço até conseguirem a vaga ou encaminhamento para outro serviço da rede. É importante frisar que a EIAMI não oferece terapia, apenas orientação multidisciplinar para os pais e família, pois não há espaço físico e nem recursos humanos neste momento para podermos oferecer terapia, que a equipe considera indispensável para diminuir complicações e sequelas o mais precoce possível.

Temos a Fisioterapia específica para estimulação precoce de bebês recém-nascidos que é encaminhada pelos pediatras para central de fisioterapia “estimulação precoce”.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 07h às 19h. Os serviços oferecidos no AMI são as consultas programadas, terapias e acompanhamento da puericultura com equipe multiprofissional, procedimentos como implantação de DIU como método de planejamento familiar, auriculoterapia, orientações de aleitamento materno, vacinas, entrega de medicamentos específicos para gestantes e crianças e também parcerias com as Escolas com orientações sobre postura e posicionamento das crianças nos CMEI.

A equipe é composta por: Ginecologistas Obstetras, Radiologistas, Pediatras (Neuropediatra/ Gastropediatra/ Endocrinopediatra/ Alergologia Pediátrica/ Pneumologista pediatra/ Infectologista Pediátrico), Enfermeiros Obstetras, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar Administrativo, Gerente de Saúde, Estagiários de Enfermagem, Nutricionista, Assistente Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga Agente Comunitário de Saúde (que nos

auxilia nos atendimentos com os estrangeiros pois fala fluentemente a língua crioula trazendo para esses pacientes um atendimento humanizado),

Ambulatório de Feridas e Ostomias

O Ambulatório de Feridas e Ostomias está anexo à UBS Coopagro sendo referência municipal para o atendimento de pacientes com feridas crônicas e ostomizados encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sua referência. Atualmente estamos acompanhando 115 pacientes de ostomias e 127 pacientes com feridas crônicas e desde o dia 05/08/2024 com a implantação da teledermatologia no município o registro fotográfico com dermatoscopia das lesões de pele encaminhadas das UBS e posteriormente o lançamento dos laudos no sistema SIGSS.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, os atendimentos realizados são para tratamento de feridas de diversas etiologias, avaliação e acompanhamento de pacientes ostomizados, dispensação de materiais, avaliação e encaminhamento para cirurgia de reversão. A equipe é composta por Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Frotas Unidades Básicas de Saúde

Frota HB20: UBS Porto Alegre 1024, Coopagro 1021, Santa Clara 1026, Alto Panorama 1023, AMI 1025, Pancera 1020, Boa Vista 1028, Vila Nova 1027, Departamento de Atenção Primária 1022.
Frota Gol: Concórdia do Oeste, Centro, Europa, Concórdia, São Luiz do Oeste, Cosmos, Sarandi, Panorama e Maracanã.
Frota Terceirizada: Bressan, Paulista, São Francisco, Industrial, Equipe Multi

Consultório odontológico móvel

O consultório odontológico móvel é uma ferramenta essencial para garantir o acesso ao atendimento odontológico de pessoas com necessidades especiais, especialmente aquelas acompanhadas pela Equipe Multidisciplinar

de Atendimento Domiciliar. Muitas dessas pessoas enfrentam limitações de mobilidade ou condições de saúde que dificultam o deslocamento até um consultório odontológico convencional.

Tablet para os Agentes Comunitário de Saúde

Conforme a resolução SESA Nº 1.071/2021 que habilita os municípios a pleitearem adesão aos programas estratégicos da secretaria de estado - qualificação da atenção primária, visando o incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos para unidades básicas de atenção primária , no exercício de 2021. Com base nessa resolução foram adquiridos 136 tablets, que começaram a ser entregues aos agentes comunitários de saúde no dia 30/09/2024 na ESF Panorama.

Os agentes comunitários estão sendo capacitados para usar o aplicativo MV ACS, o que deve facilitar o trabalho diário e melhorar a eficiência dos serviços prestados. As unidades de saúde que já receberam os tablets incluem Panorama, Europa, Santa Clara IV, Paulista e Coopagro. As demais unidades de saúde estão no cronograma de entrega até 31/12/2024.

Projeto Acalanto: O cuidado que protege o futuro

Com a implementação do projeto citado já no histórico, no ano de 2024 até este momento, contamos com 2.777 nascidos vivos, com 100% de realização da vacina BCG e Hepatite B. A equipe é devidamente e previamente capacitada e organizada em escalas de 12 horas diárias, sendo este das 07:00 as 19:00 hs, disponibilizadas de domingo a domingo, para que consigamos proporcionar tal ação de forma completa em toda a rede hospitalar do Município.

Vacinar em ambiente hospitalar garante que todas as crianças sejam imunizadas já nas primeiras horas de vida, oportunizando a proteção esperada e melhorando os indicadores de saúde. Garantindo também a vacinação das crianças da Unidade Terapia Intensiva Neonatal - UTINeo, que permanecem dias ou até meses na UTI, para não ocorrer atraso no calendário vacinal, estimulando o sistema imunológico com a aplicação da vacina. A solicitação da hexavalente se dá pelo Centro de Referência para Imunobiológos Especiais -

CRIE, junto com as doses subsequentes sem atraso do esquema vacinal.

Também consegue-se, ainda na maternidade, identificar as crianças com maiores problemas de adoecimento, possibilitando que sejam estratificadas, monitoradas e acompanhadas logo após a alta hospitalar, conforme os fatores de risco estabelecidas pela SESA, uma vez que a equipe que realiza a vacinação também estratifica o recém-nascido.

É realizado o cadastro e a vinculação da criança com a equipe de referência, quando o RN pertence ao Município de Toledo encaminhamos as informações por e-mail e SIGSS para as unidades de saúde, pertencendo aos demais municípios que compreendem a 20ª Regional de saúde é realizado o preenchimento dos dados em planilha compartilhada, para que os mesmos realizem os demais acompanhamentos de saúde.

Dentro das unidades ocorrem os direcionamentos para os ACSs, para buscas ativas e acompanhamento em conjunto com toda equipe sobre os cuidados necessários e orientações. Assim, o primeiro atendimento do RN na UBS de referência ocorre até 5ª dia após o nascimento e da puérpera, até o 10ª dia após o parto, atingindo um indicador de qualidade em Atenção Primária. Ainda, a equipe agenda os recém-nascidos para consulta no AMI, caso haja indicação. Todas as crianças são vacinadas na presença dos pais, incentivando o aleitamento materno no momento da vacina com o objetivo de diminuir o estresse da mãe e do bebê.

Oportunizamos a avaliação precoce e o acesso adequado aos serviços e em tempo oportuno, bem como realizamos o acolhimento das demandas psicossociais atreladas ao processo do puerpério e dos primeiros dias de vida de um bebê. O resultado é uma política de saúde pública mais efetiva, indicadores de imunização satisfatórios e a garantia de um futuro saudável aos nossos cidadãos.

AÇÃO DA CIDADANIA

A equipe de saúde da atenção primária (Enfermeiro, ACS, Técnico de Enfermagem, odontólogo e ASB/TSB) realiza orientações em saúde, testes rápidos de ISTs, avaliar demandas de saúde e encaminhar para consulta médica nas UBS, situação vacinal, demandas de saúde bucal encaminhando

casos de urgências para consulta odontológica, realiza orientações odontológicas e distribui kits de higiene bucal. Cronograma semanal até dia 13/12/2024 com revezamento de 4 unidades de saúde: Europa, Santa Clara IV, Pancera, Panorama.

Planifica SUS

O Planifica SUS desempenha um papel importante no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) no Brasil ao fornecer ferramentas que ajudam gestores e profissionais de saúde a planejar, organizar e melhorar os serviços oferecidos. Durante o Planifica foi realizado oficinas com os tutores e referências técnicas do município.

O Planifica SUS, iniciou em Junho de 2022 na ESF Panorama como unidade laboratório. Em março de 2023 11 unidades de saúde foram indicadas para participar do Planifica SUS, cada uma com seus respectivos tutores e a referência técnica municipal.

Com as metodologias do Planifica SUS, foi possível reorganizar o território e a Unidade de Saúde, implantando o acolhimento, revisando a territorialização, identificação das referências dos profissionais de cada território, identificação da Unidade, mapa dos profissionais, organização interna da Unidade de Saúde entre outras ações. Essas ações contribuem para um atendimento mais eficiente e de qualidade à população.

ORGANIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO

O Departamento de Atenção Primária à Saúde conta atualmente com uma direção, três Coordenações Administrativas, uma Coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE) e uma Coordenação de Odontologia, além de dezoito Gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No que diz respeito às Coordenações Administrativas, foram estabelecidas referências para as UBS, com o objetivo de facilitar a comunicação e a articulação das gerências com o departamento. A primeira Coordenação Administrativa abrange as UBS Santa Clara IV, Maracanã, Europa,

Concórdia, Porto Alegre e Industrial. A segunda refere-se às UBS Pancera, Bressan, São Francisco, Panorama, Alto Panorama e Paulista. A terceira Coordenação Administrativa é responsável pelas UBS Centro, Cosmos, Coopagro, Ambulatório de Feridas e Ostomias, Vila Nova, Sobradinho, Sarandi, Concórdia do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Vila Ipiranga, São Luiz e Boa Vista.

Direção do Departamento

A direção da Atenção Primária à Saúde (APS) envolve a gestão e coordenação dos serviços de saúde de primeiro contato com a população. Entre as principais atribuições estão:

Planejamento e organização: Definir metas e estratégias para a oferta de serviços de saúde na atenção primária, considerando as necessidades de saúde da população local.

Supervisão e coordenação: Coordenar equipes de saúde, como médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais, garantindo o funcionamento adequado das unidades de saúde e serviços oferecidos.

Monitoramento e avaliação: Acompanhar indicadores de saúde e avaliar a efetividade das ações implementadas, propondo ajustes quando necessário.

Gestão de recursos: Gerenciar recursos humanos, financeiros e materiais, assegurando o uso eficiente e a qualidade dos serviços prestados.

Articulação intersetorial: Colaborar com outras áreas da administração pública e com a comunidade, promovendo políticas integradas de saúde, educação e assistência social.

Capacitação e desenvolvimento: Promover a capacitação contínua dos profissionais da APS, visando à melhoria da qualidade do atendimento.

Participação em conselhos: Representa o departamento de Atenção Primária nas reuniões do conselho municipal de saúde.

Atendimento às demandas da população: atender as demandas e necessidades da população em relação à APS, garantindo que os serviços estejam acessíveis e que os problemas sejam resolvidos de maneira adequada.

Documentos: Elaborar documentos, respostas de ofícios, protocolos, fluxos,

manuais, entre outros, para respaldar condutas e organização dos processos de trabalho.

Gestão de Dados e Informações: Coletar, analisar e utilizar dados para a tomada de decisões, planejamento e avaliação das ações de saúde.

A direção da APS desempenha um papel crucial na promoção e prevenção de saúde, sendo responsável por garantir que a população tenha acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo oportuno.

Comitê de dengue

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde na Comissão.

Elaborar e Monitorar o Plano de contingência

Planejar e organizar ações e processos de trabalho dentro da APS

Participar de Oficinas e Seminários da temática.

Ofícios Judiciário

Elaborar respostas de Ofícios direcionados ao Departamento de Atenção Primária. Articular com as equipes das unidades básicas a demandas determinadas.

Audiências Concentradas

Participar das Audiências Concentradas representando o Departamento de Atenção Primária.

Elaborar relatórios de saúde, quando necessário.

Apoiar as Equipe de Saúde.

Financiamento da APS

Acesso às fontes de recurso, planejamentos orçamentários, monitoramento de repasses federais e estaduais, avaliação de indicadores.

Coordenação Administrativa

A Coordenação da Atenção Primária tem um papel fundamental na organização e na gestão dos serviços de saúde. Suas principais funções incluem:

Planejamento e Gestão: Desenvolver, implementar e monitorar políticas e programas de saúde voltados para a atenção primária.

Articulação e Integração: Promover a articulação entre diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e interlocução com outras políticas, serviços e setores relacionados, como assistência social e educação.

Capacitação e Formação: Organizar treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde, visando à melhoria da qualidade do atendimento.

Supervisão e Avaliação: Monitorar a execução das ações de saúde, avaliando a eficácia e a qualidade dos serviços prestados.

Gestão de Recursos: Administrar recursos financeiros, humanos e materiais para garantir o funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Promoção da Saúde: Desenvolver ações de promoção e prevenção, incentivando hábitos saudáveis na comunidade.

Apoio às Equipes: Oferecer suporte técnico e orientações às equipes de saúde, ajudando a resolver problemas e melhorar processos. Gestão de conflitos.

Gestão de Dados e Informações: Coletar, analisar e utilizar dados para a tomada de decisões, planejamento e avaliação das ações de saúde.

Fomento à Participação Social: Estimular a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde, promovendo o protagonismo social.

A Coordenação da Atenção Primária é essencial para garantir que a saúde seja abordada de forma integral, com foco nas necessidades da população e na promoção de um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

Participação em conselhos: Representa o departamento de Atenção Primária nas reuniões do conselho municipal de saúde.

Atendimento às demandas da população: atender as demandas e necessidades da população em relação à APS, garantindo que os serviços estejam acessíveis e que os problemas sejam resolvidos de maneira adequada.

Documentos: Elaborar documentos, respostas de ofícios, protocolos, fluxos, manuais, entre outros, para respaldar condutas e organização dos processos de trabalho.

Coordenação Administrativa 1

Linha de Cuidados em Saúde mental/Pessoa com deficiência

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde em reuniões e capacitações relacionadas ao tema.
Compartilhar as informações com as equipes da Atenção Primária.
Participar de comissões de Saúde Mental.

PNAISARI-POM/Semiliberdade

Ser referência do POM na Secretaria de Saúde.
Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde no Grupo Técnico Intersetorial (GTI-POM).
Colaborar com o GTI-POM na elaboração do Plano Anual, articulando com a rede municipal e outros serviços, além de monitorar as ações acordadas no Plano Operacional.
Planejar o uso dos recursos financeiros.
Planejar e organizar capacitações e seminários.
Realizar articulações em nível regional.
Representar o município em reuniões e oficinas em âmbitos estadual e regional.
Participar das reuniões quadrimestrais para avaliar o Plano Anual e de reuniões extraordinárias sempre que necessário.

PROJUDI/NAI

Responsável por acessar o sistema PROJUDI, solicitar relatórios de saúde às equipes, monitorar os prazos das demandas, solicitar busca ativa e anexar os relatórios no sistema PROJUDI. Acessar diariamente o sistema.

COAPES

Representante do Departamento de Atenção Primária à Saúde no COAPES: Atuar como elo de comunicação e coordenação entre o departamento e as iniciativas do COAPES.
Organizar os campos de estágio nas Unidades Básicas de Saúde.
Coordenar a estruturação e a supervisão dos estágios, garantindo que os alunos tenham uma experiência prática adequada e alinhada às diretrizes de formação.

Participar das reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quando necessário.

RIPS

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde nas reuniões da Rede Intersetorial de Proteção Social - RIPS.

Elaborar Protocolos Intersetoriais.

Participar das reuniões quinzenais.

Comissão IST

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde na Comissão.

Elaborar e Monitorar o Plano de Ação.

Planejar o uso dos recursos financeiros.

Planejar capacitações.

Participar de Oficinas e Seminários da temática.

Comissão Pré acolhimento

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde nas reuniões da Comissão. Participar das reuniões quinzenais.

Realizar Estudo Diagnóstico Pré-Acolhimento de Crianças e Adolescentes;

Subsidiar a decisão acerca do afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar, salvo em situação de caráter emergencial e/ou de urgência, observadas as diretrizes e normas vigentes;

Comissão de Prevenção de Suicídio

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde na Comissão.

Elaborar Plano de Ação.

Participar de Oficinas e Seminários da temática.

Programa mãe Dedicada

Avaliar cada protocolo de solicitação do benefício, analisando criteriosamente todo o pré-natal de cada requerente até os primeiros atendimentos da mãe e do recém-nascido após o parto quanto ao cumprimento dos critérios exigidos pela

legislação para concessão do benefício.

Ofícios Judiciário

Elaborar respostas de Ofícios direcionados ao Departamento de Atenção Primária. Articular com as equipes das unidades básicas a demandas determinadas.

Audiências Concentradas

Participar das Audiências Concentradas representando o Departamento de Atenção Primária.
Elaborar relatórios de saúde, quando necessário.
Apoiar as Equipe de Saúde.

Coordenação Administrativa 2

Linha Guia Materna Infantil e saúde da criança

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde em reuniões, GTARO e capacitações relacionadas ao tema, compartilhar as informações com as equipes de Atenção Primária, auxiliar na elaboração de protocolos e na revisão dos mesmos.

Saúde da Mulher

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde em reuniões e capacitações relacionadas ao tema saúde da mulher.

Teledermatologia

Organizar a reavaliação da fila de espera de dermatologia
Acompanhar os laudos, e comunicar as unidades de saúde os laudos amarelos (prioridade) e vermelho (urgência)
Orientar as unidades de saúde sobre o fluxo e o protocolo/orientações sobre a teledermatologia.
Encaminhar o link do curso para os novos profissionais da rede e solicitar a

liberação através do GLPI.

Telediagnóstico de Eletrocardiograma

Orientar as equipes de atenção primária à saúde sobre o cadastramento na plataforma Sabiá e na plataforma nacional de telediagnóstico.

Comissão Núcleo de segurança do paciente

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde na Comissão mensalmente.

Elaboração de Regimento interno, formulário de notificações de eventos adversos, plano de segurança do paciente e capacitação sobre o núcleo de segurança do paciente para as equipes.

Comitê de mobilização para redução da mortalidade materna, fetal e infantil

Representar o Departamento de Atenção Primária à Saúde no comitê mensalmente.

Auxiliar na elaboração de documentos e capacitações.

Indicador da PAS visita do Recém-nascido do 5º dia

Impressão do relatório de vacina BCG para conferência da visita domiciliar até o 5º dia de vida.

Conferir mensalmente através do prontuário eletrônico a realização da visita domiciliar do recém-nascido e puérpera até o 5º dia de nascimento e realizar feedback com as unidades de saúde.

Estratificação de risco materno infantil (ERMI)

Monitorar o preenchimento do ERMI pelas unidades básicas de saúde até o dia 20 de cada mês.

Referência Técnica do PlanificaSUS

Acompanhar as atividades elencadas nas oficinas do PlanificaSUS

Participar das oficinas

Preenchimento da planilha de doenças crônicas MACC semestralmente.

Coordenação Administrativa 3

Reposições de Servidores

Após oficializado em edital a exoneração, aposentadoria ou licença é solicitado a reposição imediata do servidor através de ofício.

Monitoramento de cadastros dos recém nascidos

Os cadastros dos recém nascidos são realizados pela equipe de enfermagem do AMI e ficam no sistema MV como RN até ser atualizado, com os dados da criança, o monitoramento consiste em solicitar a busca ativa pelas Unidades de Saúde para a atualização.

Reposição de equipamentos para APS

A solicitação de equipamentos é realizada através de chamado para o departamento financeiro que repassa para verificação da necessidade efetiva.

Responsável pelos EPIS dos servidores

O departamento disponibiliza EPIS para agentes comunitários de saúde e equipe de atendimento à saúde os ACS recebem: chapéu, sapato, camiseta manga longa, camiseta manga curta e colete. para equipe de saúde é fornecido jaleco.

Monitoramento de exportação das vacinas/RNDS

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é uma plataforma nacional de integração de dados em saúde e é um projeto estruturante do Conecte SUS, programa do Governo Federal para a transformação digital da saúde no Brasil.

Coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE)/Coordenação Administrativa 4

Programa Saúde na Escola

Participar do processo de pactuação das escolas para realização das atividades do programa. Articulação com as coordenações do Programa da rede Municipal e Regional de educação para alinhamento das atividades a serem desenvolvidas pelo Programa. Capacitação das equipes de saúde para realização das atividades preconizadas pelo Programa em cada ciclo e para registro das atividades coletivas no sistema. Monitoramento das atividades e do registro das mesmas em sistema.

Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família na Saúde (PBF)

Participação em reuniões intersetoriais com as coordenações do PBF na Assistência Social e na Educação para deliberação de plano de aplicação do recurso do Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família (IGD-M PBF). Vinculação a cada vigência das famílias beneficiárias às respectivas unidades de saúde de referência, configuração, impressão e envio dos mapas de acompanhamento às unidades de saúde. Capacitação e treinamento das equipes de saúde sobre o acompanhamento de saúde dos beneficiários do Programa e sobre o registro dos acompanhamentos. Monitoramento do registro dos acompanhamentos dos beneficiários.

PROJUDI/NAI

Responsável por acessar o sistema PROJUDI, solicitar relatórios de saúde às equipes, monitorar os prazos das demandas, solicitar busca ativa e anexar os relatórios no sistema PROJUDI. Acessar diariamente o sistema.

Programa mãe Dedicada

Avaliar cada protocolo de solicitação do benefício, analisando criteriosamente todo o pré-natal de cada requerente até os primeiros atendimentos da mãe e do recém-nascido após o parto quanto ao cumprimento dos critérios exigidos pela legislação para concessão do benefício.

Ofícios Judiciário

Elaborar respostas de Ofícios direcionados ao Departamento de Atenção

Primária. Articular com as equipes das unidades básicas a demandas determinadas.

Assistente em Administração I

Envio de protocolo para o RH e lançamento destes em planilha, recebimento dos exames preventivos realizados pela Unidades de Saúde, conferência destes exames, lançamento na planilha de rastreabilidade e envio ao Laboratório Labcell de Cascavel. Recebimento dos resultados dos exames preventivos vindos do Laboratório Labcell, separação e envio destes resultados às Unidades de Saúde de origem. Recebimento das solicitações de agendamento de consulta com endocrinologista, cardiologista e geriatra do MACC enviadas pelas Unidades de Saúde. Agendamento de consulta com endocrinologista, cardiologista e geriatra quando liberadas as vagas pelo MACC. Busca ativa via telefone ou Whatsapp quando a data da consulta no MACC é muito próxima e sem tempo hábil de envio deste agendamento para a Unidade de Saúde. Envio de kit preventivo, carteira de gestante, jalecos, roupas e calçados para os ACSs quando solicitados pelas Unidades de Saúde. Recebimento e arquivamento de fotos de campanhas e ações realizadas pelas Unidades de Saúde.

Coordenação da Odontologia

Equipe técnica da saúde bucal na Secretaria da Saúde

Supervisão e acompanhamento: Coordena e supervisiona 72 profissionais de saúde bucal (38 odontólogos, 18 ASB, 16 TSB) nas Equipes de Atenção Primária (EAP), Estratégia de Saúde da Família e Centros de Revitalização da Terceira Idade. Acompanha a execução das atividades e a qualidade dos atendimentos realizados pelos profissionais.

Capacitação e educação continuada: Coordena e promove treinamentos, capacitações e ações de educação continuada para os profissionais de saúde bucal, visando à melhoria do atendimento à população.

Desenvolvimento de programas de prevenção: participa do desenvolvimento e implementação de programas e campanhas de prevenção em saúde bucal, como orientações sobre higiene oral, aplicação de flúor e ações em escolas e

comunidades.

Articulação intersetorial: Trabalha de forma integrada com outros setores da saúde, como atenção primária, saúde da criança, do idoso, entre outros, buscando uma abordagem mais ampla e eficiente para o atendimento à população.

Monitoramento e avaliação: Monitora os indicadores de saúde bucal no município e avalia o impacto das ações implementadas. Isso inclui coleta de dados e análise de resultados para promover melhorias contínuas nos serviços.

Gestão de recursos e materiais: Faz a gestão de materiais, insumos e equipamentos necessários para o funcionamento dos serviços de saúde bucal, garantindo que as equipes tenham o que é necessário para prestar um bom atendimento.

Participação em conselhos e comissões: Representa a saúde bucal em conselhos municipais de saúde e outras comissões pertinentes, discutindo e propondo políticas de saúde pública.

Atendimento às demandas da população: É responsável por lidar com as demandas e necessidades da população em relação à saúde bucal, garantindo que os serviços estejam acessíveis e que os problemas sejam resolvidos de maneira adequada.

Comissões: Membro e coordenador da comissão técnica de licitação dos materiais e equipamentos odontológicos, membro no COAPES representando a odontologia/APS, membro do NEPS representando a odontologia/APS, membro do NSP representando a odontologia/APS, coordenador da comissão de educação continuada para a odontologia - CECO, fiscal de contrato dos materiais e equipamentos odontológicos.

Agendadores odontologia e função:

Agendamento de consultas e exames odontológicos especializados, busca ativa telefônica para agendamento de exames e consultas odontológicas especializadas, identificação e alinhamento de encaminhamentos em desacordo com os fluxos, apoio às equipes de saúde em relação a organização dos serviços de saúde bucal, atendimento presencial de usuários para esclarecimentos de dúvidas e entrega de guias, organização de documentação,

materiais e equipamentos odontológicos nos malotes para envio às unidades.

SISTEMAS UTILIZADOS PELO DEPARTAMENTO

SIGSS- Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde.

e-SUS APS - É uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária.

e-Gestor APS- Plataforma do Ministério da Saúde que dá acesso a vários sistemas da Atenção Primária à Saúde.

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

BOLSA FAMÍLIA - Sistema Bolsa Família na Saúde, para registro dos acompanhamentos de saúde realizados aos beneficiários do Programa Bolsa Família.

PSE - Sistema do Programa Saúde na Escola

SISCAN- Sistema de Informação do Câncer (colo do útero e mama)

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

ERMI - Estratégia de Risco Materno Infantil.

GLPI - Sistema de suporte da SESA.

SIPI - Sistema de Informação da Pessoa Idosa.

RNDS DATASUS - Rede Nacional de Dados em Saúde. Trata-se de uma API (Application Programming Interface) para exportação de vacinas.

SIPNI- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

PROJUDI- Processo Judicial Digital

EQUIPLANO/e-PROCESSO- Sistema de Tramitação de Processos

SISTEMA DE HORA EXTRA

PROTOCOLO EXTERNO 1-DOC - IDS

É o sistema utilizado pela Coordenação Técnica de Saúde Bucal com a finalidade de regular, avaliar e autorizar os planos de tratamento odontológicos realizados pelos dentistas especialistas do CEO nos casos de pacientes encaminhados com solicitação de avaliação e conduta. O sistema protocolo externo 1DOC, está disponível no site do CISCOPAR. As especialidades autorizadas para este fim são: periodontia, odontopediatria e pacientes com

necessidades especiais.

Ampliações/reformas ubs

A resolução SESA Nº 388/2023 Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio e capital, vinculado aos Programas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA, destinados a prover a infraestrutura adequada aos Estabelecimentos de Saúde Municipais no Estado do Paraná, por meio do financiamento para execução de obras, com o objetivo de melhorias na qualidade do atendimento à saúde da população, por meio de repasse na modalidade Fundo a Fundo.

A resolução SESA Nº 675/2023 Habilita os municípios a pleitearem adesão ao
incentivo financeiro, vinculado aos Programas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná –SESA, destinado a prover a infraestrutura adequada aos Estabelecimentos de Saúde Municipais no Estado do Paraná, por meio do Financiamento para execução de obras, com o objetivo de melhorias na qualidade do atendimento à saúde da população, por meio de repasse na modalidade fundo a fundo, para o exercício de 2023.

PROCESSO	PROJETOS EM DESENVOLVIMENTO	FASE	ENVIADO PARA ANÁLISE	OBSERVAÇÃO
22.244.282-6	UBS pioneira	Orçamento / ajustes complementar		Fase de compatibilização e orçamento + documentação
20.604.620-1	Ampliação: UBS São Francisco	Falta proj. Complementares e orçamento		
20.604.669-4	Ampliação: UBS Boa Vista	Orçamento	Previsão 30/10/2024	Finalizando será enviado para análise

20.604.338-5	Construção UBS: Vila Becker	Projeto padrão (implantação ok) falta fazer o orçamento		* Necessário retirada de pinheiros- do -paraná.
20.604.644-9	Ampliação UBS Santa Clara IV	Concluído	31/07/2024	Aguardando análise sesa
20.604.166-8	Construção UBS: Orquídeas	Projeto padrão (implantação ok) falta fazer o orçamento		
20.604.217-6	Construção UBS: Jardim Anápolis	Projeto padrão (implantação ok) falta fazer o orçamento		
	Atualização PBA - UBS Vila Industrial	Aprovado PBA		Montar o executivo para envio a sec. Saúde executar os serviços
21.037.469-8	Reforma UBS Alto Panorama	Arquitetônico		
20.604.309-1	Construção UBS Bressan			Aguardando limpeza do terreno para execução de sondagem e topográfico
20.604.571-0	Ampliação UBS Pancera	Concluído	08/05/2024	Aguardando análise sesa
	Atualização de PBA - Raio X - Hospital Regional	Desenvolvendo PBA		Aguardando informações da sec. Saúde (diane) para finalização do memorial e envio a vigilância para análise
	Reforma UBS Europa	Concluído		Processo finalizado

				aguardando licitação

TEMAS A DELIBERAR

PORTARIA GM/MS Nº 4.636, DE 28 DE JUNHO DE 2024

Elaboração de um projeto voltado para a retomada das ações de saúde bucal em apoio ao Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de garantir a destinação do recurso financeiro oferecido pelo Ministério da Saúde para o município de Toledo, no valor de R$149.282,00.

O prazo para a utilização desse recurso é até o dia 01/05/2025, e caso não seja devidamente aplicado até essa data, corremos o risco de perder o valor destinado.

Inclusão da Equipe de Saúde Bucal na eAPP

Através da Portaria GM/MS Nº 1.462, DE 3 DE OUTUBRO DE 2023 o Município de Toledo foi credenciado para implantar a Equipe de Atenção Primária Prisional (EAPP). Em 28/12//2023 foi criado o CNES da equipe e iniciada a composição da equipe técnica.

A EAPP está vinculada à Secretaria Municipal Saúde de Toledo e desenvolve atividades dentro da Cadeia Pública de Toledo (DEPEN) e na Associação de Proteção e Assistência ao Condenado (APAC). A equipe credenciada prevê a composição de médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal.

Neste momento precisa-se contratar uma equipe de saúde bucal (um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal) para atuar na EAPP e concretizar o credenciamento desta equipe.

PENDÊNCIAS COM RH ATÉ O PRESENTE MOMENTO

REPOSIÇÕES DE PSS EM ANDAMENTO

ESF Bressan	Técnica de enfermagem T8	Quezia Raquel Garcia de Oliveira	atestado médico 60 dias a contar de 18/10/24
AMI	Técnica de Enfermagem T8	Karina alves Pudell	atestado médico 60 dias a contar

			de 11/09/2024
Ambulatório de feridas e ostomias	Técnica de enfermagem T6	Eluana Laine Lira Iaschonbek	atestado médico de 60 dias a contar de 26/09/2024.
EAP Coopagro	Técnica de enfermagem T6	Pamela Guimaraes da Costa	Licença maternidade a contar 14/10/2024

REPOSIÇÕES DE SERVIDORES EM ANDAMENTO

Agente Comunitário de saúde	EAP INDUSTRIAL
Agente Comunitário de saúde	ESF PANORAMA
Agente Comunitário de saúde	EAP CENTRO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

HISTÓRICO

Em 27 de novembro de 2020, houve a deliberação nº49 da Comissão intergestores regionais (CIR), ocasião que foi definida a descentralização de todo componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF).

A assistência farmacêutica do município de Toledo, em 01 de janeiro de 2021 possuía apenas 3 (três) farmácias para distribuição dos medicamentos do Componente Básico da assistência farmacêutica (CBAF), 1 (uma) farmácia de manipulação, 1 (uma) farmácia Hospitalar com apenas 1 farmacêutico inscrito.

O quadro de profissionais farmacêuticos no município de Toledo era de 12 (doze) profissionais.

A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de ações que visam garantir o acesso da população a medicamentos, insumos e produtos para a saúde, de forma a promover a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de doenças e agravos.

A assistência Farmacêutica garante o acesso a medicamentos essenciais, para tratamento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, além de outras condições de saúde.

1. A assistência Farmacêutica no SUS está organizada em três componentes:

1.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): Abrange os medicamentos e insumos para o tratamento de doenças mais comuns na Atenção Primária à Saúde (APS).

1.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF): Inclui medicamentos e insumos para programas estratégicos de saúde, como controle da tuberculose, hanseníase e malária.

1.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): Abrange medicamentos de alto custo e complexidade, utilizados para o tratamento de doenças raras e complexas.

A assistência farmacêutica apresenta no seu dia a dia diversos desafios cujos mesmos só poderão ser superados através de uma união de esforços entre os entes federados:

Financiamento: A necessidade de garantir o acesso a uma ampla gama de medicamentos exige um grande investimento financeiro.

Logística: A distribuição de medicamentos para todo o território nacional é um desafio logístico complexo.

Uso racional de medicamentos: É preciso intensificar as ações de educação em saúde para promover o uso adequado dos medicamentos.

Resistência antimicrobiana: O uso inadequado de antibióticos contribui para o surgimento de bactérias resistentes, o que representa um grave problema de saúde pública.

2. Ciclo da assistência farmacêutica

O ciclo da assistência Farmacêutica, é um processo contínuo e interligado que envolve diversas etapas, desde a seleção dos medicamentos até a avaliação do uso desses fármacos. Ele garante que a população tenha acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, além de promover o uso racional desses produtos, as principais etapas do ciclo são:

2.1 Seleção: A seleção de medicamentos é a parte inicial do ciclo da assistência farmacêutica, pois permite estabelecer prioridades, selecionando-se medicamentos seguros, eficazes e que atendam as reais necessidades da população, o que resultará em benefícios terapêuticos e econômicos.

2.2 Definição das necessidades: Identificação das necessidades de saúde da

população, considerando o perfil epidemiológico da região e as diretrizes do SUS, seleção dos medicamentos a serem incluídos nas listas estaduais e municipais, com base em critérios como eficácia, segurança, custo-efetividade e disponibilidade.

2.3 Elaboração das listas de medicamentos: Criação das listas de medicamentos essenciais, como a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e as REMUMES (Relações Municipais de Medicamentos Essenciais).

3. RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um instrumento fundamental da política de saúde brasileira, desempenhando um papel central na seleção e padronização dos medicamentos que compõem o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

É uma lista de medicamentos essenciais para o sistema de saúde brasileiro, a seleção dos medicamentos na RENAME é baseada em critérios técnicos e epidemiológicos, considerando a importância clínica, segurança, eficácia e custo-benefício dos medicamentos, também estabelece padrões de qualidade e especificações técnicas para os medicamentos incluídos.

A RENAME contribui para garantir o acesso da população a medicamentos essenciais e de qualidade, a padronizar os medicamentos, facilita a logística, reduz os custos e promove o uso racional dos medicamentos, serve como referência para médicos e outros profissionais de saúde na prescrição de medicamentos.

4. REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é um instrumento fundamental para a organização e padronização da assistência farmacêutica em nível municipal. Ela complementa a Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais (RENAME), adaptando-a às especificidades epidemiológicas e às necessidades de cada município.

A REMUME é uma lista de medicamentos essenciais que devem estar disponíveis nas unidades de saúde de um município, é elaborada com base na RENAME, mas pode incluir medicamentos adicionais que sejam relevantes para atender às necessidades específicas da população local. Permite que cada município adapte a lista de medicamentos às suas particularidades, como perfil epidemiológico e recursos disponíveis, ao padronizar os medicamentos, contribui para a otimização dos recursos financeiros e humanos, garante que os medicamentos essenciais estejam disponíveis para a população, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

A REMUME encontra-se em fase de considerações finais do processo de elaboração e necessita ser apreciada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a mesma ser publicada.

5. REREME (Relação Regional de Medicamentos Essenciais)

Por sua vez, a Relação Regional de Medicamentos Essenciais (REREME) é um instrumento importante para a organização e padronização da assistência farmacêutica em uma determinada região geográfica, geralmente composta por vários municípios. Ela serve como uma ferramenta para garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, otimizar os recursos e promover o uso racional de medicamentos.

A REREME é uma lista de medicamentos essenciais que devem estar disponíveis nas unidades de saúde de uma determinada região. Ela é elaborada com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e complementada com medicamentos específicos para atender às necessidades daquela região, permite que cada região adapte a lista de medicamentos às suas particularidades, como perfil epidemiológico e recursos disponíveis, a padronização dos medicamentos facilita a gestão dos estoques, reduz custos e otimiza os estoques.

6. Equipes

Ao assumirmos a gestão em 2021, foi feito um diagnóstico de irregularidades na assistência no que se refere ao funcionamento das unidades sem a presença de profissional devidamente registrado no CRF - PR, pois o município possuía 22 pontos de distribuição de medicamentos e destes apenas 3 estavam regulares, sendo a farmácia Escola, farmácia da Vila Pioneiro e a farmácia da UBS Coopagro.

Além de promover a regularização de mais alguns locais, ao longo dos 4 anos foi feito um investimento robusto, jamais visto ao longo desses 72 anos do município de Toledo, na contratação de farmacêuticos, ocasião que em 2021 haviam apenas 12 farmacêuticos contratados, e hoje são 26 farmacêuticos, um aumento de 117% em apenas 4 anos.

6.1 Produção do departamento (Audiência Pública):

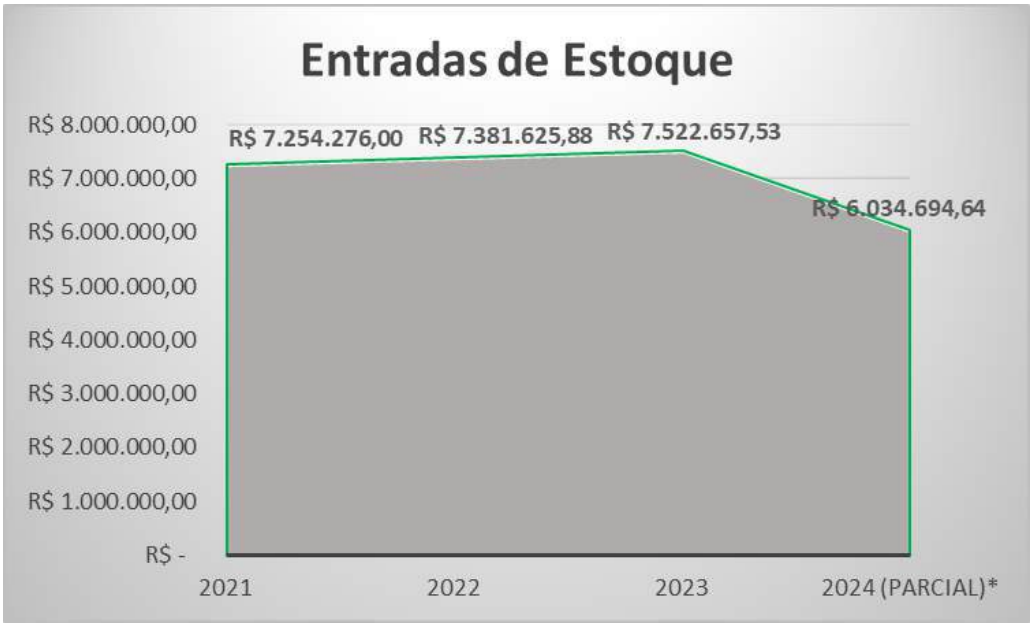
Os gráficos abaixo representam a produção do departamento, sendo: o número de atendimentos farmacêuticos, entradas e saídas do estoque.

Este gráfico reflete o número de atendimentos realizados em toda nossa rede, sendo as farmácias e dispensários das UBS que se referem a dispensação de medicamentos.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

O gráfico a seguir demonstra todas as compras de medicamentos em montante financeiro realizadas no período, oriundos do Consórcio Paraná Saúde e licitações do município.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

O gráfico abaixo apresenta o valor financeiro correspondente à quantidade de medicamentos dispensados nas unidades, os quais foram distribuídos aos pacientes de nossa rede.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

EM ANDAMENTO

7. Situação em outubro/2024

- Abertura da Farmácia Especializada Adair Luiz Kich (Santa Maria) para atender todo o componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) cujo mesmo foi definido em 2020.
- A assistência farmacêutica do município de Toledo, conta com 22 unidades dispensadoras de medicamentos, sendo 08 (oito) farmácias para distribuição do Componente básico (CBAF), 01 Farmácia para distribuição de medicamentos do Componente Especializado (Santa Maria), 01 farmácia de manipulação (Fitoterápicos), 12 dispensários de medicamentos (Não dispensam Antimicrobianos e nem psicotrópicos)
- Possui também, 01 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), 02 farmácias hospitalares cujos medicamentos são de uso interno.
- No que se refere ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, houve um aumento da oferta de serviços de 166%.
- Ampliação do espaço físico da Farmácia da EAP Coopagro.

- Troca de todas as cadeiras e longarinas da Farmácia Escola e Pioneiro.
- Nova fachada para Farmácia Comunitária da Vila Pioneira.
- Compra de um veículo para uso específico da direção de assistência farmacêutica , cujo mesmo já encontra-se no pátio aguardando liberação do departamento de frotas (seguro).
- Compra de 10 (dez) novos computadores em fase de recebimento.
- Renovação e ampliação da rede de frios com aquisição de 3 câmaras conservadoras de medicamentos com capacidade de 500 litros cada e uma câmara de 1500 litros.

8. Funcionamento Atual

Atualmente a Assistência Farmacêutica está funcionando da seguinte forma:

8.1 Programação:

Estimação da demanda, cálculo da quantidade de medicamentos necessários para atender à demanda da população, considerando fatores como população, prevalência de doenças e consumo médio por paciente. Distribuição dos recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos, considerando as prioridades definidas nas listas de medicamentos.

A programação dos medicamentos é realizada através do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), na aba relatórios, consumo médio mensal.

8.2 Aquisição:

A aquisição de medicamentos e demais produtos de dão através de processo licitatório e compra através do Consórcio Paraná Saúde, visando garantir a obtenção de produtos de qualidade e melhores preços.

O recebimento e armazenamento, se dá na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) onde ocorre a conferência e armazenamento em condições adequadas para garantir a conservação dos produtos,em temperaturas inferiores a 30°.

8.3 Distribuição:

A distribuição se dá por equipe do CAF, com uma van específica para transporte dos medicamentos para as unidades de saúde, garantindo a integridade dos produtos, por sua vez o armazenamento nas unidades também em condições adequadas de temperatura e umidade.

8.4 Dispensação:

A dispensação é o atendimento ao usuário, verificação da prescrição médica, orientação sobre o uso correto dos medicamentos e entrega dos produtos, realizado por farmacêuticos, técnicos de farmácia, técnicos de enfermagem e estagiários. O farmacêutico deve realizar o acompanhamento do uso dos medicamentos pelos pacientes, identificando possíveis problemas e ajustando o tratamento quando necessário.

8.5 Acompanhamento e avaliação:

O monitoramento do uso dos medicamentos é realizado pelo farmacêutico ou por uma equipe multidisciplinar identificando possíveis desvios e ajustando as ações necessárias, além disso, realiza a análise dos custos relacionados à aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos.

O agente transformador em todo o ciclo da assistência farmacêutica é o profissional farmacêutico cujo mesmo desempenha um papel fundamental e indispensável, sendo com toda certeza um dos principais atores para transformar a saúde pública no Brasil.

8.6 HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

A Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR) é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), e do Programa Farmácia Popular do Brasil.

O envio das informações se dão de forma mensal sendo o prazo até 15° dia do mês, e o envio se dá pelo gestor da assistência farmacêutica, pelo Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGGS).

8.7 SISTEMAS E E-MAILS UTILIZADOS

- E-mail oficial: **farmaciaescola@toledo.pr.gov.br**
- Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS);
- SISMEDEX - Sistema de gerenciamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- Plataforma do Consórcio Paraná - Compra de medicamentos do componente básico;

9. EQUIPE ATUAL

Atualmente a equipe conta com 26 farmacêuticos, os quais estão devidamente desempenhando suas funções nos seguintes locais:

- 3 farmacêuticos na VISA;
- 3 farmacêuticos na Farmácia Hospitalar do Pronto Atendimento Municipal (PAM);
- 3 farmacêuticos na Farmácia da Vila Pioneiro;
- 2 farmacêuticos na ESF Europa;
- 2 farmacêuticos na EAP Porto alegre;

- 2 farmacêuticos na ESF Cosmos;
- 2 farmacêuticos na EAP Coopagro;
- 2 farmacêuticos na farmácia Especializada do Santa Maria;
- 2 farmacêuticos na Farmácia Escola;
- 2 farmacêuticos na ESF Alto Panorama;
- 1 farmacêutico na ESF Sarandi;
- 1 farmacêutico na Farmácia de manipulação;
- 1 farmacêutico na Central de abastecimento farmacêutico.

10. FARMÁCIA ESCOLA e FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO



A Farmácia Escola, situada à Rua Almirante Tamandaré, 788, centro com horário de atendimento de segunda à sexta-feira das 7:00 às 18:00 - Telefone: (45) 3196-3320. A equipe de recursos humanos é composta de farmacêuticos, técnicos de enfermagem e estagiários que cumprem jornada semanal de 30 horas (6h/dia) e assistente Administrativo, serviços gerais e técnicos de farmácia que cumprem carga horária de 40 horas semanais (8h/dia).

Na Farmácia Escola, temos o seguinte quadro de profissionais e sua respectiva escala:

- Anderson Eduardo de Souza - Técnico de enfermagem - 13h às 19h
- Ariane da Silva Andrade Neves - Técnico de farmácia - 7h às 12h30min e das 13h30min às 16h.
- Clarice Hatsue Sumizawa - Assistente Administrativo - 7h às 12h e das 13h às 16h.
- Claudia Birck - Técnico de enfermagem - 12h30min as 18h30min
- Denise Maria Klein - Técnico de enfermagem - 13h às 19h
- Douglas da Silva Domingues - Estagiário - 7h às 13h
- Evelyn Gilvana Donadel - Farmacêutica - 13h às 19h
- Gislaine Aparecida Purcino - Técnico em Farmácia - 7h às 11h e das 13h às 16h.
- Jaqueline Alice Lorscheider - Farmacêutica - 7h às 13h
- Jessica Godoy de Lima - Técnico em Farmácia - 7h às 13h e das 14h às 16h.
- Marilza Francisca de Mattos - Auxiliar em serviços gerais - 7h às 12h e das 12h30 às 15h30min.
- Valdirene Tavares Alexandre - Técnico de Farmácia - 9h às 13h e das 14h às 18h.
- Yasmyn Lima de Lara - Estagiário - 12h45min as 18h45min

A farmácia Escola realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, dispensação de medicamentos e suplementos alimentares para cumprimento de decisões judiciais (Farmácia Especial), medicamentos do Programa de Tabagismo, Toxoplasmose e Talidomida.

11. Farmácia de Manipulação

O Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de Toledo surgiu em 2012 quando foi contemplado em um edital do Ministério da Saúde. Com o recurso financeiro, o município começou a estruturar sua equipe de profissionais da saúde para a prescrição e manipulação de medicamentos fitoterápicos.

Na Farmácia de Manipulação funciona de segunda a sexta feira das 7h

às 13h para produção de cápsulas e das 7h às 16h para atendimento ao público e captura de prescrições, com o seguinte quadro de profissionais e sua respectiva escala:

- Amanda Cristine Zechi - Técnico de Enfermagem - 7h às 13h
- Claudia dos Santos Ferreira - Farmacêutica - 7h às 13h
- Cléia Edina Marques de Moscato - Técnico de Enfermagem - 7h às 13h
- Maria Aparecida Borges - Auxiliar de Serviços Gerais - 6h15min às 11h e das 11h30min às 14h45min
- Silas Caetano Ramos - Técnico de Enfermagem - 7h às 13h
- Vagner Rodrigues - Técnico de Farmácia - 7h às 12h e das 13h às 16h

12. Farmácia Comunitária da Vila Pioneiro



A Farmácia Comunitária da Vila Pioneiro (Neusa Barbosa), situada à Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 315, Vila Pioneiro anexo ao Pronto Atendimento Municipal, com horário de atendimento de segunda à segunda das 7:00 às 11h15min e das 13h às 18h15min (aberta todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados - Telefone: (45) 3196-3320.

A equipe de recursos humanos é composta de farmacêuticos em regime de escala de 12h x 60h, técnicos de farmácia em regime de escala 12h x 36h, técnico de laboratório e estagiário que cumprem carga horária de 30 horas

semanais (6h/dia).

- Fabiana Sari - Farmacêutica - escala 12h x 60h
- Mariana Magerl- Farmacêutica - escala 12h x 60h
- Thiago Luiz Fucuta de Morais - escala 12h x 60h
- Andreia Cordeiro de Lima - Técnico de farmácia - escala 12h x 60h
- Bruna da Silva Padilha - Técnico de farmácia - escala 12h x 60h
- Dilma Neres - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Elisangela Lopes Marcante - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Eric Jhione Miranda Silva - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Keila Aparecida do Amaral Santos - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Luana Thais Donasollo Veloso - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Silmara Aparecida da Silva Rech - Técnico de farmácia - escala 12h x 36h
- Evandro da Costa - Técnico em laboratório - 6h às 12h
- Gabriela Vitória Fischer - Estagiário - 13h às 19h

A farmácia comunitária da Vila Pioneiro realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, medicamentos para tratamento de COVID (Paxlovid).

13. FARMÁCIA EAP COOPAGRO

A Farmácia da EAP Coopagro, situada à Avenida Ministro Cirne Lima, 3215 - jardim coopagro, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7:30 às 18h45min - Telefone: (45) 3196-3180.

A equipe de recursos humanos é composta de farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia) e técnicos de farmácia com carga horária de 40h semanais (8h/dia).

- Clacir Salete Canevezi Graci - Técnico de farmácia - 8h15min às 12h e das 13h às 17h15min
- Fernanda Mariana Bochnia - Técnico de farmácia - 7h às 11h e das

12h30min às 16h

- Gilmar Aparecido Ferreira - Farmacêutico - 13h às 19h
- Natali Gabriela dos Santos Lanza Bernardi - Farmacêutica - 7h10min às 13h10min
- Regiane Cabrini - Técnico de farmácia - 9h30min às 13h e das 14h30min às 19h

A farmácia da EAP Coopagro realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

14. FARMÁCIA ESF ALTO PANORAMA

A Farmácia da ESF Alto Panorama, situada à Rua José Meneguetti, 147 - jardim Panorama, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7h às 17h - Telefone: (45) 3196-3205. A equipe de recursos humanos é composta de farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia) e técnicos de farmácia com carga horária de 40h semanais (8h/dia).

- Camila Brandelero - Farmacêutico - 11h às 17h
- Francieli Fernanda Schmidt - Farmacêutico - 7h às 13h
- Lana Maria de Souza Frederico - Técnico de farmácia - 7h às 11h e das 12h às 16h
- Vera Lucia de Oliveira dos Santos - Técnico de farmácia - 8h às 12h e das 13h às 17h

A farmácia da ESF Alto Panorama realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

15. FARMÁCIA ESF NOVO SARANDI

A Farmácia da ESF Novo Sarandi, situada à Rua Belo Horizonte, s/n - Novo Sarandi, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 8h às 14h - Telefone: (45) 3196-3255. A equipe de recursos humanos é composta de um farmacêutico com carga horária de 30h semanais (6h/dia) .

- Michel Salamanca Coelho - Farmacêutico - 8h às 14h

A farmácia da ESF Novo Sarandi realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

16. FARMÁCIA ESF COSMOS

A Farmácia da ESF Cosmos, situada à Rua Eugênio Gustavo Keller,1660 - Parque residencial Cosmos, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7h às 17h - Telefone: (45) 3196-3170. A equipe de recursos humanos é composta de dois farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia). A equipe de apoio na farmácia são técnicos de enfermagem da própria equipe de ESF que atuam em regime de escala.

- Claudia de Quadros Paz Alves - Farmacêutico - 7h às 13h
- Andressa de Almeida - Farmacêutico - 11h às 17h

A farmácia da ESF Cosmos realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

17. FARMÁCIA ESF EUROPA

A Farmácia da ESF Europa, situada à Rua Valério Lambaré, 40 - Jardim Europa, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7h às 19h - Telefone: (45) 3196-3195. A equipe de recursos humanos é composta de dois farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia). A equipe de apoio na farmácia são técnicos de enfermagem da própria equipe de ESF que atuam em regime de escala.

- Sidnei Borges - Farmacêutico - 7h às 13h
- Tiago Rafael Sausen - Farmacêutico - 13h às 19h

A farmácia da ESF Europa realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

18. FARMÁCIA EAP PORTO ALEGRE

A Farmácia da EAP Porto Alegre, situada à Rua Júlio Verne, 1367 - Jardim Porto Alegre, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7h às 19h - Telefone: (45) 3196-3160. A equipe de recursos humanos é composta de dois farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia). A equipe de apoio na farmácia são técnicos de enfermagem da própria equipe da EAP que atuam em regime de escala.

- Cristiane Loiva Reichert - Farmacêutica - 7h às 13h
- Leandro Marques Correa - Farmacêutico - 13h às 19h

A farmácia da EAP Porto Alegre realiza o atendimento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

19. FARMÁCIA ESPECIALIZADA ADAIR LUIZ KICH (SANTA MARIA)



A Farmácia especializada Adair Luiz Kich (Santa Maria), situada à Rua General Alcides Etchegoyen, 1731- Jardim Santa Maria, com horário de atendimento de segunda à sexta - feira das 7h às 18h - Telefone: (45) 3196-3149. A equipe de recursos humanos é composta de dois farmacêuticos com carga horária de 30h semanais (6h/dia), técnicos de farmácia e auxiliares de serviços gerais com carga horária semanal (8h/dia).

- Beatriz Dorigon Leite Alves - Técnico de Farmácia - 7h às 12h30min e das

13h30min às 16h

- Eduarda Mariane da Silva Ribeiro - Técnico de Farmácia - 9h às 13h e das 14h às 18h
- Emili Antonio - Farmacêutica - 7h às 13h
- Lucas Silva e Souza Filho - Farmacêutico - 12h15min às 18h15min
- Marlene Ferreira Pinheiro - Auxiliar de serviços gerais - 7h às 11h e das 12h às 16h
- Nilva Bordignon - Auxiliar de serviços gerais - 8h às 12h e das 13h às 19h
- Simone Gonçalves Ferreira de Lima - Técnico de Farmácia - 7h às 11h e das 12h às 16h
- Suzana Belo Ribas Rodrigues da Silva - Técnico de Farmácia - 9h às 13h e das 14h às 18h
- Rosimar dos Santos -Técnico de Farmácia - 7h às 12h e das 13h às 16h

A farmácia especializada Adair Luiz Kich (Santa Maria) realiza o atendimento, cadastro e dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), fórmula infantil e dietas adulto.

20. CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

O CAF, é o setor responsável pelo recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos do componente básico e especializado, materiais hospitalares, materiais odontológicos, fórmulas infantis, dietas adulto e fraldas, situado à Rua Barão do Rio Branco, 3670 - jardim Gisela, com horário de funcionamento para recebimento de bens das 8h às 11h e das 13h às 16h.

A equipe é composta por farmacêutico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente administrativo, motorista, guarda municipal e agente de saúde em desvios de função, sendo:

- *Alessandro Alves de Oliveira - Agente Comunitário de Sáude - 8h às 12h e das 13h às 17h
- Berenice Fatima Alves - Auxiliar de enfermagem - 8h às 14h
- Caroline Vanessa Zeiser - Farmacêutico - 8h às 12 h e das 13h às 17h
- Cassandra Mara Portes - Enfermeiro - 7h30min às 13h30min

- *Eliana Maria de Lima - Guarda Municipal - 7h30min às 12h e das 13h às 15h42min
- Elli Luciana Kuhn Furtado - Motorista - 7h30min às 12h e das 13h às 16h
- Gisele Mercedes Souza de Oliveira - Assistente Administrativo - 8h às 12h e das 13h30min às 17h30min
- Leda Maria Fiorentin - Técnico de Enfermagem - 11h às 17h
- Marlene Alves de Oliveira - Técnico de Farmácia - 8h às 12h e das 13h30min às 17h30min
- Mauricio Colombo - Técnico de Enfermagem - 7h30min às 13h30min
- Rodrigo Melonari - Auxiliar de enfermagem - 12h15min às 18h15min
- Silvania Souza Silva Valentim Ribeiro - Técnico de enfermagem - 8h às 14h

A equipe responsável pelo transporte é composta por dois profissionais que no momento apresentam relatório médico que solicita o afastamento de suas funções oficiais aos quais fizeram concurso.

21. ATIVIDADES PRINCIPAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Realização de processos licitatórios, toda fase interna.
- Programação de compra de medicamentos, fórmulas e dietas através do sistema SIGSS;
- Aquisição de medicamentos (REQUISIÇÃO DE COMPRA) no sistema SCP;
- Monitoramento de lotes e validades a fim de evitar perdas;
- Participar de reuniões e apresentações no Conselho Municipal de saúde, 20º Regional de saúde entre outros órgãos públicos;
- Realizar a gestão de equipes, de estoques, participar de reuniões de equipes;
- Atendimentos de ouvidorias;
- Respostas e produção de ofícios;
- Atendimentos às demandas judiciais;
- Atendimento das demandas das casas abrigos, para compra de medicamentos não padronizados (ADIANTAMENTO);
- Monitoramento e ajustes do cartão ponto dos servidores do CAF,

Farmácia Escola, Farmácia Pioneiro, Coopagro e Especializada.

- Envio dos relatórios do sistema do banco de dados de ações e serviços da assistência farmacêutica (BNAFAR);

22. Indicadores da Programação Anual de Saúde (PAS)

9.1.1 Atingir 15% do número de pacientes HAS, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.

9.1.2 Atingir 15% do número de pacientes DM, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.

No que se refere às consultas farmacêuticas, apesar do avanço na contratação de farmacêuticos, não há no momento estrutura que permita a **realização de consultas,** visto que a única unidade que dispõe de consultório farmacêutico é a farmácia escola.

9.1.3 Manter abaixo de 5% a perda de medicamentos vencidos do estoque.

9.1.4 Realizar anualmente a avaliação e monitoramento do Programa Municipal de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos de Toledo, conforme Lei Municipal nº "R" 24/2020.

Indicadores: Assistência Farmacêutica	2022		2023		2024 (1º e 2º Qd)		2025	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
9.1.1	145	2	339	49	533	52	727	
9.1.2	56	0	130	21	204	22	278	
9.1.3	5%	0,56%	5%	0,64%	5%	0,47%	5%	
9.1.4	1	0	1	1	1	1	1	

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

23. FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos podem ser adquiridos através de Licitação na modalidade pregão ou via dispensa de licitação e pelo Consórcio Paraná Saúde. O Consórcio Paraná Saúde foi constituído em 1999 pelos municípios

do estado do Paraná juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de otimizar os recursos da assistência farmacêutica. O Consórcio efetua a aquisição dos medicamentos elencados na Assistência Farmacêutica, os municípios possuem a autonomia na seleção e quantificação de suas necessidades a cada aquisição. No entanto, nem todos os medicamentos dispensados pelo município são fornecidos pelo Consórcio, conforme consta no elenco da deliberação 135 de 25/05/2022.

Pregões Vigentes e em andamento:

- 180/2023 - Medicamentos validade 11/2024 (Nova licitação em andamento solicitação 3143/2024);
- 44/2024 - Medicamentos validade 06/2025;
- 193/2023 - Manipulação validade 12/2024 (Nova licitação em andamento solicitação 4331/2024);
- 237/2023 - Fórmulas e dietas validade 02/2025 (Nova licitação em andamento solicitação 2952/2024);

Importante frisar que as licitações em andamento, o certame acontecerá ainda em 2024.

24. SALDO DOS ESTOQUES

O saldo dos estoques disponíveis na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), em 29 de outubro de 2024, apresenta um total de R$1.839.760,01 em medicamentos e R$123.100,08 em leites e fórmulas. Esses valores refletem os recursos investidos no armazenamento e abastecimento para suprir as necessidades das unidades de saúde, garantindo o fornecimento contínuo de produtos essenciais para a população.

25. DEMANDAS JUDICIAIS

Os processos judiciais com decisões favoráveis ao paciente para o

fornecimento de medicamentos e fórmulas infantis estão disponíveis na pasta SAUDE (**P:) Administrativo - Fundo M. Saúde - Judiciais**. Esse arquivo centralizado permite fácil acesso e consulta, facilitando a gestão e o acompanhamento das ações judiciais que garantem o cumprimento das determinações para atender às demandas de saúde dos pacientes.

A manifestação ocorre por meio da comunicação oficial da Procuradoria Geral do Município (PGM), ou da promotoria de justiça.

TEMAS A DELIBERAR

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);

Protocolos de fórmula infantil;

Protocolos de dietas adulto;

Protocolo de fornecimento de medicamentos para casa abrigo;

Protocolos clínicos da assistência Farmacêutica;

Protocolo de fornecimento de negativa de medicamentos (Ouvidoria).

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

HISTÓRICO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências representa um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, buscando garantir o acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde em situações de urgência e emergência. Este sistema integra uma série de pontos de atenção, desde a atenção primária até a alta complexidade, com o objetivo de oferecer uma resposta efetiva e coordenada diante das demandas emergenciais da população.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Toledo o Departamento da Rede de Urgência e Emergência é composto pelas seguintes unidades: Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes – PAM 24hs, Unidade de Pronto Atendimento Dr. José Ivo Alves da Rocha – UPA 24 hs, Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD - e pela Central de Materiais e Esterilização do Município (CME).

Além disso, para o adequado atendimento dos casos de urgência e emergência, é imprescindível a articulação com os demais serviços que compõem a Rede de Urgência e Emergência, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Corpo de Bombeiros (193) e Hospitais referenciados pela macro regulação estadual.

Este trabalho conjunto é essencial para assegurar o acesso com resolutividade aos quadros agudos ou crônicos agudizados, dentro dos princípios do SUS. Ademais, a colaboração com os demais componentes da Rede Municipal de Saúde, incluindo a Atenção Primária em Saúde, Atenção Especializada em Saúde, Rede de Atenção à Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Atenção Farmacêutica, também é primordial para garantir um atendimento eficaz e integrado.

A seguir gráficos representativos dos atendimentos da urgência e

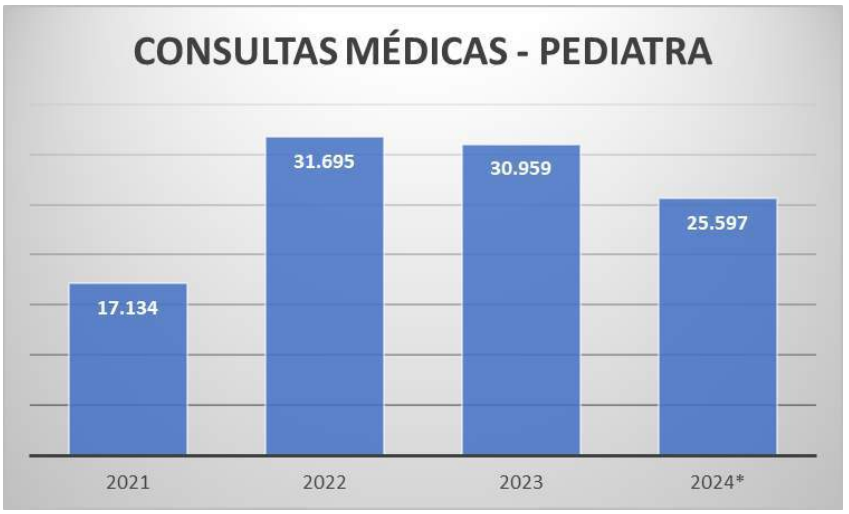
emergência PAM e UPA:

1. **Total de consultas com médicos clínicos PAM e UPA:**



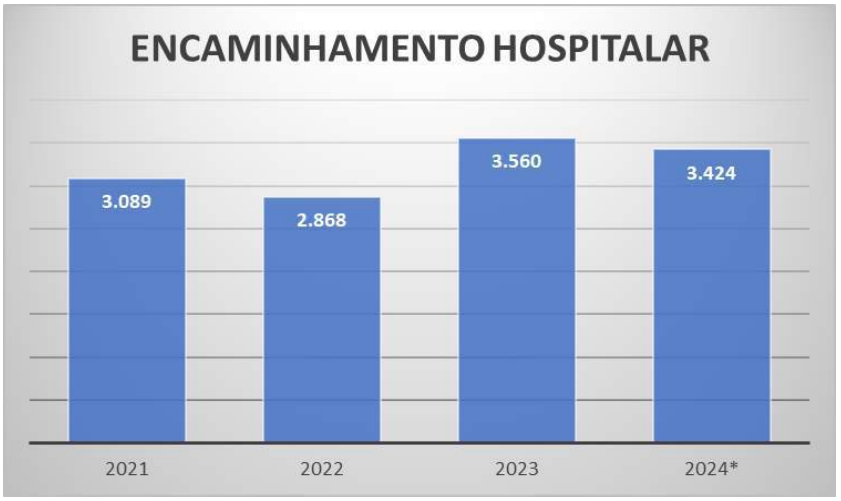
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

2. **Total de consultas pediátricas na unidade UPA:**



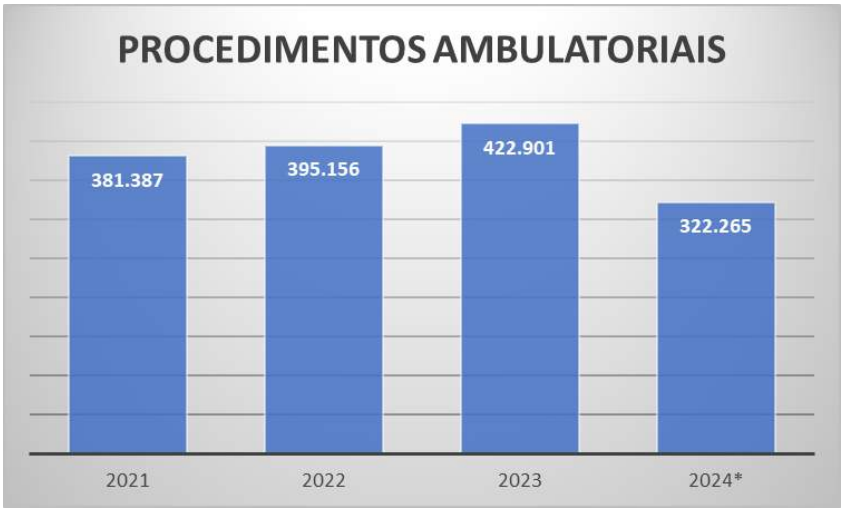
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

3. Total de encaminhamentos hospitalares das unidades PAM e UPA



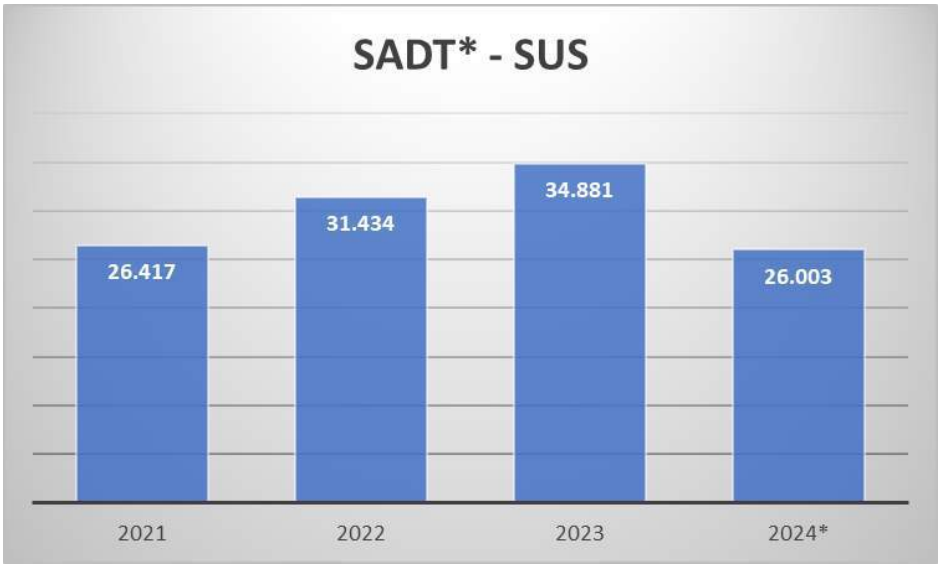
Fonte:Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

4. Total de Procedimentos ambulatoriais das unidades PAM e UPA



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

5. **Total de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) exames realizados nas unidades PAM e UPA pelo SUS**



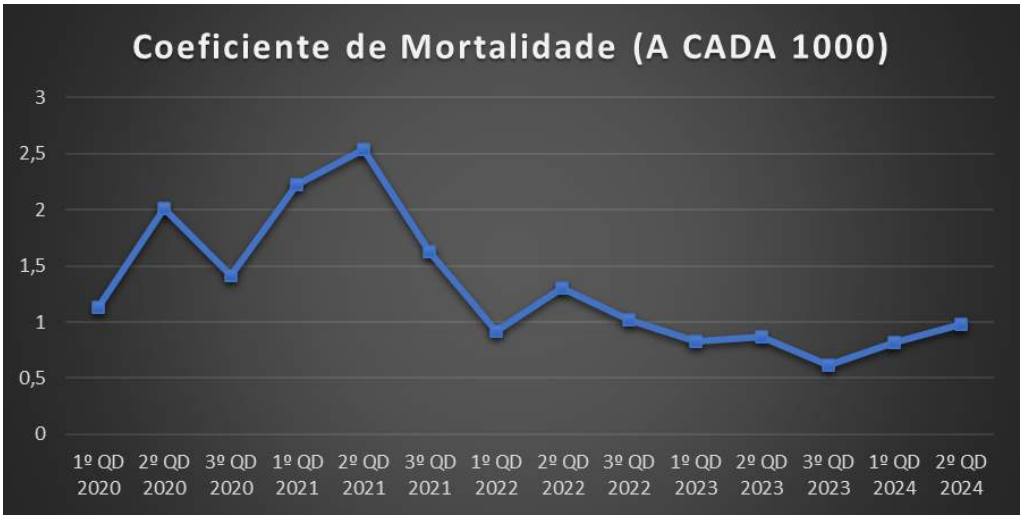
Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

6. **Total de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) exames realizados nas unidades PAM e UPA pelo CISCOPAR**



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

7. **Índice de mortalidade nas unidades PAM e UPA**



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral .* 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

EM ANDAMENTO

2. Em 13/03/2024 foi realizado uma atualização de fluxos referente a territorialização das Unidades de Pronto Atendimento PAM e UPA:

2.1 Unidade de Pronto Atendimento UPA II, em gestão compartilhada com CONSAMU, permanece com referência para:

- Unidade de Pronto Atendimento para crianças até 12 anos 11 meses e 29 dias com ou sem sintomas respiratórios, cujo acesso ocorrerá por livre demanda e retaguarda para atendimento móvel pré-hospitalar;
- Pacientes com transtornos psiquiátricos agudos, cujo acesso ocorrerá através de retaguarda para o atendimento móvel pré-hospitalar SAMU;
- Pacientes Adultos clínicos conforme mapa estabelecido, cujo acesso ocorrerá por livre demanda e retaguarda para atendimento móvel pré-hospitalar;
- Pacientes sintomáticos respiratórios leves com indicação de seguimento ambulatorial, cujo acesso ocorrerá por livre demanda;
- Referência para Trauma e Ortopedia, cujo acesso ocorrerá através de retaguarda para o atendimento móvel pré-hospitalar SIATE ou SAMU;
- Referência no período noturno, finais de semana e feriados para pacientes vítimas de violência, acidentes com material biológico, PEP - Profilaxia

Pós-Exposição de Risco, curativos crônicos aos finais de semana, vacinas DT e contra Raiva Humana pós exposição.

Os municípios pactuados junto ao Consamu**, Ouro Verde do Oeste, São Pedro do Iguaçu, São José das Palmeiras e Diamante do Oeste,** deverão ser direcionados para a UPA II.

2.2 Unidade de Pronto Atendimento Municipal - permanece como referência para:

- Pacientes acima de 13 anos, sintomáticos respiratórios, cujo acesso ocorrerá por livre demanda para casos leves e retaguarda para atendimento móvel pré - hospitalar para casos graves;
- Pacientes com transtornos psiquiátricos, cujo acesso ocorrerá por livre demanda;
- Pacientes adultos clínicos conforme territorialização estabelecida, cujo acesso ocorrerá por livre demanda e retaguarda para atendimento móvel pré hospitalar;
- Ortopedia, cujo acesso ocorrerá por livre demanda;
- Curativos crônicos aos finais de semana e feriados, vacinas DT e contra Raiva Humana pós exposição.

3. DESVIO DE FLUXO

O desvio de fluxo aplica-se ao PAM e UPA nos casos em que as salas de emergência destes serviços estejam em capacidade máxima de ocupação, impedindo que novos pacientes sejam admitidos com condições mínimas de atendimento.

A regulação é autoridade sanitária e pode redefinir o direcionamento das ambulâncias conforme a necessidade.

Deste modo, **exclusivamente** a Direção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e/ou as Direções Técnicas Médicas tem por competência o contato telefônico com a Central de Regulação (SAMU 192) para informar a condição do serviço, solicitar que o fluxo de novos pacientes seja desviado para unidades com capacidade mínima de atendimento e definir, em conjunto com a

regulação, em quanto tempo o fluxo será restabelecido.

Referências para Regulação

UPA	PAM
BAIRROS	
Jardim Pancera	Vila Paulista
Cezar Parque	Jardim Europa
Centro	Santa Clara
Vila Industrial	Jardim Concórdia
Jardim Santa Maria	Panorama
Jardim La Salle	Alto Panorama
Jardim Porto Alegre	Jardim Gisela
São Francisco	Vila Operária
Vila Becker	Jardim América
Tocantins	Jardim Maracanã
Jardim Coopagro	Pinheirinho
Jardim Orguídeas	Jardim Independência
Fachinni	Jardim Anápolis
Jardim Parizotto	Jardim Cassandra
Recanto das Hortências	
Cerâmica Prata	
Distritos	
Vila Nova	Boa Vista
Novo Sarandi	Bom Princípio
Dez de Maio	Ouro Preto
Concórdia do Oeste	São Luiz D'Oeste
Dois Irmãos	Linha Mandarina
Novo Sobradinho	Tapuí
Vila Ipiranga	
São Miguel	

4. SISTEMAS UTILIZADOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- SigsSaude: Sistema Municipal para registro do atendimento SUS no município;
- IDS Saúde:Sistema utilizado para agendamento de consultas e exames do convênio Ciscopar;
- GSUS: Sistema utilizado para cliques de pacientes na central de leitos;
- NOTIFICA COVID: Sistema utilizado para quando realizamos teste Rápido de Covid ou RT-PCR para vírus respiratório;
- SINAN: Página utilizada para notificação de dengue - ficha online;

- SESA: Página utilizada para cadastramos a solicitação de exames que vai para o LACEN;
- ANVISA: Página utilizada para notificações online.

5. CONTRATOS VIGENTES PAM E UPA:

Para o adequado funcionamento de todas as áreas dentre manutenção e prestação de serviços, o Pronto Atendimento e a UPA contam com empresas terceirizadas provenientes de contrato com município:

- Refeições: Empresa licitada para fornecimento de marmitex e refeições especiais para pacientes PAM e UPA *(vigente até **20/03/2025**)*.
- Lavanderia: Empresa especializada para prestação de serviço contínuo de Lavanderia hospitalar e processamento de roupas com fornecimento de enxoval PAM e UPA *(vigente até **17/07/2026**).*
- Limpeza: Empresa responsável por prestar serviço especializado em limpeza, conservação e higienização do PAM e UPA *(vigente até **24/01/2026**)*.
- Transporte e destinação de lixo hospitalar: Prestação de serviço de coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos de serviço de saúde (RSS) PAM e UPA *(vigente até **01/10/2025**)*.
- Manutenção de Ar-condicionado: Prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva em aparelhos de ar condicionado e de climatização, com fornecimento de material e mão de obra PAM e UPA *(vigente até **08/03/2025**)*.
- Impressoras: Empresa especializada para locação de impressoras PAM e UPA *(vigente até **07/08/2025**)*.
- Manutenção de equipamentos hospitalares: Serviço em manutenção preventiva, corretiva e troca de peças/ acessórios em equipamentos médico-hospitalares PAM e UPA *(vigente até **22/11/2025**)*
- Oxigênio: Empresa especializada em fornecimento de oxigênio medicinal PAM e UPA *(vigente até **18/06/2025**)*.
- Dedetização: Empresa especializada na prestação de serviços de controle sanitário integrado no combate de pragas urbanas, englobando

dedetização, desratização, desinsetização e descarrapatização PAM e UPA *(vigente até **13/04/2025**)*.

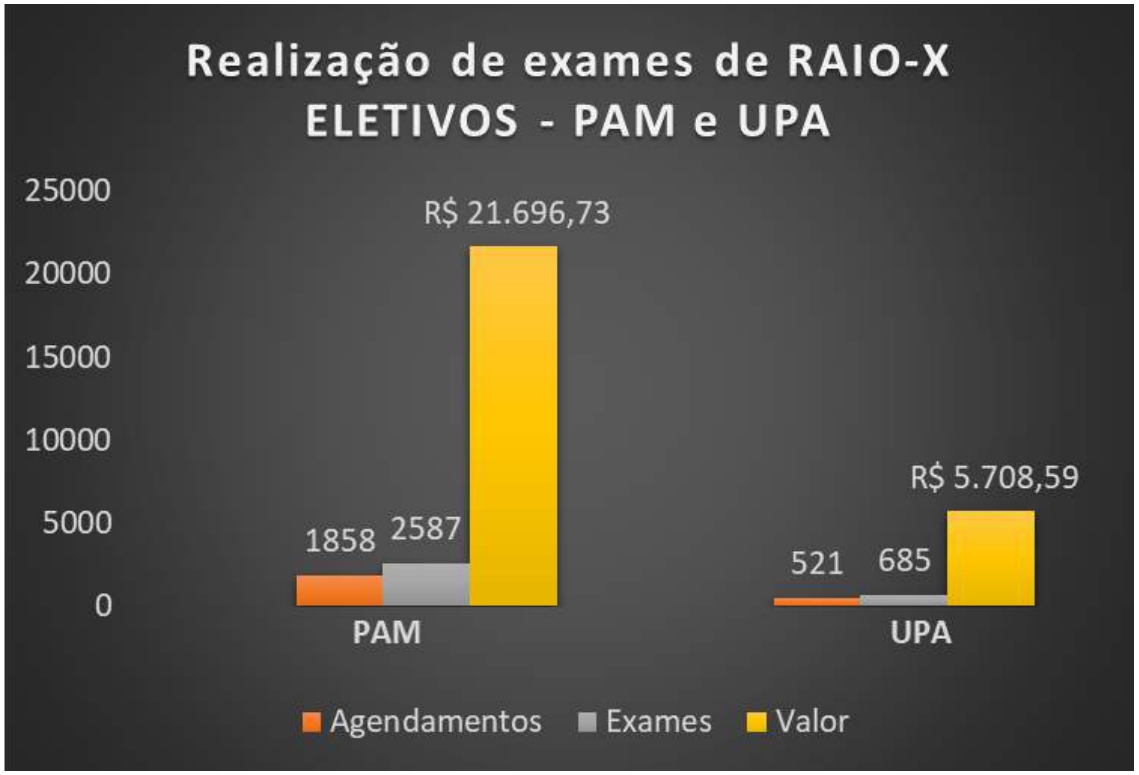
- Gerador: Empresa especializada na prestação de serviços e manutenção preventiva e corretiva com fornecimento de peças e mão de obra PAM e UPA *(vigente até **16/09/2025**)*.
- Raio-x: Empresas responsáveis pelo fornecimento de sistema de imagem, manutenção preventiva e corretiva do aparelho, fornecimento de dosímetros de mensuração de radiação PAM e UPA *(vigentes para **2025**)*
- CISCOPAR: São contratos firmados através do Consórcio Intermunicipal de Saúde-CISCOPAR com o município, os quais englobam: Laboratórios (Microbio, Anchieta e Neolab), clínicas de imagem (Grupo Diagnose, I-radi) consultas especializadas com oftalmologista (Milton Dresch) e ortopedista (Ciscopar)*(vigentes para **2025**)*.
- CONSAMU*:* Contrato de Rateio nº 135/2024 - exclusivo para atendimento de RH na UPA. (*vigente até **31/12/2024)***

6. EXAMES ELETIVOS DE RAIO-X REALIZADOS PAM E UPA:

Em outubro de 2024 foi estabelecido o fluxo para a realização de exames eletivos de RX na rede de urgência e emergência - PAM e UPA. Desta forma ficou estabelecido que PAM e UPA realizarão 100 exames com laudos por semana, e mais 40 exames nos finais de semana sem laudo.

Esta nova organização tem por objetivo reduzir custos.

O gráfico abaixo mostra a quantidade de exames de Raio-x eletivos realizados na Urgência e Emergência - Janeiro a Outubro de 2024.



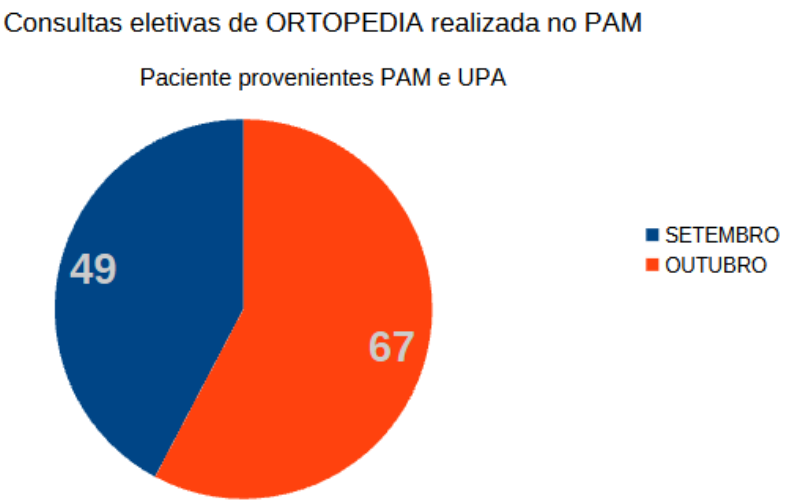
Fonte: SigsSaude

A totalidade de exames realizados nas duas unidades somam 3.272. Considerando que antes estes exames eram todos realizados por convênio do CISCOPAR, este acordo representou uma economia de mais de R$ 27.000,00.

A UPA e o PAM contam com um médico ortopedista que atende em ambos os locais. Ele é responsável por avaliar os pacientes clicados na central de leitos, bem como aqueles encaminhados pelo consultório para avaliação com o especialista. Essa medida visa reduzir os custos com encaminhamentos para o CISCOPAR e garantir um atendimento mais especializado aos pacientes que necessitam.

Além disso temos a parceria com a Universidade Federal do Paraná, com o curso de Medicina onde temos avaliação com Psiquiatra no PAM nas quartas feiras, para aqueles pacientes com indicação na UPA este profissional passa atende nas segundas -feiras, na ausência deste , a cobertura de médico psiquiatra é realizada por profissional do Serviço de Saúde Mental, com pagamento de hora extraordinária, conforme necessidade do serviço.

7. Quantidade de pacientes encaminhados para avaliação ortopédica atendidos no PAM



Fonte: SigsSaude

TEMAS A DELIBERAR

- Implantar Norteador da Rede de Urgência e Emergência - RUE (em construção).

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL (PAM)

HISTÓRICO

O Pronto Atendimento Municipal DR. Jorge Milton Nunes – 24 Horas PAM, situado no antigo “Mini-Hospital” na vila pioneira, teve sua reinauguração, em formato de Pronto Atendimento, em 10 de Abril de 2017, com atendimento de Urgência e Emergência para pacientes com idade a partir de 13 anos.

O PAM tem por finalidade prestar assistência à saúde pública, em situações de urgência/emergência, dentro das especialidades de sua competência, nos limites de sua capacidade instalada e com qualidade, atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a consecução de seus objetivos cabe ao PAM:

I - Prestar assistência em urgência/emergência;

II - Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população;

III - Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de ações educativas e operacionais;

IV - Estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;

V – Garantir condições de trabalho às equipes.

A unidade passou por vários desafios, devido ao período da Pandemia, onde medidas precisaram ser adotadas a fim de suprir esta demanda. O PAM tornou-se a unidade de pronto atendimento referência exclusiva para pacientes

sintomáticos de CORONAVÍRUS e DENGUE e conforme os casos aumentaram ou diminuíram a unidade esteve atenta às necessidades alterando a dinâmica dos atendimentos.

LInha do tempo mudanças no perfil Atendimentos no PAM



Fonte: Controle Interno direção/PAM, até Outubro 2024

Destino dos PACIENTES internados no PAM de 2020 á 2024

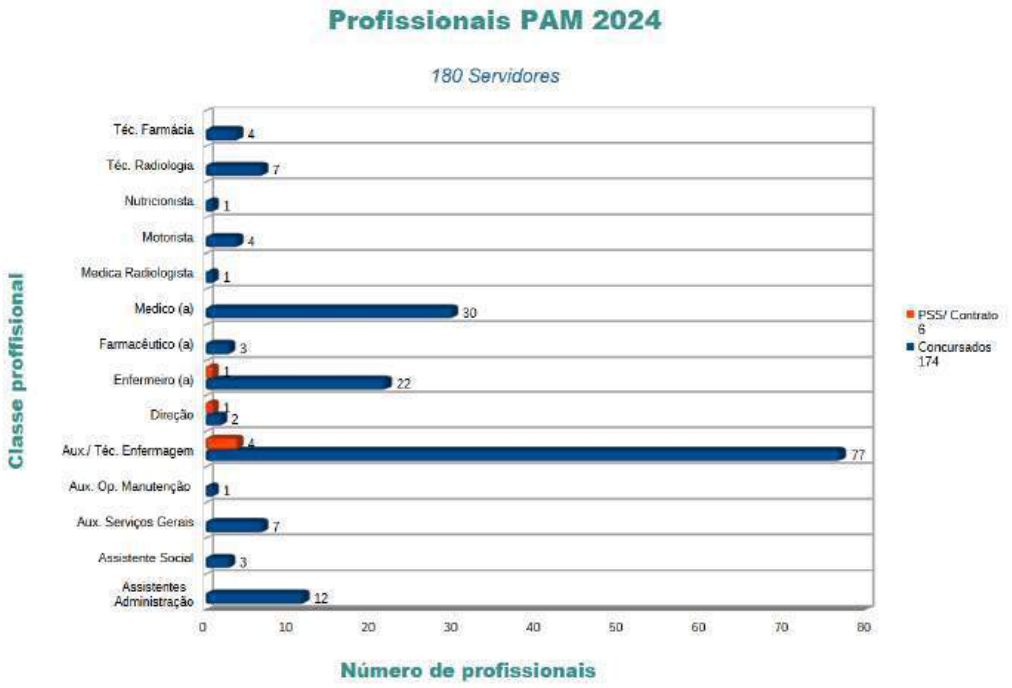
Destino/ Período	2020	2021	2022	2023	2024 até Set.
Internamento	3872	2472	2923	3892	4212
Transferidos	20,58%	41,30%	26,24%	29,59%	34,44%
Alta	78,35%	55,23%	71,34%	69,10%	63,96%
Óbitos	1,05%	3,47%	2,42%	1,31%	1,60%

Fonte: Controle Interno direção/PAM, até Outubro 2024

EM ANDAMENTO

O PAM presta assistência em situações de urgência/emergência por meio de unidades e setores de atendimento. Compõe-se de todos os profissionais e colaboradores que utilizam suas instalações, dependências ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão. Atualmente conta com 200 profissionais atuantes, onde 20 destes são profissionais da empresa terceirizada Barreiras responsável pela limpeza e zeladoria, os quais são distribuídas em turnos diurnos e noturnos, e os outros 180 são servidores conforme gráfico:

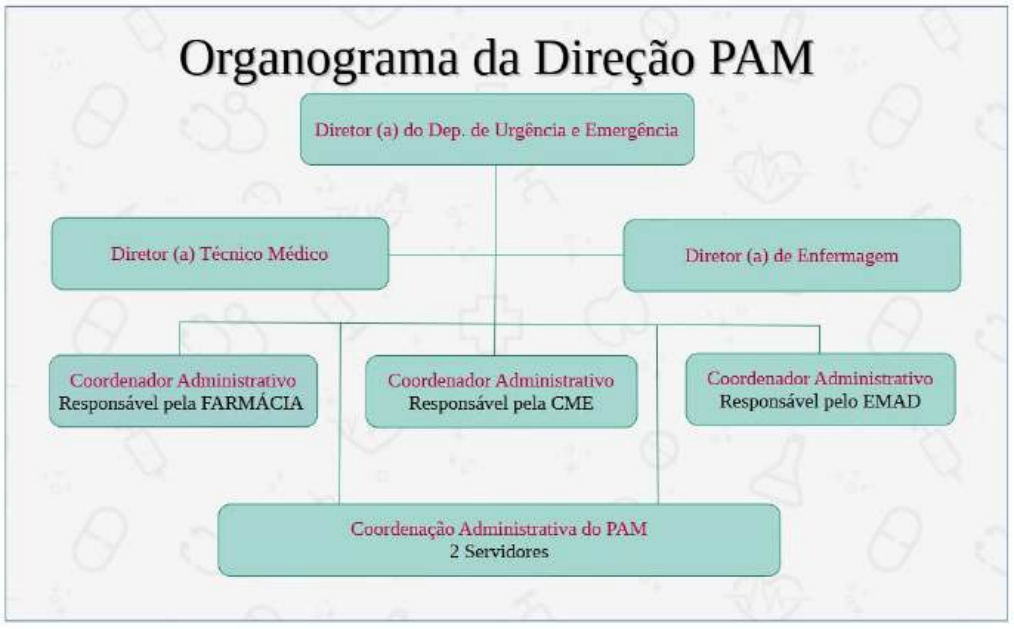
Quantitativo de profissionais PAM



Fonte: rh/ Relatório interno da unidade e sistema Ponto BioFinger

- No número de profissionais relacionados acima está inclusa a Direção do PAM, a qual é composta por 3 diretores e 5 coordenadores:

Estrutura da direção do PAM:



Fonte: Dados internos da unidade

1. CORPO CLÍNICO

O quadro de médicos clínico geral na unidade PAM se dá por profissionais médicos T4 que são os profissionais que devem cumprir 20 horas semanais, e os T6 que são os profissionais que devem cumprir 30 horas semanais. Estes são todos provenientes de contratação do município sendo por concurso ou contrato PSS.

Atualmente o PAM conta com 30 médicos clínicos geral, os quais desempenham suas funções sob regime de escala de plantão/ cálculo mensal.

AÇÕES CONCLUÍDAS:

- C.I nº 11/2024: Manejo Pós Óbito - IML/SVO;

Comunicado com objetivo de orientar profissionais quanto ao manejo do corpo pós óbito: encaminhamento para IML e/ou SVO.

- Em anexo: PAM – C.CLÍNICO – MANEJO ÓBITO

- C.I nº 35/2024:

Comunicado Interno da unidade que estabelece diretrizes internas de brevidade de intervalos, revezamentos, passagem de plantão entre os médicos clínicos da unidade.

- Em anexo: PAM – C.CLÍNICO – C.I 35

- Instrução normativa SMS nº 09 de 05 setembro de 202:

Instrução que normatiza o fluxo de solicitação de pedidos de exames de imagens no PAM e na UPA.

- Em anexo: PAM – C.CLÍNICO – INST. SMS 09

- C.I nº 44/2024:

Comunicado interno da unidade o qual estabelece fluxo de divisão e

revezamento dos setores;

- Em anexo: PAM – C.CLÍNICO – C.I 44

- C.I nº 12/2023: Padronização nos internamentos:

Comunicado interno do PAM onde é estabelecida a padronização da forma de internar os pacientes, contendo a obrigatoriedade do médico que faz o internamento realizar o clique na central de leitos e a prescrição médica.

- Em anexo: PAM – C.CLÍNICO – C.I 1

2. CARTEIRA DE SERVIÇOS OFERTADOS À POPULAÇÃO PELO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL - PAM

- Acolhimento com Classificação de Risco Manchester;
- Atendimento médico através de demanda espontânea para maiores de 13 anos, com a realização de procedimentos, quando necessário: suturas, remoção de corpo estranho, curativos, tala gessada e outros pequenos procedimentos;
- Atendimento para casos regulados através da Central de Regulação Médica do SAMU, transportados seja pelo SAMU ou pelo Corpo de Bombeiros;
- Vacinas anti rábica e dupla adulto para casos atendidos no serviço ou com aprazamento realizado pela Atenção Primária em Saúde para finais de semana ou feriados;
- Curativos crônicos aos finais de semana, com carta do serviço que realiza o acompanhamento, indicando a troca e cobertura utilizada, garantindo que não haja regressão no tratamento;
- Unidade sentinela para Arboviroses;
- Unidade sentinela para Vírus Respiratórios;
- Solicitação de vaga via Central Estadual de Regulação de Leitos para casos que requeiram internação;

- Manutenção de pacientes em observação até a disponibilização de vaga hospitalar;
- Administração de medicação e solução injetável para pacientes atendidos no serviço ou com prescrição aprazada para período noturno, finais de semana ou feriado;
- Administração de medicação especial que requer observação prolongada ou suporte de emergência, na impossibilidade de administrar na Atenção Primária;
- Administração de soros e imunoglobulinas, conforme disponibilização da Vigilância Epidemiológica Municipal;
- Transporte de pacientes para realização de exames de imagens em clínicas conveniadas, transferências e altas
- Realização de exames complementares, seja de imagem ou laboratorial, conforme Instrução Normativa 09/2023 e aqueles vinculados à cota 03.

3. PROJETO BOAS PRÁTICAS

Em parceria com Governo Federal e o Hospital HCor - Associação Beneficente Síria, o PAM e a UPA 24 horas de Toledo, foram selecionados pela Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOS)/ Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU)/ Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) a ser beneficiário do projeto "Apoio à implementação das Boas Práticas na Atenção à Cardiologia e Urgências Cardiovasculares" que consiste em qualificar em serviço a gestão de manejo clínico na linha de atenção à cardiologia e urgências cardiovasculares por meio do monitoramento do uso de ferramentas conectadas e interativas e da implementação de diretrizes assistenciais em cardiologia tendo como objetivos específicos:

- Apoio ao diagnóstico - Tele ECG;
- Apoio à decisão clínica - Teleconsultoria cardiológica;
- Sessões de aprendizagem virtual às equipes das unidades participantes;
- Implementação e monitoramento das diretrizes de síndrome coronariana aguda.

4. EMPRÉSTIMOS DE ITENS HOSPITALARES - PAM

Conforme a Lei nº 2.761, de 03 de junho de 2024 , a qual dispõe sobre a criação do Programa de Empréstimo de Equipamentos Hospitalares no Município de Toledo, o PAM possui o setor de empréstimo de materiais hospitalares, o qual tem por finalidade organizar e realizar empréstimos para os pacientes que fazem uso no domicílio de itens como cama hospitalar, cadeiras de rodas, muletas , andadores, etc.

No ano de 2024 mais de 300 famílias utilizaram itens do setor de empréstimo o qual conta atualmente com 63 camas hospitalares, e demais materiais em quantidade menor como: cadeiras de rodas, cadeiras de banho, aspirador, andador, tipoia, bota ortopédica, colete e suporte de soro.

O Setor de Empréstimo tem disponibilidade relativa quanto aos itens que podem ser fornecidos à população, pois depende de doações, manutenções e devoluções.

TEMAS A DELIBERAR

- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerados no relatório de Reinspeção nº 230/2022 no PAM

5. SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA PAM

No setor de nutrição são desenvolvidos os seguintes serviços: recepção e distribuição de refeições para servidores, pacientes e acompanhantes; fracionamento e distribuição de nutrição enteral, avaliação e controle de pacientes em uso de nutrição enteral.

São servidos diariamente café da manhã, almoço, café da tarde e jantar para os pacientes internados, ou dieta enteral, se necessário. Os acompanhantes de pacientes maiores de sessenta anos, ou com alguma condição específica que exija a presença de um acompanhante, também recebem as quatro refeições.

Para os funcionários que trabalham em regime de plantão de 12 horas, são servidos almoço ou jantar, de acordo com período de trabalho.

As refeições são entregues prontas para consumo, por empresa terceirizada contratada pela Prefeitura Municipal via licitação. Por isso, as colaboradoras do PAM apenas fazem o porcionamento e a distribuição destas refeições para os pacientes e para os funcionários.

As refeições são compostas da seguinte forma:

Para os Pacientes:

Café da manhã: pão integral ou simples + blister de manteiga ou geléia diet + chá sem açúcar + fruta

Almoço: sopa com torrada ou marmita + salada, conforme prescrição médica.

Lanche: iogurte ou água de coco + biscoito + fruta

Jantar: sopa com torrada

Para os Funcionários:

É servido 1 marmita e também dois tipos de salada que são entregues prontas para o consumo, embaladas individualmente. Os temperos (sal, azeite, e vinagre), também são fornecidos pelo restaurante, em porções individuais.

O pedido das marmitas é feito diariamente para os pacientes, conforme mapa de dieta feito pela equipe de enfermagem, e para os funcionários, a cada dez dias, conforme escalas de trabalho fornecidas pelo responsável de cada setor.

A dieta enteral é adquirida pela atenção farmacêutica via licitação, e entregue no PAM conforme pedido semanal. Trata-se de dieta oligomérica, normoproteica, normocalórica, padrão, com fibras, líquida em embalagens tetrapak de 1 litro.

A nutricionista ou estagiária em nutrição realiza a avaliação nutricional

do paciente e em seguida, emite a prescrição dietética para o mesmo, que é anexada ao prontuário. Também é feito um mapa de dieta enteral, com o planejamento de volume por horário para cada paciente, e com base nele, as copeiras fracionam a dieta em frascos específicos, e levam ao setor para a administração.

Atualmente seu quadro de funcionários é formado por uma nutricionista que cumpre 4 horas por dia, uma estagiária de nutrição que cumpre 6 horas por dia, e 4 copeiras que se revezam em escala de 12x36, sendo uma por plantão.

EQUIPE:

01 Nutricionista RT - carga horária 8 horas, de segunda a sexta-feira

Estagiária de Nutrição - aguardando contratação. Carga horária 6 horas, de segunda a sexta-feira

02- Copeiras - Auxiliar de serviços gerais I, Carga horária em regime de escala 12 x 36 noturno

02- Copeiras - Auxiliar de serviços gerais I, Carga horária em regime de escala 12 x 36 diurno

AÇÕES CONCLUÍDAS:

- Implantação de formulário específico de solicitação de dieta enteral da enfermagem para nutrição
- Instituição de Equipe Multidisciplinar de Nutrição Enteral
- Elaboração de Protocolo de Nutrição Enteral da instituição
- Contratação de estagiária de nutrição
- Aquisição de termômetro para controle de temperatura de refeições

TEMAS A DELIBERAR

- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerado nos relatório de Reinspeção nº 230/2022 no PAM.

6. FARMÁCIA HOSPITALAR PAM

A farmácia hospitalar do PAM funciona em tempo integral fornecendo todos os medicamentos, materiais hospitalares e saneantes utilizados nos atendimentos e procedimentos médicos realizados na unidade e tem importância estratégica na garantia da qualidade e segurança da assistência em saúde.

Atualmente seu quadro de funcionários é formado por três farmacêuticos que possuem carga horária de 6 hs diárias, e quatro técnicos em farmácia que se revezam em escala de 12x36 diurno e noturno, sendo uma por plantão.

EQUIPE:

01 Farmacêutico - Coordenador Administrativo (Diretor Técnico Farmacêutico) Carga horária 08 horas

01 - Farmacêutica Assistente - carga horária 30 horas semanais/ 6 horas diárias, turno vespertino.

01 Farmacêutica Assistente - carga horária 30 horas semanais/ 6 horas diárias, turno noturno.

02 Técnicos em farmácia que atuam em regime de escala 12 x 36 diurno

02 Técnicos em farmácia que atuam em regime de escala 12 x 36 noturno

AÇÕES CONCLUÍDAS:

- Substituição total dos técnicos em enfermagem por técnicos em farmácia.

TEMAS A DELIBERAR

- Adequação de recursos humanos, contração de 03 farmacêuticos.

- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerado nos relatório de Reinspeção nº 230/2022 no PAM

7. SERVIÇO SOCIAL PAM

O serviço Social do PAM é um setor fundamental no acolhimento e direcionamentos assertivos a todos pacientes que aqui ingressam.Tem por objetivo a Garantia do direito à Saúde e deveres do usuário que se encontram em atendimento e/ou internamento nas dependências deste serviço de urgência e emergência.

Descritivo das atividades desempenhadas pelos profissionais do serviço social:

- Por meio de escuta qualificada dos pacientes, familiares, acompanhantes, prestar atendimento social e intervindo nas expressões da questão social que envolvam o processo saúde e doença, contribuindo para humanização do atendimento, visando melhoria da qualidade de vida do paciente e da família e suas reais necessidades.
- Avaliar a condição de autonomia do usuário;
- Garantir atendimento de qualidade, humanizado e acolhedor;
- Discutir casos com a equipe que requer intervenção interdisciplinar;
- Referenciar o usuário aos demais pontos de rede intersetorial;
- Mobilizar a rede de atendimento das políticas públicas do Município de Toledo para a realização de estudo e intersetorial;

Ações concluídas

- Garantia do atendimento, e respeito a pessoa e seus valores e seus direitos, instituindo atendimento especializado para idosos, mulher, adolescentes, pessoas com deficiências, LGBTQUI+ e etc...
- Protocolo do serviço social

EQUIPE: 03 Assistentes Sociais Carga horária 30 horas semanais DIURNAS (escala 12x36).

8. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SCIRAS)

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) do PAM, é composto por um enfermeiro com carga horária diária de 6 horas, um infectologista meio período semanal e um técnico em enfermagem com carga horária igual ao do enfermeiro, no entanto, o mesmo auxilia o Núcleo de Segurança do Paciente. Todos os profissionais são servidores.

O SCIRAS atua na prevenção e controle das infecções em ambientes de saúde. Tem por objetivo, a redução na incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), garantindo a segurança dos pacientes e servidores locais.

O SCIRAS monitora as IRAS em pacientes internados em diferentes topografias, como: infecção urinária, cultura de vigilância (pacientes provenientes de outra instituição), sangue e pacientes pós operatório de outras instituições, investigação de infecção de sítio cirúrgico.

Elaboração, atualização de Procedimentos Operacionais Padrão, bem como, capacitação dos profissionais de saúde sobre as condutas mais eficazes para prevenir e controlar as IRAS, são também, atribuições deste serviço.

Em 2022 aconteceu inspeção da Vigilância Sanitária (Relatório de Inspeção 72/2022), segue abaixo as adequações realizadas pelo SCIRAS.

- Fluxo de atendimento de pacientes suspeitos de Monkeypox (através da CI 34/2022 em anexo);
- Capacitações realizadas através do Projeto de Capacitação e Educação Continuada em Saúde com Parceria da Escola de Administração Pública e Secretaria de Saúde – PAM;
- Plano de Gerenciamento para Prevenção e Controle da Dengue (em anexo);
- Programa de controle de vetores e pragas urbanas (em anexo);
- Instalações de ralos escamoteáveis;

- ➢ Treinamento sobre o descarte correto de resíduos;
- ➢ Designação formal da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Ata de constituição CCIRAS em anexo);
- ➢ Regimento Interno SCIRAS (em anexo);
- ➢ Controle sistemático de prescrição de antimicrobianos (POP Dispensação de Antimicrobianos em anexo);
- ➢ Procedimento Operacional Padrão (POP) do uso racional de germicidas (em anexo);
- ➢ Atualização do Programa de Controle de IRAS (em anexo);
- ➢ POP da Sala de Covid e treinamento dos servidores escalados para este setor (em anexo);
- ➢ POP do registro e manejo da temperatura dos refrigeradores / congeladores (em anexo);
- ➢ Fluxo de atendimento de pacientes suspeitos de Esporotricose (através da CI 53/2023 em anexo);
- ➢ Preenchimento correto do formulário de dispensação de antimicrobianos (através da CI 04/2024

O preenchimento adequado deste formulário, atendendo a RDC nº 471/2021, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, pelo profissional médico desta unidade. O mesmo preenche o formulário no momento da prescrição deste fármaco, possibilitando a dispensação pela farmácia hospitalar.

9. Protocolos e Fluxos

- ➢ **Protocolo de enfermagem de dengue no PAM (através da CI 12/2024)**

  Em virtude da alta demanda e da epidemia de dengue decretada pela Vigilância Epidemiológica do município, fez se necessário a criação do protocolo de enfermagem de dengue, que visava agilizar o atendimento ao usuário do sistema, bem como, propiciar o atendimento de novos clientes pelo profissional médico.

- ➢ **Fluxo de indicação e prescrição de imunos no atendimento antirrábico**

humano (através da CI 24/2024 e 38/2024

O protocolo nacional, estadual e consequentemente o municipal, precisou sofrer alterações em virtude da escassez da vacina, soro e imunoglobulina antirrábicos, ocasionados pelo fornecimento deficitário de matéria prima.

TEMAS A DELIBERAR

- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerados nos relatórios de Reinspeção nº 230/2022 no PAM

10. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O PAM constituiu o Núcleo de Segurança do Paciente, que atua na prevenção de eventos adversos, instituindo protocolos, monitorando notificações, buscando construir um ambiente seguro e de qualidade e realizando a vigilância em saúde, estando a frente um profissional enfermeiro, com carga horária de 6 horas diárias.

➢ Protocolos de Segurança do Paciente: Procedimento Seguro; Comunicação Efetiva; Higiene das Mãos; Identificação do Paciente; Prevenção de Quedas; Prevenção de Lesão Por Pressão; Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

➢ Utilização de checklist de procedimento seguro

➢ Pulseira e placa de identificação do paciente

➢ Barras de proteção nos banheiros

➢ Formulário de notificação de evento adverso

➢ Notificações no sistema NOTIVISA

➢ Utilização de escalas para prevenção de quedas e lesão por pressão.

➢ Núcleo de Segurança do Paciente.

Todos no anexo.

TEMAS A DELIBERAR

- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerados nos relatórios de Reinspeção nº 230/2022 no PAM.

11. SETOR DE ENFERMAGEM DO PAM

A equipe de Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal- PAM tem como definição ser um grupo de profissionais que se dedicam ao cuidado, acolhimento e conforto dos pacientes, de forma individual e em família.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, "*é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.*"

Atualmente, a equipe de enfermagem do PAM é composta por 94 profissionais da Enfermagem atuantes no Pronto Atendimento propriamente dito e mais 12 que atuam na Central de Material e Esterilização – CME.

Tabela 1: Profissionais da Enfermagem do PAM

CATEGORIA	ÁREA	QUANTIDADE TOTAL	ATIVOS	ESCALA DE TRABALHO
ENFERMEIRO	DIREÇÃO	01	01	08 HORAS DIÁRIAS
ENFERMEIRO	COORDENAÇÃO CCIH/NSP	02	02	6 HORAS DIÁRIAS
ENFERMEIRO	ASSISTENCIAL	19	18	12/60 HORAS

TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ADMINISTRATIVO	01	01	6 HORAS DIÁRIAS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	67	63	12/60 HORAS
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ASSISTENCIAL	04	04	12/60 HORAS
TOTAL		**94**	**90**	

Dos 90 profissionais ativos, temos:

- 04 Técnicos de Enfermagem contratados por Processo Seletivo Simplificado – PSS;
- 01 Enfermeiro contratado por Processo Seletivo Simplificado – PSS.

O PAM é composto por 06 equipes de Enfermagem, para suprir a escala de 12/60 horas e cada equipe, rotineiramente, é composta por **03 Enfermeiros e 11 Técnicos/Auxiliar de Enfermagem.**

A equipe de Enfermagem assistencial atua em 4 setores:

- **Triagem –** Classificação de Risco: Neste setor é aplicado o PROTOCOLO DE MANCHESTER em todos usuários que procuram o PAM para atendimento médico. Os profissionais classificadores são Enfermeiros devidamente certificados.

Para auxiliar os Enfermeiros no setor Triagem, é escalado um Técnico de Enfermagem que verifica sinais vitais como: Pressão arterial, pulso, temperatura e oximetria.

- **Setor de Injetáveis** – Neste setor situa-se os consultórios, onde as pessoas recebem o primeiro atendimento médico, através da consulta. Caso

seja necessário, é também nesse setor que os pacientes são assistidos pela enfermagem através da verificação de sinais vitais, punção venosa, recebem medicações via oral ou injetáveis, como soroterapia. Ademais, a depender da necessidade, coletam material para exames, entre outros. Nesse local, após serem medicados, os pacientes também aguardam para serem reavaliados. Para o atendimento efetivo neste setor, são escalados, no mínimo 03 Técnicos de Enfermagem e a cobertura é feita pelo mesmo Enfermeiro da Triagem.

- **Observação** – Esse setor é composto por quartos e enfermarias, onde os pacientes que necessitam de internação , são acomodados, até que sejam transferidos para os hospitais. No setor de observação, são escalados 04 Técnicos de Enfermagem e 1 Enfermeiro.
- **Sala de Suporte/Emergência-** Pacientes graves, admitidos via ambulância ou que sejam classificados como laranja ou ainda, que estejam no setor de Observação e tenham seu quadro agravado, são encaminhados diretamente para esse setor, que possui equipes, materiais e tecnologias para o atendimento necessário. A equipe de enfermagem aqui é composta por 1 Enfermeiro e 02 Técnicos de Enfermagem.
- **Técnico Piloto:** A cada plantão, um Técnico de Enfermagem é escalado para assumir as remoções dos pacientes, como transferências e realização de exames. Esse profissional, quando possível, auxilia nos setores de acordo com a demanda do dia, sob a orientação do Enfermeiro.

Justificativa formal de Trocas e Horas Extras,

Em 2021 foi ajustado alguns detalhes nos pedidos de troca de plantão e horas extras mediante formulário impresso e *on line*, através do *forms*.

Obs. Em 2024 os pedidos de troca passaram novamente para formulário, exclusivamente impresso, devido à necessidade de controle por parte da Direção de Enfermagem.

Normatização de critérios, solicitação, liberação e distribuição das Horas Extraordinárias no PAM.

Os fluxos e as especificações para a realização de horas extras dos

profissionais da Enfermagem estão contemplados na Norma Operacional : Horas Extras que foi implementada em abril de 2024.

Solicitação de horas extraordinárias, por escrito por parte dos enfermeiros, em casos de "Excesso de Demanda".

Sempre que os Enfermeiros julgarem necessidade de reforço nas equipes, os mesmos preenchem o Formulário de Solicitação de Extra com justificativa, assina e carimba, se responsabilizando também pela liberação dessas horas.

Regulamentação do Fluxo de Solicitação e Efetivação das Trocas de Plantão, através da CI 21/2024

Com o novo fluxo adotado a partir do dia 02 de maio de 2024, as solicitações de Trocas deveriam ser realizadas até o 5° dia útil de cada mês, para tornar possível a ciência por parte dos Enfermeiros e autorização por parte da Direção de Enfermagem, assim como o acompanhamento e registro em Escala. A Escala é atualizada no sistema de rede, diariamente e impressa para publicação a cada 15 dias.

Para os casos de pedidos de troca fora do prazo estipulado, é necessário justificar a necessidade.Para isso, foi instituído também um **novo Formulário de Solicitação de Troca** que contempla todas as questões abordadas e ainda outras.

Projeto de Capacitação e Educação Continuada em Saúde com Parceria da Escola de Administração Pública e Secretaria de Saúde – PAM

Em 2023 foi desenvolvido o projeto supracitado com objetivo de qualificar e aperfeiçoar o ofício e o exercício profissional dando mais segurança e produtividade por meio da aquisição de novos conceitos e da reformulação de práticas já existentes.

Norma Operacional "Férias"

Em 2023 foi desenvolvido uma norma operacional com objetivo de regularizar a

solicitação e concessão de férias no PAM.

Setor exclusivo para o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Na atual gestão o Setor de Segurança do Paciente foi desmembrado do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde e atualmente conta com um enfermeiro exclusivo, com carga horária de 6 horas diárias, de segunda à sexta-feira.

Implementação do Processo de Enfermagem.

Conforme Resolução Cofen n° 429/2012 entre outras e através da CI 37/2024 de 03 de julho de 2024, a Direção iniciou o processo de Implementação do Processo de Enfermagem, como forma de sistematizar a Assistência de Enfermagem no PAM.

No dia 10 de outubro, foi finalizado o período de implementação e foi adotado um Formulário Estruturado "*AutoComplete*" em Excel, que inclui Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Cuidados, Prescrição e Evolução.

A aplicação do Processo de Enfermagem é distribuído por turnos e deve contemplar todos pacientes internados tanto no setor de Observação quanto no setor de Emergência. A divisão é baseada no mapa de leitos, levando em consideração divisão justa, como orienta a CI supracitada.

Implementado a Política de Consentimento Informado e Ciência.

Esta Política tem por objetivo estabelecer diretrizes a serem observadas no processo de aplicabilidade de termos que deem ciência sobre regras e normas internas e informem o usuário podendo este dar o seu consentimento a procedimentos invasivos.

Os termos adotados em 2024 foram:

1. Termo de Consentimento dos Direitos e Deveres do paciente Internado;

2. Termo de Consentimento Informado do Setor de Pronto Socorro/ Emergência;

3. Termo de Consentimento Informado para paciente psiquiátrico;

4. Termo de Responsabilidade ao Acompanhante do paciente idoso;

5. Termo de Interrupção do Tratamento/ Internamento.

Implantação da cultura do Registro de Orientações – *"Feedback"*

A cultura de feedback é a criação de um ambiente de trabalho onde a comunicação entre lideranças e funcionários é aberta e segura. O objetivo é que os funcionários se sintam à vontade para falar sobre o seu desempenho, comportamentos, pontos fortes e de melhoria, assim como os líderes têm a oportunidade de registrar toda e qualquer orientação ou elogio praticado ao funcionário**.**

Para isso foi criado um formulário onde se registra toda e qualquer orientação individual realizada ao funcionário, constando sua assinatura de ciência, assim como ações a serem adotadas a partir da orientação.

Procedimentos Operacionais Padrão do setor de Enfermagem - POP

Os POPs do setor de Enfermagem foram atualizados em fevereiro de 2023, com vigência até fevereiro de 2025. Ademais, conforme a necessidade do serviço alguns novos procedimentos foram redigidos, implementados e anexados, durante esse período.

Escala de Enfermagem

A atual Direção de Enfermagem pode atribuir valores à Escala de Trabalho dos profissionais de Enfermagem, levando em consideração:

- **Aspectos Legais,** como por exemplo nome completo, registro no conselho, matrícula, etc;
- **As variáveis** como os atestados, faltas, trocas de plantão e trabalho em regime de hora extra;
- **Centralização das informações,** quando todas variáveis e movimentos dos profissionais durante o mês são registrados em uma só escala.

Essas especificidades podem ser visualizadas com mais precisão devido à cromatização da escala tanto a eletrônica quanto a impressa em edital.

Ações em Processo de Implantação no Setor de Enfermagem do PAM

A criação da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE:

As Comissões de Ética de Enfermagem têm as funções educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e de vigilância do exercício ético disciplinar profissional dos membros da equipe de Enfermagem.

É obrigatória a criação e o funcionamento das CEEs nos Serviços de Enfermagem de instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores**,** como determina a Resolução Cofen 0593/2028.

A constituição da CEE ocorre através de eleições diretas e a organização de todo processo do pleito, é responsabilidade da Comissão Eleitoral.

Passos realizados até o dia 15 de outubro de 2024:

- Criação do Manual da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE, pela Direção de Enfermagem (anexo);
- Nomeado a Comissão Eleitoral para encaminhamentos do pleito de escolha da CEE, pela Direção de Enfermagem; (link 10)
- Criado e divulgado o Edital de Convocação para formação da CEE, pela Direção de Enfermagem;
- Foi desenvolvido um vídeo informativo abordando os conceitos e a importância da CEE para as equipes de Enfermagem, pela Comissão Eleitoral.
- Foi organizado um formulário on-line no *forms* para inscrição individual dos profissionais de enfermagem que queiram concorrer ao pleito.

O pleito está previsto para as datas 01, 02 e 03/12/2024.

Fluxo de Notificação, Tratativa e Monitoramento de não Conformidades:

- Foi redigida a Norma Operacional de Notificação, Tratativa e Monitoramento de não Conformidades em maio de 2024, pela Direção de Enfermagem (anexo);
- 2. Repassado a norma para algumas lideranças administrativas;
- 3. Criado 2 formulários: de Notificação e outro para Tratativa, pela Direção de Enfermagem (anexo);

- 4. Iniciado o processo inverso: aplicando em alguns casos o formulário de notificação com intuito de validação do mesmo;
- 5. Pretende-se validar o formulário de Tratativa e posteriormente, publicar a Norma referida anteriormente, até final de novembro de 2024.

Pasta Funcional da Equipe de Enfermagem:

Organização de pastas individuais de cada membro da equipe de Enfermagem, constando:

- Cópia da CIP: Carteira de Identificação Profissional
- Cópia da Carteira de Vacinação e relatório vacinal atualizado a cada 2 anos
- Exame periódico anual.

TEMAS A DELIBERAR

- Finalizar os processos em andamento nos itens 1, 2 e 3 acima citados.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - DR. JOSÉ ALVES DA ROCHA

HISTÓRICO

1. **Início das atividades:** 31 de janeiro de 2015.

Gestão Compartilhada: Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste/PR - CONSAMU, desde setembro de 2017.

Endereço: Prolongamento da Avenida Mariá, 7964 - Vila Becker, 85902-060, Toledo PR

A Unidade é pactuada como porte II junto ao Ministério da Saúde atende uma população de até 200.000 habitantes, somando-se aos municípios de Ouro Verde do Oeste, São Pedro do Iguaçú, São José das Palmeiras e Diamante do Oeste, o contrato atual tem vigência até a data de 31/12/2024.

2. **A UPA tem por finalidade:**

- Assegurar a sobrevida, preservar a vida, aliviar a dor e promover a saúde, e são aplicáveis a pacientes de todas as idades, assegurando o direito à assistência intensiva de qualidade e com garantias dos recursos disponíveis com potencial mínimo de risco;
- Tem papel diferencial como Unidade de Pronto Atendimento e retaguarda das Unidades de Atenção Primária em Saúde de Toledo PR;
- Prestar um atendimento de qualidade em urgência e emergência e redirecionar as queixas avaliadas como não urgentes, às respectivas Unidades de Atenção Primária de acordo com suas áreas programáticas, garantindo a inserção do usuário no Sistema Único de Saúde;
- Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de ações

educativas e operacionais;

- Estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;
- Garantir condições de trabalho às equipes.

Abaixo segue dados de atendimento de ocorrências do SAMU:

TOTAL DE ATENDIMENTO/ANO E MÉDIA MENSAL DE OCORRÊNCIAS DO SAMU VÍTIMAS REGULADAS PARA A UPA		
ANO	TOTAL/ANO	MÉDIA/MÊS
2021	6.238	520
2022	6.146	512
2023	7.117	593
set/24	5.409	601

Fonte: Relatório - Base do SAMU

A UPA é porta aberta para qualquer caso de Urgência e Emergência que por ventura ocorra na região por meio do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, garantindo resolutividade a partir do atendimento na Unidade e estabilização dos casos mais graves, para posterior encaminhamento aos serviços especializados e de maior complexidade , pela Central de Regulação de Leitos.

O atendimento acontece através de classificação de risco, protocolo da Escala de Manchester, que ordena o fluxo de atendimento por cores.

EM ANDAMENTO

Quanto à estrutura, a UPA comporta atualmente 31 leitos de internações ativas. São oferecidos serviços multiprofissionais tais como clínica médica, ortopedia, psiquiatria, pediatria, nutrição, assistente social, farmacêutico e radiologia. A instituição mede 1.257,00 metros quadrados, distribuídos entre enfermarias, consultórios, recepção, sala de emergência, sala de procedimentos, sala de radiografia e área administrativa.

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Unidade é representada por Direção Executiva, Direção de Enfermagem e Direção Técnica, que possui autonomia, e está subordinada à Secretaria Municipal de Saúde e ao Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste /PR - CONSAMU.

O RH é de responsabilidade do Consamu contratos regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

3.1. Equipe que compõe os serviços da Unidade de Pronto Atendimento - 24 horas assim classificados em:

TOTAL 201

Cargo	Qtd.	Carga Horária
Direção Executiva	1	40
Direção de Enfermagem	1	40
Direção Técnica	1	24
Médicos (CONSAMU)	12	12
Médicos (CONSAMU)	29	24

Médicos Pediatras (PREFEITURA)	11	20
Enfermeiros supervisor	5	40
Enfermeiros	14	40
Técnicos em enfermagem (CONSAMU)	64	40*
Técnicos em enfermagem (PREFEITURA/PSS)	12	30
Auxiliar Serviços Gerais (PREFEITURA)	1	1**
Farmacêuticos	5	40
Assistente social	3	40
Nutricionista	1	40
Agentes administrativos	14	40
Condutores	7	40
RX (terceirizado)	4	24
Pessoal de Apoio (Terceirizado)	16	44

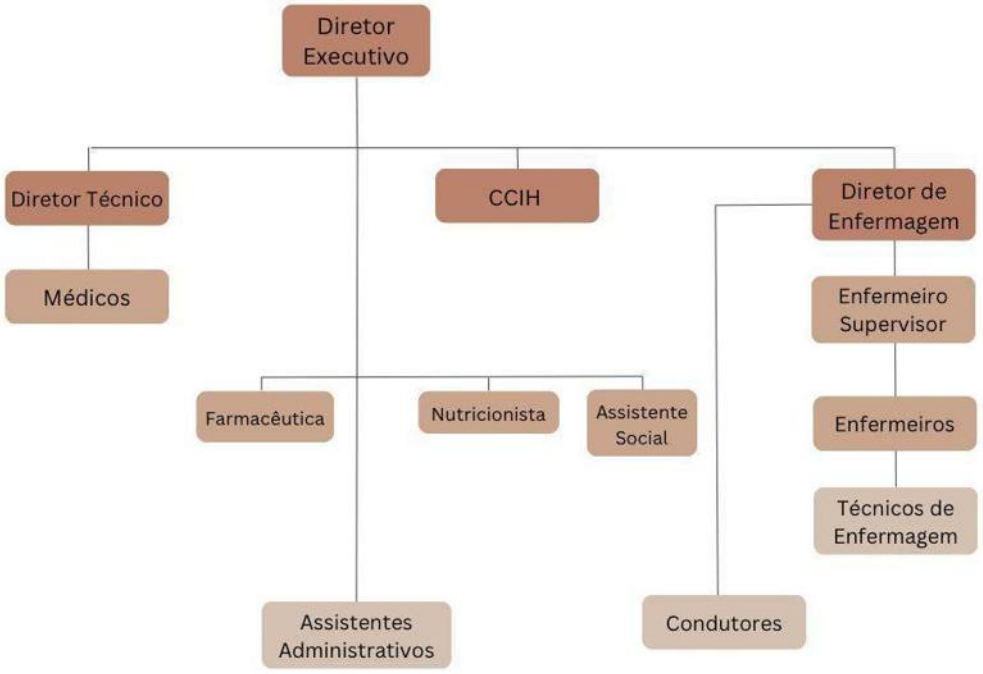
RESUMO:

CONSAMU	156
PREFEITURA	25
TERCEIRIZADOS	20

* Com relação ao técnico de enfermagem do (CONSAMU) no momento temos dois afastamento médico e uma licença maternidade.

** Com relação a Auxiliar Serviços Gerais a servidora concursada, desenvolve função administrativa, desde o início de funcionamento da UPA.

Organograma da Unidade de Pronto Atendimento - UPA



Fonte: Dados internos da UPA

4. CARTEIRA DE SERVIÇOS OFERTADOS À POPULAÇÃO PELA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA

A UPA realiza a confirmação e atualização dos dados cadastrais dos pacientes, incluindo: nome completo, data de nascimento, telefone e endereço. Após essa verificação, é feita a abertura do atendimento.

- Acolhimento com classificação de risco, utilizando o Protocolo de Manchester (classificação por cores). Esse sistema garante que os casos graves sejam atendidos prioritariamente, estabelecendo uma organização eficiente de acordo com a urgência de cada situação;

- Consultas com médicos clínicos e pediatras com demanda espontânea focando no diagnóstico e tratamento rápido de condições agudas;
- Admissão e estabilização de casos de urgência e emergência regulados pela Regulação de Médica (CONSAMU, Cascavel - PR), permitindo um fluxo organizado;
- Avaliação de especialidade conforme solicitação, sendo elas ortopedia e psiquiatria;
- Realização de exames laboratoriais de urgência e aqueles estabelecidos por fluxos (Cota 3), para auxiliar na detecção rápida de problemas, incluindo infecções e alterações metabólicas;
- Realização de exames de imagem na Unidade como por exemplo RAIO-X;
- Agendamento e o transporte (frota UPA) para realização de exames de imagem (como ultrassom, tomografia e ecodoppler) em clínicas terceirizadas são realizados de acordo com a escala de plantão mensal. Esses exames são agendados exclusivamente para pacientes que estão em observação na UPA;
- Abertura de ocorrência para transporte/transferência de pacientes em ventilação mecânica, dreno de tórax; rebaixamento de nível de consciência agudo, em uso de drogas vasoativas, instabilidade hemodinâmica entre outros;
- Admite pacientes em crise psiquiátrica, como surtos psicóticos ou tentativas de suicídio, são estabilizados, posteriormente, aguardam vaga para serviços especializados, conforme avaliação médica;
- Administração de medicamentos como parte do tratamento dos pacientes atendidos, isso inclui a aplicação de medicamentos via oral, intramusculares, intravenosos, soroterapia, nebulizações, entre outros, com o objetivo de aliviar sintomas agudos, como dores intensas, crises respiratórias, infecções e outras condições que requerem intervenção rápida;
- Admissão de pacientes em estado grave, como vítimas de acidentes ou pessoas com complicações cardíacas ou respiratórias, podem ser estabilizados na UPA antes de serem transferidos para hospitais de maior complexidade.

- Proporciona cuidado integral pela equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutrição, farmácia, assistência social) aos pacientes que precisam ficar em observação por tempo maior que 24 horas;
- Possuímos na Unidade uma gama de antibióticos que podem ser iniciados, porém em casos de necessidade de maior espectro, devido à gravidade ou resistência da infecção, o paciente deve aguardar transferência ao Hospital;
- Solicitação de leito hospitalar via Central Estadual de Regulação de Leitos;
- Realiza pequenos procedimentos cirúrgicos, como suturas, drenagem de abscessos, sondagem vesical de demora entre outros;
- Faz-se o exame: Eletrocardiograma laudado em pacientes admitidos no setor emergência que tem história cardíaca importante;
- Atende demandas de baixa complexidade em períodos de finais de semana como realização de curativos, com encaminhamento e prescrição do serviço que acompanha, a fim de que as melhoras sejam contínuas;
- Realiza-se ocorrências para trocas de sonda nasoenteral;
- Aplicação de vacinas (antirrábica e dupla adulto), soroterapias e imunoglobulinas de acordo com Protocolo de Atendimento Antirrábico;
- Sentinela para casos de Coqueluche;
- Referência para dispensação de PEP (Profilaxia Pós-Exposição);
- Estabelece fluxos estratégicos, em conjunto à Vigilância Epidemiológica para garantir a aplicação de medicamentos, conforme o tratamento necessário, proporcionando um local onde o paciente é monitorado por uma equipe que pode intervir em caso de reações adversas.
- Implementa e segue fluxos específicos definidos pela Vigilância, adaptando-os conforme a demanda do Município, a fim de controle de surtos dos agravos.
- Instalação de botão do pânico, assegurando a proteção dos colaboradores e do patrimônio público.

5. CORPO CLÍNICO DA UPA NO MOMENTO:

O quadro de médicos clínicos gerais na UPA- Toledo, é composto por profissionais médicos no regime CLT, em parceria com o Consamu, firmada em 2017. Em regime de plantão-escala, onde devem completar 24 horas ou 12 horas semanais, com apenas dois médicos(as) na escala, portando dois vínculos de 24 horas.

No momento, a unidade conta com 29 médicos(as), cumprindo 24 horas e 12 médicos (as), cumprindo 12 horas semanais.

Temos também 11 médicos pediatras, sendo um profissional com dois vínculos, estatutários da prefeitura de Toledo, que cumprem a escala no atendimento em emergência na pediatria.

5.1. Enfermagem UPA Toledo

A equipe de enfermagem atualmente é composta por 01 Enfermeiro na Direção de Enfermagem, 15 Enfermeiros assistenciais, 04 Enfermeiros Supervisores em cada plantão do plantão em regime de escala 12 x 36, 01 Enfermeiro responsável pelo Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), 01 Enfermeiro responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Programa de Educação permanente (PEP), totalizando 22 enfermeiros. Quanto aos Técnicos de Enfermagem contamos com 65 profissionais , sendo 54 servidores concursados pelo CONSAMU e 11 com vínculo através de Processo Seletivo Simplificado (PSS), dentre eles 02 em afastamento médico e 01 em licença maternidade totalizando 62 profissionais ativos, todos realizam carga horária de 40 horas semanais. Contamos também com apoio de 12 Técnicos de Enfermagem cedidos pela Prefeitura Municipal, contratados através de Processo Seletivo Simplificado (PSS) que realiza carga horária de 30 horas semanais em regime de escala 12 x 60.

6. Documentações disponíveis em DADOS (P):

- Procedimento Operacional Padrão (POP) - atualizados 2024;
- Normas e Rotinas (NR) - Atualizados 2024;
- Formulários;
- Laudos;
- Fluxos;
- Programas;
- Relatórios Diversos;
- Censo Diário;
- Processo de Enfermagem;
- Regimento Interno;
- Fichas de Notificação.

7. Núcleo de Segurança do Paciente

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) atua diretamente na promoção da qualidade de assistência prestada ao paciente. Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a demanda de atendimentos em sua maioria do tempo é alta e as principais intervenções que promovem a segurança do paciente são a implementação de protocolos e inspeção do enfermeiro no ambiente de trabalho.

São realizadas inspeções diárias pela enfermeira do NSP, e são vitais para a um ambiente seguro e para a redução de riscos que possam comprometer a saúde dos pacientes. Falhas como identificação incorreta no beira leito do paciente, o não uso de pulseira de identificação ou dados incorretos na pulseira do paciente, falta de identificação em medicamentos que necessitam de diluição em soro fisiológico, não uso do colchão de ar/pneumático, entre outros. Identificar as falhas nos protocolos, na assistência prestada e propor melhorias imediatas, permitem uma atuação proativa, diminuindo os eventos adversos e promovendo um local de trabalho onde as equipes reconhecem a seriedade que é segurança dentro da UPA.

Cabe pontuar que o NSP possui instituídos os seguintes protocolos: protocolo de comunicação efetiva, protocolo de identificação do paciente, protocolo de prevenção de lesão por pressão, protocolo de quedas, protocolo de cirurgia segurança.

Possuímos o documento denominado "Ficha de Notificação de Evento Adverso", que contém campos específicos para registro de ocorrências de eventos adversos, e está disponível para que todas as categorias preencham. Não há obrigatoriedade de identificação do profissional, o que incentiva a comunicação aberta e a notificação de incidentes sem temor de represálias. Essas fichas são auditadas pela enfermeira do NSP, que realiza investigações detalhadas sobre o evento descrito. Posteriormente, é realizada notificação no NOTIVISA ou no VIGIMED, a depender do assunto, e elabora um plano de ação para abordar as questões identificadas, promovendo a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

Cabe ao NSP o monitoramento de artigos eletromédicos disponíveis nos setores, pois o bom funcionamento deste artigo, está diretamente ligado à segurança do paciente. Sendo assim, todo eletromédico que precisa de manutenção, é aberto chamado “Solicitação de Manutenção de Serviço Especializado” e este é monitorado a fim de que sua manutenção seja realizada o quanto antes.

Promove que o cronograma de “Educação Permanente” esteja atualizado de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária e ajustado conforme as necessidades da equipe, garantindo que toda equipe receba o treinamento e entenda de forma clara as informações passadas, visando conscientizar e atualizar os profissionais sobre protocolos de segurança.

A partir das inspeções detalhadas e da implementação de planos de ação corretiva, o NSP contribui para a prevenção de novos incidentes e também promove o aprimoramento das práticas assistenciais.

8. Controle de Infecção Hospitalar

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) desempenha um papel fundamental e contínuo na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo essencial para garantir a qualidade e a segurança no atendimento dos pacientes e para preservar a saúde dos profissionais de saúde. A UPA, por sua natureza, recebe um grande fluxo de pacientes, muitas vezes em estado crítico, o que aumenta o risco de disseminação de infecções. A CCIH atua monitorando, inspecionando, prevenindo e controlando as infecções associadas ao ambiente de saúde, implementando protocolos, inspecionando protocolos já instituídos, uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs), e medidas de controle de infecção, como a higienização das mãos e a desinfecção de setores.

Entre suas principais responsabilidades estão o desenvolvimento de estratégias para reduzir infecções hospitalares, o monitoramento de surtos a partir das notificações, elaborando o perfil epidemiológico da unidade. Emitindo relatórios mensais de testes rápidos (SISLOGLAB) e vacinas (SIGSS), notificações SINAN, procedimentos realizados, transferências de vaga zero, processo de enfermagem, índice de lavagem das mãos, uso de álcool, uso álcool gel, uso de sabonete líquido. Mantém toda equipe de supervisores de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outras categorias a depender da situação, atualizados sobre fluxos, protocolos, POPs e NRs.

Outra função importante da CCIH é a articulação com a Vigilância Epidemiológica. Essa colaboração é essencial para o monitoramento e controle das infecções em tempo real. A Vigilância Epidemiológica realiza o acompanhamento de dados e a identificação de surtos, permitindo uma resposta rápida e eficaz a eventuais problemas, como surtos de doenças infecciosas. Ao identificar padrões e tendências, a Vigilância Epidemiológica auxilia a CCIH na implementação de medidas preventivas e corretivas, como estabelecer fluxos de agravos e auditorias no SISTEMA SIGSS. Semanalmente são feitas solicitações de insumos utilizados na UPA para a Vigilância Epidemiológica.

Faz contato direto com a Segurança do Trabalho e promove a

implementação de políticas que visam minimizar os riscos de contaminação para os trabalhadores da UPA. Gestão de documentações dos Acidentes de Trabalho e Acidente de Trabalho com Material Biológico, fazendo acompanhamento dos testes rápidos de acordo com a indicação. Solicitação, controle e arquivo de declarações de vacina, a fim de manter a equipe com calendário vacinal atualizado. Manter Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Normas e Rotinas (Nrs) atualizados e de acordo com a demanda produzir documentos novos.

A atuação da CCIH na UPA é crucial para evitar a propagação de infecções, como as respiratórias ou as relacionadas a procedimentos invasivos, e para promover um ambiente seguro, eficiente e em conformidade com as normas da vigilância sanitária. As inspeções realizadas periodicamente, sem aviso prévio, permite que medidas corretivas sejam tomadas, seja por meio de orientação verbal ou escrita, otimizando os recursos da saúde pública. São emitidos relatórios de todas as inspeções realizadas e o que é cabível orientação escrita, essa orientação é feita pela enfermeira da CCIH, com a ciência das direções.

9. Programa de Educação Permanente -PEP

O Programa de Educação Permanente em Saúde, na Unidade de Pronto Atendimento - UPA, tem como objetivo qualificar e atualizar constantemente os profissionais de saúde, visando à melhoria contínua da assistência prestada. Acompanha as exigências da vigilância sanitária, estabelecendo um cronograma anual detalhado que visa melhoria do processo, garantindo que as normas e regulamentações sejam cumpridas.

Trabalha em sintonia com a CCIH e NSP, de tal modo que todas as inspeções realizadas e falhas de processo sejam cuidadosamente avaliadas e a partir delas são norteadas as ações de capacitação e treinamento além dos temas que consta em cronograma anual.

Os treinamentos são organizados para acontecer em pelo menos duas

turmas em cada plantão, uma vez no mês. Para que todos os funcionários

tenham acesso ao conteúdo em seu horário de trabalho. São montados conteúdos em slides, com base prioritariamente em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Normas e Rotinas (NR) atualizados da Unidade, são slides objetivos e dinâmicos, a fim de que o profissional tenha bom aproveitamento e posteriormente é aplicada prova. Todo esse processo é documentado e arquivado, sistematicamente.

O coordenador do NSP é acessível e está sempre disponível para esclarecer dúvidas, oferecendo suporte diariamente durante as práticas no trabalho. Sua presença constante e seu comprometimento em orientar a equipe fortalecem a segurança de que os profissionais cumpram as normas que foram estabelecidas na Unidade, contribuindo assim para que padrões sejam colocados em prática e consequentemente a melhoria contínua dos processos e da qualidade do atendimento.

10. Serviço Farmacêutico UPA Toledo

A farmácia hospitalar, através da gestão de medicamentos e materiais hospitalares, que compreende desde a seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação destes insumos, possui grande importância na assistência ao paciente, promovendo o cuidado farmacêutico. Além disso, tem como papel fundamental na avaliação das prescrições médicas, promovendo o uso racional de medicamentos e garantindo a segurança do paciente, evitando ou reduzindo erros que poderiam comprometer a saúde do paciente, podendo trazer custos extras à instituição, como o aumento do tempo de permanência ou até mesmo o retorno para um novo atendimento.

Atualmente, a farmácia hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) possui um quadro de funcionários composto em sua totalidade por 04 farmacêuticos e 04 técnicos de enfermagem, em regime de escala 12 x 36 nos períodos diurno 07-19 horas e noturno 19 - 07 horas.

Resumidamente, as rotinas e os serviços prestados da farmácia hospitalar são:

- Análise de prescrições médicas e intervenções farmacêuticas;
- Atendimento de profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV e IST e relatório mensal;
- Conferência e reposição diária do estoque de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Controle de validade de todos os medicamentos multidoses abertos (farmácia e setores);
- Controle diário de temperatura e umidade (almoxarifado interno, farmácia e geladeira);
- Controle e remanejamento de medicamentos com validade próxima ao vencimento para outros locais que possuem maior consumo;
- Descarte de resíduos (químico, comum, perfurocortante);
- Dispensação de antimicrobianos mediante formulário de solicitação (uso racional de antimicrobianos);
- Dispensação do medicamento Oseltamivir (para pacientes internados e para uso ambulatorial);
- Elaboração de kits de emergência;
- Elaboração e atualização de guias de medicamentos (Diluição do medicamento Oseltamivir em doses pediátricas; Diluições padrão para medicamentos de uso na emergência; Guia de orientação de medicamentos; Guia de orientação para administração de medicamentos por sondas; Guia de preparo e administração de medicamentos injetáveis; Guia rápido de preparo e administração de medicamentos injetáveis e Relação de medicamentos padronizados na UPA);
- Entrega trimestral de balanço de medicamentos sujeitos a controle especial à Vigilância Sanitária;
- Fracionamento de medicamentos sólidos orais;
- Identificação/alerta nos medicamentos potencialmente perigosos;
- Inspeção, organização (de acordo com lotes e validades) e controle de estoque (farmácia, setores e carrinhos de emergência);
- Limpeza e conservação do ambiente de trabalho (farmácia e almoxarifado interno);
- Registro de saída nominal de medicamentos após a alta do paciente;

- Reposição de caixas de emergência das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Separação e dispensação de medicamentos aos pacientes. Em caso de devolução de medicamentos, realizado a verificação da integridade e reintegração ao estoque;
- Solicitação, conferência, guarda e dispensação de medicamentos, materiais e saneantes;
- Treinamentos.

11. Setor de Nutrição e Dietética UPA

No setor de nutrição são desenvolvidos os seguintes serviços: recepção e distribuição de refeições para servidores, pacientes em observação e acompanhantes; fracionamento e distribuição de nutrição enteral, avaliação e controle de pacientes em uso de nutrição enteral. São servidos diariamente café da manhã, almoço, café da tarde e jantar para os pacientes em observação. Os acompanhantes de pacientes maiores de sessenta anos, de pacientes menores de 18 anos ou com alguma condição específica que exija a presença de um acompanhante, também recebem as quatro refeições, igual aos pacientes.

Para os funcionários que trabalham em regime de plantão de 12 horas, são servidos almoço ou jantar, de acordo com período de trabalho.

As refeições são entregues prontas para consumo, por empresa terceirizada contratada pela Prefeitura Municipal via licitação. Por isso, as colaboradoras da copa da UPA apenas fazem o porcionamento e a distribuição destas refeições para os pacientes e para os funcionários.

11.1. As refeições para os pacientes são compostas da seguinte forma:

- Café da manhã: pão integral ou simples + blister de manteiga ou geleia diet + chá sem açúcar + fruta;
- Almoço: sopa com torrada ou marmita + salada, ou sopa com torrada, conforme prescrição médica;
- Lanche: iogurte ou água de coco + biscoito + fruta;

- Jantar: sopa com torrada;

Para os funcionários com plantão de 12 horas é servido 1 marmita e também dois tipos de salada que são entregues prontas para o consumo, embaladas individualmente. Os temperos (sal, azeite, e vinagre), também são fornecidos pelo restaurante, em porções individuais.

O pedido das marmitas é feito diariamente para os pacientes, conforme mapa de dieta feito pela equipe de enfermagem, e para os funcionários, a cada 15 dias, conforme escalas de trabalho fornecidas pelo responsável de cada setor.

A dieta enteral é adquirida pela atenção farmacêutica via licitação, e entregue na UPA conforme pedido semanal feito diretamente ao CAF municipal.

Trata-se de dieta oligomérica, normoproteica, normocalórica, padrão, com fibras, líquida ou em pó acondicionadas em embalagens tetrapak de 1 litro ou lata.

O nutricionista realiza a avaliação nutricional do paciente em observação e que necessita de dieta por via enteral e em seguida, emite a prescrição dietética para o mesmo, que é anexada ao prontuário.

Além da avaliação nutricional para pacientes em dieta por via enteral, a equipe multidisciplinar (equipe médica e enfermagem) pode solicitar a avaliação nutricional ao nutricionista para pacientes com diferentes patologias e condições. A solicitação é feita via protocolo simples de solicitação de avaliação que está localizado no sistema interno da Prefeitura localizado em – P: > UPA > NUTRIÇÃO > ALLAN > SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL > SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.

Também é feito um mapa de dieta enteral, com o planejamento de volume por horário para cada paciente, e com base nele, as copeiras fracionam a dieta em frascos específicos, e levam ao setor para a administração. As refeições para pacientes em uso de dieta enteral são servidas a cada 3 h.

Em caso do paciente dar entrada na observação da unidade necessitando de nutrição por via enteral e o nutricionista não esteja na unidade para a avaliação nutricional do paciente, o protocolo padrão é após a passagem da sonda alimentar e a liberação da dieta pelo médico, o fornecimento da alimentação enteral para o paciente é feito de forma progressiva de 1 porção de 50 mL a cada 3 h, progredindo o volume a cada 3 refeições, tendo um limite de 200 mL por refeição até a avaliação do nutricionista.

Como a unidade tem ala pediátrica servimos também fórmulas infantis para as crianças em observação. As fórmulas são servidas em livre demanda, de acordo com a necessidade da criança, salvo em casos especiais onde a equipe multidisciplinar veta a alimentação livre da criança.

As fórmulas infantis são adquiridas pela atenção farmacêutica via licitação, e entregue na UPA conforme pedido semanal feito diretamente ao CAF municipal. As fórmulas podem ser com ou sem lactose, com proteínas inteiras ou hidrolisadas e para as diversas faixas etárias. São servidas em mamadeiras próprias da unidade e feitas pela copeira conforme necessidade.

Atualmente seu quadro de funcionários é formado por um nutricionista que cumpre jornada de 40 horas semanais, e 4 copeiras que se revezam em escala de 12x36 no período diurno e noturno, sendo uma por plantão. O nutricionista é funcionário do CONSAMU e as copeiras contratadas pela empresa terceirizada Barreiras.

TEMAS A DELIBERAR:

- Adequação de recursos humanos
- Atender os apontamentos da Vigilância Sanitária em Saúde, gerados nos relatórios de Reinspeção nº 0697/2023 no UPA

12. ALTERAÇÃO DA FORMA DE CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE QUE REALIZA GESTÃO DA UPA II

HISTÓRICO

A UPA II, localizada na Avenida Maripá, 7964, Vila Becker, CEP 85902-480, desde 2017 é administrada pelo Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná - CONSAMU. Essa contratação se dá de forma associada ao Município de Toledo. Diante de dificuldades encontradas, a exemplo de: indisponibilidade de negociação de cláusulas contratuais, rotatividade de profissionais, reclamação de usuários, bem como do custo atual de manutenção, esta gestão buscou alternativas que se mostrem mais vantajosas para a administração pública.

Considerando que o município dispõe de entidades qualificadas como Organização Social, mediante chamamento público, bem como extenso estudo técnico preliminar, optou-se por Contratação de Organização Social, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de Saúde, para o gerenciamento, operacionalização e execução da UPA 24h, compreendendo a prestação de serviços de saúde, bem como a administração e manutenção de toda a infraestrutura da Unidade de Pronto Atendimento – UPA. Neste modelo, a contratação se efetivará mediante contrato de gestão.

EM ANDAMENTO

Considerando as fases inerentes ao processo licitatório, frente a Lei Federal 14.133 de 01 de abril de 2021, o Estudo Técnico Preliminar (ETP) e o

Termo de Referência (TR) foram elaborados e tramitados internamente. Neste momento, estamos realizando revisão do documento para posterior e eventual publicação do edital de abertura do certame.

Ainda, no mês de outubro encaminhamos a proposta de alteração do modelo de gestão e operacionalização da UPA II, acompanhada do ETP e seus anexos para apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, para posterior incorporação no Plano Municipal de Saúde, frente sua aprovação.

TEMAS A DELIBERAR

Finalização do processo.

EMAD



HISTÓRICO

1. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR

O Serviço de Atenção Domiciliar no Município de Toledo – PR , foi habilitado pela **PORTARIA GM/MS Nº 1.938, DE 12 DE AGOSTO DE 2021** e publicado em Órgão Oficial do Município de Toledo sob o **DECRETO Nº 345, PORTARIA Nº 7, de 3 de janeiro de 2022**, está integrado ao SUS e possui grande importância dentro do sistema, representa mais um ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde que é ofertada à população.

Em Janeiro de 2024 foi realizado uma atualização da portaria que regulamenta o serviço de atendimento Domiciliar **PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024** altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) - (EMAD -PORTARIA GM-MS 3005).

1.1. Dentre os principais benefícios está:

- A garantia da continuidade do cuidado ao paciente no domicílio;
- Melhoria na atenção à saúde dos pacientes em cuidados paliativos domiciliados;
- Redução das taxas de contaminação e infecção hospitalar;
- Redução das taxas de internações e reinternações;
- Redução no tempo de internação;
- Redução pela procura dos serviços de pronto atendimento dentre outros.

O perfil dos pacientes da AD, na grande maioria, são pacientes com sequelas graves, que sofreram traumas como raquimedular, cranioencefálico; pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE), pacientes com doenças neurodegenerativas, pacientes em cuidados paliativos, pacientes com neoplasias, pacientes com doenças genéticas; pacientes com doenças crônicas agudizadas e/ou desestabilizadas e pacientes com deficiências de várias origens, com perdas de suas funções motoras, fisiológicas e/ou sua capacidade cognitiva.

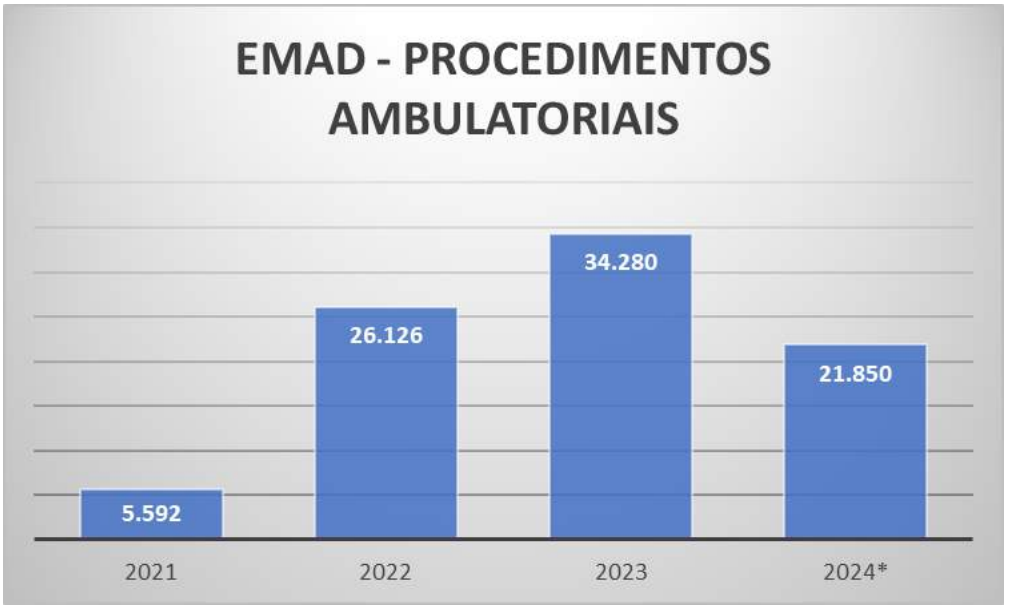
A equipe EMAD é referência em atenção domiciliar para a população do município e se relaciona com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica.

Toledo possui população estimada 156.123 habitantes, de acordo com o censo realizado pelo IBGE no ano de 2022. O município está de acordo com a política nacional de AD, comportando uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD tipo 1 e uma equipe EMAP.

1.2. Os gráficos abaixo mostram o número de consultas e procedimentos realizados pelo EMAD durante o período de 2021 a 2024.



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral. * 2024 Dados correspondentes ao 1º QD e 2º QD

EM ANDAMENTO

2. PROCESSO ADMISSÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O atendimento deve ser integral e contínuo, favorecendo arranjos domiciliares, construindo redes de apoio, facilitando o acesso, estabelecendo parcerias e vínculos. A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades definidas a partir da caracterização do paciente, do cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado.

Para atender os objetivos da AD, a equipe responsável pela assistência têm atribuição, como trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde, identificar e orientar os familiares e/ou cuidador envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades, abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações (possíveis e viáveis), acolher a demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de AD, utilizar linguagem acessível para o relacionamento favorável, promover a transição do cuidado, preparando e fortalecendo o vínculo entre equipe-paciente/cuidador nos processos de alta responsável.

Considerando os critérios de elegibilidade, existem procedimentos pertinentes e possíveis de serem realizados na AD, desde que as equipes estejam qualificadas para tal, destacando os da modalidade AD2 e AD3: curativos complexos, drenagem de abscesso, monitoramento de sinais vitais; cuidados com o dispositivo de traqueostomia; adaptação ao uso de órteses/próteses; cuidados com a pele; cuidados com as sondas e ostomias; reabilitação na deficiência permanente ou transitória, adaptação ao uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional, cuidados paliativos; administração de medicação pelas várias vias, intravenosa, intramuscular e subcutânea e suporte ventilatório domiciliar (invasivo e não-invasivo).

As solicitações de inclusão ao serviço de AD poderão ser originadas por todos os hospitais que atendem pacientes convênio SUS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA/PAM), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). O encaminhamento deverá ser feito exclusivamente por profissional de nível superior e para ser acompanhado pelo serviço, através do preenchimento do Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar disponível no site do município de Toledo – PR, na aba Saúde, clicando no logo tipo do EMAD que direciona ao Formulário para solicitar avaliação do EMAD, contendo dados do profissional solicitante, dados pessoais do paciente e suas condições clínicas, conforme anexo Fluxo de Admissão EMAD.

Em caso de dúvidas, entrar em contato via e-mail atencaodomiciliartoledo@outlook.com ou pelo WhatsApp institucional (45) 9 9106-3362.

O paciente será avaliado pela equipe do EMAD Toledo dentro de 03 (três) dias úteis após o envio do formulário de solicitação de atendimento domiciliar pela instituição onde o paciente se encontra (a visita in loco será realizada dentro do município de Toledo), nas demais a avaliação se dará através de contato telefônico com equipe técnica (Assistente Social, Enfermeiros e Médicos) para se identificar a Elegibilidade ou não do paciente.

Nessa avaliação será preenchido, pela equipe do EMAD Toledo, o formulário de elegibilidade do Serviço de Atenção Domiciliar. A equipe do EMAD Toledo retornará ao solicitante, no momento da visita, o formulário com a classificação do paciente como elegível para AD2 ou AD3, ou inelegível ao serviço de atendimento domiciliar (quando ele não se enquadra nos critérios do programa / instabilidade clínica / necessidade de propedêutica complementar de urgência / outro motivo clínico / ausência de cuidador.

O paciente que se enquadrar nos critérios de admissão (AD2 ou AD3) poderá se vincular ao programa. Caso ele esteja internado, a alta será programada em conjunto com o serviço onde ele se encontra

3. O FUNCIONAMENTO DO EMAD E PERIODICIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES

Para o atendimento ao público o funcionamento da EMAD - Toledo é de segunda-feira a segunda - feira, das 07:00 às 19:00 horas. As visitas domiciliares são realizadas no período da manhã das 8:00 às 12:00h e à tarde das 13:00 às 17:00 horas. Das 17:00 às 19:00 horas ocorre a organização das atividades administrativas e internas.

A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário e/ou conforme a necessidade de acompanhamento. Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados da AD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

As visitas domiciliares aos pacientes acontecem de acordo com a avaliação da equipe, dependendo das condições clínicas dos pacientes e condições e habilidades do cuidador, podendo acontecer diariamente, semanal, quinzenal e mensal. Os pacientes cadastrados no EMAD recebem visitas semanais, entretanto, conforme condição clínica esta periodicidade será espaçada até a alta do paciente do programa, bem como aqueles pacientes que apresentam piora clínica terão sua frequência de visitas aumentadas, podendo

ocorrer quantas vezes necessário. Além dos atendimentos de intercorrências, quando o paciente é atendido de prontidão.

A organização da agenda dos profissionais de Saúde pode representar grande desafio dentro do processo de trabalho, uma vez que deve contemplar os atendimentos programados e o atendimento às demandas espontâneas.

4. COMPOSIÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE EMAD E EMAP TOLEDO

4.1. A equipe EMAD do município de Toledo é composta por:

- Coordenação EMAD 01 enfermeiro 40 horas/semanais;
- 01 Médica clínica 40 horas/semanais;
- 03 Enfermeiros assistenciais 30 horas/semanais regime escala 12x60;
- 02 Fisioterapeutas 30 horas/semanais;
- 06 Técnicos de enfermagem 30 horas/semanais regime escala 12x60.

4.2. A equipe EMAP do município de Toledo é composta por:

- 01 Assistente Social 30 horas/semanais;
- 01 Fonoaudiólogo 30 horas/semanais;
- 01 Nutricionista 20 horas/semanais (profissional faz divisão de carga horária com o PAM);
- 01 Farmacêutico 10 horas/semanais (profissional faz divisão de carga horária com o PAM);
- 01 Pneumopediatra 04 horas semanais em parceria com a UFPR.
- 02 Motoristas em regime de escala 12x36 (01 carro baixo);

- 01 Assistente Administrativo 40 horas/semanais;

Obs: 02 motoristas terceiros 8 h segunda a sexta-feira (02 carros baixos).

5. REUNIÃO TÉCNICA

- Reunião técnica mensal (1º quinta-feira do mês) com toda equipe multiprofissional para discussão de casos clínicos dos pacientes, treinamentos de ordem técnica, educação continuada, convidados, rotina trabalho, entre outros;
- Educação médica promovido pela SMS;
- Reunião com hospitais, UBS/ESF e gestão a qualquer momento.

6. OXIGENIOTERAPIA

Conforme protocolo Municipal (EMAD - OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR).

7. INDICADORES

Dados referente aos atendimentos realizados pelo EMAD, constando a quantidade de pacientes atendidos, admissões, óbitos, intercorrências e etc, encontra-se no relatório dos períodos de 2021 a 2024 (EMAD - RELATÓRIO DE ATIV.EMAD 2021-2024)

TEMAS A DELIBERAR

➢ Adequação de Recursos Humanos:

- 01 Médico 20 horas;
- 01 Farmacêutico 30 horas/semanais;
- 01 Nutricionista 30 horas/semanais;
- 01 Terapeuta Ocupacional 30 horas/semanais;
- 01 Psicólogo 30 horas/semanais;
- 02 Motoristas 12 horas diárias segunda à sexta-feira.

➢ Adequação conforme a Notificação nº 05/2022 da Vigilância Sanitária em Saúde, de Ingresso de Responsabilidade Técnica.

CME- CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

HISTÓRICO

A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade dentro de um hospital ou de uma instituição de saúde responsável pela limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais cirúrgicos e outros instrumentos médicos.

1. LOCALIZAÇÃO DA CME - CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO MUNICIPAL

Atualmente, a CME está localizada nas dependências do PAM (Pronto Atendimento Municipal), na Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, nº 315, no Bairro Pioneiro. No entanto, uma nova unidade já foi construída e está em fase de finalização dos contratos para a manutenção dos equipamentos. Assim que esses processos forem concluídos, os equipamentos serão instalados, permitindo o início das operações na nova unidade.

Durante o período da gestão atual, a CME trabalhou para atender e suprir toda a demanda municipal relacionada aos atendimentos que exigiram o uso de artigos processados por este setor. Isso inclui garantir que todos os materiais necessários fossem devidamente limpos, esterilizados e disponibilizados para os serviços de saúde, mantendo a segurança e a qualidade nos procedimentos realizados.

A nova instalação da CME - está localizada na Avenida Maripá n. 7964, Bairro Vila Becker, Esquina com Rua Redentor, Loteamento: Verbo Divino, Ao Lado da UPA- Unidade Pronto Atendimento.

A CME é uma área crítica, pois sua função é garantir que todos os equipamentos e materiais reutilizáveis utilizados em procedimentos médicos e cirúrgicos estejam completamente livres de microrganismos que possam causar infecções. O trabalho realizado nessa unidade segue rigorosos protocolos de controle de qualidade e biossegurança.

A CME é geralmente dividida em áreas específicas:

- Área suja: Recepção de materiais contaminados para limpeza e desinfecção inicial.
- Área de preparo e embalagem: Onde os materiais são inspecionados, montados e embalados para esterilização.
- Área de esterilização: Onde os materiais são submetidos a processos de esterilização por calor (autoclave), gás ou outros métodos.
- Área estéril: Onde os materiais esterilizados são armazenados até a sua distribuição.

O objetivo da CME é evitar infecções hospitalares, garantir a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde, e assegurar que todos os procedimentos clínicos sejam realizados com materiais adequadamente esterilizados.

A Central de Material e Esterilização (CME) desempenha um papel fundamental no ciclo de assistência à saúde, sendo responsável pela limpeza, desinfecção, esterilização e armazenamento de instrumentos e materiais médico-hospitalares utilizados em todos os níveis de atendimento. A qualidade do trabalho da CME impacta diretamente a segurança dos pacientes, a prevenção de infecções hospitalares e a eficiência dos procedimentos médicos e cirúrgicos.

2.RDC E NORMATIVAS QUE REGULAMENTA A CME

A Central de Material e Esterilização (CME) é regida por diversas normativas e resoluções específicas, especialmente no Brasil, para garantir a qualidade dos serviços, segurança dos pacientes e conformidade com as boas práticas de esterilização. As principais normativas e Resoluções da Diretoria

Colegiada (RDC) que regem a CME são:

3.1. RDC n° 15/2012 - ANVISA

- Título: Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde.
- Objetivo: Regulamenta as boas práticas de processamento de produtos para a saúde nas unidades de saúde, incluindo a CME, estabelecendo critérios para o funcionamento, infraestrutura, organização do ambiente, métodos de esterilização, capacitação profissional, entre outros.

Pontos importantes:

- Classificação da CME (CME de nível I, II, III).
- Processo de limpeza, desinfecção e esterilização.
- Garantia de rastreabilidade de produtos para saúde.
- Controle e monitoramento de processos de esterilização.

3.2. RDC n° 50/2002 - ANVISA

- Título: Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Objetivo: Estabelece diretrizes para a construção, reforma e adequação das instalações físicas dos estabelecimentos de saúde, incluindo a CME.

Pontos importantes:

- Requisitos de infraestrutura, como áreas de trabalho, ventilação, iluminação e fluxo de materiais.
- Orientações para evitar contaminação cruzada e otimizar o layout das áreas.

3.3. RDC n° 67/2009 - ANVISA

- Título: Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de produtos

médicos.

- Objetivo: Estabelece normas relacionadas à esterilização e ao controle de qualidade de produtos para a saúde.

Pontos importantes:

Boas práticas de esterilização de produtos médico-hospitalares.

- Monitoramento de processos e parâmetros de esterilização.

4. Norma Regulamentadora NR-32

- Título: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.
- Objetivo: Estabelece diretrizes para garantir a segurança e saúde dos profissionais de saúde, incluindo aqueles que trabalham na CME.

Pontos importantes:

- Prevenção de acidentes e exposição a agentes biológicos.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- Controle e segurança na manipulação de produtos químicos e biológicos.

5. Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde (ANVISA)

Embora não seja uma RDC, este manual complementa as normativas, oferecendo diretrizes práticas sobre os processos de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos e superfícies nos estabelecimentos de saúde.

Essas normativas e resoluções têm o objetivo de garantir que a CME opere dentro de padrões de qualidade, reduzindo os riscos de infecção hospitalar e assegurando o manuseio adequado dos produtos para a saúde.

O roteiro de inspeção utilizado para fiscalizar uma Central de Material e Esterilização (CME) segue diretrizes estabelecidas principalmente pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e pelas legislações locais, como vigilâncias sanitárias estaduais e municipais. O objetivo dessas inspeções é verificar a conformidade com as normas de boas práticas, a segurança dos

processos de esterilização e a proteção dos profissionais e pacientes.

QUAIS SERVIÇOS MUNICIPAIS SÃO ATENDIDOS NA CME:

SERVIÇOS	UNIDADES	TOTAL
1- Urgência e Emergência	UPA- Unidade Pronto Atendimento PAM- Pronto Atendimento Municipal	02
2- Unidades de Saúde:	EAP- Equipe Atenção Primária - ESF- Estratégia Saúde da Família.	08 14
3- Odontologia:	Unidades Odontológicas Municipal.	20
4- Assistência Social:	Casa Abrigo Menino Deus CERTI - Centro de Revitalização da Terceira Idade	01 02
5- Saúde Mental:	CAPS I, CAPS AD e CAPS II	03
6- Especialidades:	* Central de Especialidades, * Pequenos Procedimentos, * AMI- Ambulatório Materno Infantil * Ambulatório de Feridas e Ostomias * EMAD- Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar * Corpo de Bombeiros,	01 01 01 01 01 01
TOTAL : 06 Serviços	**Observação:** **20 Unidades Odontológicas: 15 na cidade e 05 nos interiores** **14 ESF- Estratégia Saúde da Família: 10 Cidade e 04 interiores.** **08 EAP- Equipe Atenção Primária, 05 Cidade e 03 interiores.**	**56**

EM ANDAMENTO

6. PRINCIPAIS ITENS AVALIADOS NO ROTEIRO DE INSPEÇÃO DA CME:

6.1. Infraestrutura e Layout

- Conformidade com a RDC n° 50/2002:
- Verificar a adequação das instalações físicas (espaço, ventilação, iluminação, layout que evite contaminação cruzada).

- Divisão do ambiente em áreas específicas (recepção de material sujo, limpeza, esterilização, armazenamento)
- Fluxo adequado de materiais (separação entre áreas sujas, limpas e esterilizadas)
- Revestimentos adequados (pisos, paredes e teto que permitam fácil limpeza e desinfecção).
- Condições de manutenção e conservação do espaço.

6.2. Equipamentos

- Verificação de esterilizadores (autoclave)
- Existência de manutenções preventivas e corretivas.
- Monitoramento e registro dos parâmetros de funcionamento (tempo, temperatura, pressão).
- Calibração de equipamentos.
- Verificação da existência de manuais operacionais e rotinas de operação.

6.3. Processo de Limpeza, Desinfecção e Esterilização

- Conformidade com a RDC n° 15/2012:
- Inspeção da limpeza manual e automatizada dos artigos médicos.
- Verificação dos métodos de desinfecção e esterilização utilizados.
- Controle de parâmetros e indicadores químicos, biológicos e físicos dos ciclos de esterilização.
- Registros de validação e revalidação dos processos.
- Uso de detergentes enzimáticos e desinfetantes apropriados e dentro da validade.
- Acondicionamento adequado dos materiais a serem esterilizados.

6.4. Controle de Rastreabilidade

- Registros e documentação:
- Existência de controle de rastreabilidade dos artigos esterilizados.
- Registro adequado do ciclo de esterilização (data, responsável, ciclo, lote, validação).
- Controle dos prazos de validade dos materiais esterilizados.

- Sistema de identificação dos pacotes esterilizados (etiquetagem adequada).

6.5. Equipe e Treinamento

- Verificação da quantidade e qualificação dos profissionais conforme o dimensionamento de equipe (como especificado na RDC n° 15/2012).
- Treinamentos periódicos sobre os procedimentos de limpeza, desinfecção, esterilização e biossegurança.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme a NR-32
- (luvas, aventais, máscaras, óculos de proteção, etc.).

6.6. Biossegurança e Segurança Ocupacional

- Conformidade com a NR-32:
- Adoção de medidas de segurança para evitar contaminação e exposição a agentes biológicos.
- Disponibilidade e uso adequado de EPIs.
- Descarte correto de resíduos (perfis de risco e segregação conforme tipo de material).
- Existência de planos de emergência e rotinas de controle de acidentes de trabalho.

6.7. Armazenamento e Transporte

- Verificação das condições de armazenamento de materiais esterilizados (armários ou prateleiras adequadas, ventilação, controle de temperatura e umidade).
- Inspeção do transporte de materiais sujos e esterilizados (uso de carrinhos adequados, proteção durante o transporte para evitar recontaminação).

6.8. Controle de Qualidade e Validação dos Processos

- Uso regular de indicadores biológicos, químicos e físicos para garantir a eficácia do processo de esterilização.

- Validação e monitoramento contínuo dos processos de esterilização e revalidação periódica.
- Controle de qualidade dos insumos (validade e eficiência de produtos químicos, seladoras, embalagens, etc.).

6.9. Documentação e Registros

Verificação da existência de protocolos operacionais padrão (POPs) que descrevem as rotinas da CME.

Existência de registros adequados de todos os processos realizados (lavagem, desinfecção, esterilização, manutenção de equipamentos, treinamento de equipe).

Sistema de gerenciamento que permita a rastreabilidade completa dos produtos desde o recebimento até a liberação.

7. TESTES REALIZADOS NA CME- CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Na Central de Material e Esterilização (CME), são realizados diversos testes para garantir a eficácia e segurança dos processos de esterilização. Esses testes podem ser divididos em físicos, químicos e biológicos. Aqui estão alguns dos principais realizados em nosso setor:

7.1. Teste Biológico

O teste biológico é considerado o mais confiável para verificar a eficácia da esterilização, pois utiliza microorganismos vivos que são eliminados apenas se o processo de esterilização for eficaz. No caso de autoclaves, os esporos de Geobacillus stearothermophilus são os mais comuns.

O teste é geralmente feito diariamente por autoclave, no tipo de ciclo mais utilizado, o de 134 graus, conforme política da instituição.

7.2. Teste Químico

Indicadores químicos são substâncias que mudam de cor ou forma quando expostas às condições ideais de esterilização. Existem seis classes de indicadores químicos:

- Classe 1: indicam exposição ao processo (fitas, etiquetas).
- Classe 2: para testes específicos, como o Teste de Bowie-Dick.
- Classes 3 a 5: indicam a exposição aos parâmetros críticos, como tempo e temperatura.
- Classe 6: são indicadores específicos de ciclo, para monitoração de ciclos específicos.

Teste de Bowie-Dick: usado para verificar a remoção de ar e a penetração de vapor, geralmente em autoclaves a vapor. Deve ser feito diariamente antes do primeiro ciclo do dia.

7.3. Teste de Integridade do Embalagem

Após o processo de esterilização, é importante verificar se a embalagem permanece íntegra e se o conteúdo está devidamente esterilizado.

Esses testes são fundamentais para garantir que os instrumentos e materiais processados pela CME estejam devidamente esterilizados e seguros para uso em procedimentos de saúde.

8. COMODATOS QUE TEMOS NA CME- CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

O comodato é um contrato de empréstimo gratuito em que uma parte (chamada comodante) cede à outra (chamada comodatário) o uso de um bem não fungível (normalmente, um bem móvel ou imóvel) por um período determinado ou indeterminado, sem qualquer cobrança. Ao final do período de empréstimo, o comodatário deve devolver o bem nas mesmas condições em

que o recebeu.

Esse tipo de contrato é comum em empresas de saúde, onde equipamentos médicos podem ser cedidos para uso sem custo, geralmente com a condição de que o comodante forneça outros serviços ou compre insumos relacionados ao equipamento. Por ser um empréstimo gratuito, o comodato se diferencia de outros contratos, como o aluguel, que envolve uma contraprestação financeira.

Hoje na CME temos esses equipamentos em comodato que são essenciais para garantir o monitoramento e a rastreabilidade na CME, permitindo a verificação de eficácia dos processos de esterilização e limpeza com maior segurança e precisão.

A incubadora para testes biológicos: permite que a empresa forneça o equipamento sem custos diretos, facilitando a realização de testes biológicos para controle de esterilização. Esse processo inclui a incubação de indicadores biológicos que contêm esporos bacterianos, os quais são monitorados para assegurar que o ciclo de esterilização eliminou completamente os microrganismos resistentes. Nesse comodato são adquiridos os insumos “Indicadores Biológicos”, diretamente da empresa que disponibiliza a Incubadora, equipamento que fará a leitura do teste.

Etiquetadora para as etiquetas: Inclui tanto o fornecimento do equipamento quanto o abastecimento de etiquetas, permitindo a marcação precisa dos pacotes e materiais esterilizados. Com a etiquetadora, é possível registrar informações essenciais, como a data de esterilização, o tipo de ciclo e a validade do processo, garantindo rastreabilidade e segurança no manuseio dos itens.

Esse tipo de comodato normalmente implica que a CME adquira as etiquetas da empresa fornecedora, assegurando compatibilidade e qualidade. A etiquetadora facilita o controle dos materiais esterilizados e agiliza o processo de identificação, fundamental para a gestão de segurança e conformidade dos itens médicos.

Indicadores de Limpeza para lavadora ultrassônica: O comodato de indicadores de limpeza para a lavadora ultrassônica permite o uso de um suporte específico para monitorar a eficácia da limpeza dos instrumentos. Esses indicadores verificam a remoção de sujidades e resíduos em instrumentos médicos durante o processo de limpeza automatizada, assegurando que estejam prontos para a etapa de esterilização.

O uso dos indicadores de limpeza é fundamental para monitorar a eficácia do processo e garantir que não restem resíduos que possam comprometer a esterilização e a segurança dos pacientes. No comodato, a CME recebe o suporte dos indicadores de limpeza da lavadora ultrassônica e adquire regularmente os próprios indicadores da empresa fornecedora.

9. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO NA CME:

A Central de Material e Esterilização (CME) opera em regime de 24 horas, garantindo a disponibilidade contínua de instrumentos cirúrgicos e outros artigos esterilizados, especialmente em situações de emergência. Isso é crucial para atender às demandas dos prontos-socorros e outras unidades hospitalares, além de suprir os artigos semicríticos, que passam por desinfecção de alto nível. A CME também apoia diversos serviços municipais, assegurando que todos os artigos críticos estejam prontos para o atendimento seguro e eficaz dos pacientes, sempre alinhados aos padrões de qualidade e segurança necessários no cuidado à saúde. Essa operação ininterrupta é fundamental para evitar interrupções no atendimento médico e reduzir o risco de infecções associadas aos procedimentos hospitalares.

De segunda a sexta-feira, a CME realiza o recebimento e entrega de materiais para todas as unidades e serviços duas vezes ao dia, garantindo a reposição contínua dos artigos necessários. Nos sábados, domingos e feriados, essa rotina é ajustada para focar nos serviços de urgência e emergência, assegurando que os materiais desses setores críticos sejam priorizados. Esse ajuste garante o suporte adequado às áreas que mais necessitam de agilidade e disponibilidade de instrumentos esterilizados e desinfetados, enquanto mantém a eficiência operacional durante os períodos de menor demanda nas

outras unidades.

10. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE CME:

A composição da equipe da Central de Material e Esterilização (CME) é fundamental para garantir a eficácia do serviço. Quando houve troca de coordenação em março de 2021, a equipe era composta por 9 colaboradores : três funcionárias cobrindo escala 12x60 dia, três funcionárias 12x60 noite e uma fazia 6 horas de manhã de segunda a sexta, O condutor e a enfermeira coordenadora trabalham 8 horas diárias.

1 Enfermeira Coordenadora

3 Técnicas em Enfermagem

4 Auxiliares em Enfermagem

1 Condutor

Com o aumento da demanda houve a necessidade de aumentar a equipe Atualmente, em setembro de 2024, estamos nesse formato: 13 funcionários

1 Enfermeira Coordenadora

4 Técnicas em Enfermagem

6 Auxiliares em Enfermagem

2 Condutores

11. PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS NA CME NA GESTÃO 2021 - 2024

Aumento da capacidade de processamento de materiais: Devido ao aumento da demanda, inicio de 2023 após contratação de mais Odontólogos foi necessário ampliar a capacidade de esterilização, incorporando novos funcionários e também uso de equipamentos novos adquiridos e adaptando os fluxos de trabalho para atender ao número crescente de materiais utilizados em

procedimentos médicos hospitalares e Odontológicos.

Treinamento da equipe: Investiu-se em treinamentos para que os funcionários estivessem atualizados com as melhores práticas no processo de trabalho especialmente no manuseio de EPIs, e manuseio dos equipamentos novos adquiridos.

Medidas de segurança : Funcionários seguem protocolos de segurança, com a distribuição adequada de EPIs (máscaras, luvas, aventais, protetores auriculares, protetores facial , tendo no trabalho mais segurança, para minimizar o risco de contaminação.

Otimização dos turnos de trabalho: Para lidar com o aumento de trabalho e sobrecarga e evitar o esgotamento da equipe, houve uma reestruturação dos turnos de trabalho, e mudança de horário de jornadas de trabalho, com extinção da carga horária diária de 6 hrs deixando a escala com 2 funcionários dia 12 horas e 1 funcionário noite 12 horas em escala 12/60 e com 1 folguista ,e mais tarde 1 funcionária veio cobrir horário intermediário a noite.

Monitoramento da qualidade dos processos: Temos o monitoramento e registros de todos os processos realizados dentro da CME, onde cada um dos equipamentos tem seus indicadores que validam seus processos, para garantir que os materiais estivessem livres de contaminação e prontos para uso com total segurança independente do processo que foi realizado no setor.

Comunicação eficiente com todos os serviços municipais: A CME melhorou a comunicação com todos os serviços municipais , da Urgência e Emergência, Unidades Básicas de Saúde, Equipe Atenção Primária, Odontologia, CAPS- Saúde Mental, Central de especialidades, A.M.I- Ambulatório Materno Infantil, Casa Abrigo, até mesmo com o Corpo de Bombeiros, garantindo um fluxo contínuo de informações sobre a demanda por materiais esterilizados e priorizando itens críticos.

12. RELATÓRIO ANUAL DE PRODUÇÃO DA CME:

Os relatórios de produção da CME foram iniciados no ano de 2021,

abrangendo os seguintes indicadores: * número de cargas das autoclaves e o quantitativo de materiais recebidos e processados na CME. Os resultados são obtidos a partir dos ciclos realizados pelo equipamento autoclave, e as planilhas de rastreabilidades utilizadas no setor. São finalizadas mensalmente. Seguem em anexo os dados de 2021 a 2024, com alguns ainda em fase de elaboração.

12.1. Relatório Anual das Cargas da Autoclave " Sercon" da CME: Final 2020 Ano 2021

	Número de cargas da autoclave													
	2020		2021											
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
1	2	5	2	5	5	4	2	6	4	1	4	6	1	4
2	1	5	3	3	6	2	3	5	4	5	5	2	2	5
3	2	5	4	5	7	3	3	3	2	6	5	0	6	5
4	3	5	5	4	7	3	5	6	2	4	2	5	4	2
5	5	2	5	5	7	6	5	2	5	7	2	5	5	2
6	6	2	5	3	4	6	4	4	5	3	5	5	1	4
7	2	5	5	2	3	5	5	5	5	2	1	4	3	7
8	2	5	3	5	6	7	2	6	3	1	6	5	4	4
9	4	5	2	5	5	6	1	7	4	6	5	1	6	6
10	3	5	2	5	7	1	5	7	1	4	5	1	5	6
11	4	3	7	3	4	3	6	3	2	5	1	4	4	2
12	5	2	4	4	7	5	5	5	4	5	2	1	6	3
13	3	2	4	3	3	3	6	2	4	6	5	5	1	4
14	2	4	4	3	1	5	5	2	4	1	7	6	2	2
15	2	6	3	1	2	5	3	2	5	2	4	6	1	4
16	6	3	2	3	7	5	2	2	4	4	5	1	5	5
17	3	6	2	5	5	3	6	5	4	5	6	1	5	6
18	5	5	4	6	4	2	5	10	7	6	1	6	5	1
19	3	2	5	6	6	4	5	6	4	3	3	6	5	2
20	4	2	3	1	3	5	4	8	6	6	7	3	2	5
21	1	6	4	1	4	2	6	4	4	2	5	4	2	4
22	2	4	5	5	5	4	4	5	4	2	4	7	6	3
23	3	6	2	6	6	6	4	6	4	6	6	1	5	3
24	5	1	1	4	5	2	5	5	2	6	5	1	4	2
25	4	2	3	4	5	1	6	5	1	4	2	6	3	1
26	6	2	5	5	3	5	5	2	6	5	1	6	5	1
27	5	2	4	2	2	5	5	3	5	6	5	5	1	4
28	3	5	4		3	5	7	2	5	2	4	4	2	1
29	2	4	3		5	6	4	2	3	2	6	3	4	2
30	5	5	3		4	5	4	4	5	5	5	1	4	3
31		2	1		5		5		2	5		1		1
Total	103	118	109	104	146	124	137	134	120	127	124	112	109	104
Média Mês	3,43	3,8	3,51	3,85	4,7	4,13	4,41	4,46	3,87	4,09	4,13	3,61	3,63	3,35
Média dos 3 meses	3,58				4,22		4,33		4,14		3,94		3,53	

12.2. Relatório Anual das Cargas da Autoclave " Sercon" da CME - Ano 2022

	ANO – 2022											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Gráfico												
1	3	4	3	5	1	5	6	5	4	1	5	4
2	3	4	5	2	6	6	2	4	5	3	2	4
3	3	3	5	1	6	6	2	6	2	5	4	2
4	4	4	5	4	9	3	6	7	2	6	5	1
5	4	1	1	6	7	2	6	3	4	5	2	5
6	4	2	3	4	5	5	6	5	5	4	1	7
7	7	4	4	6	2	6	6	1	3	6	6	4
8	1	6	4	3	2	5	7	6	5	1	5	4
9	3	5	5	3	6	6	2	5	4	1	6	4
10	3	3	4	1	6	5	2	6	2	4	4	2
11	3	5	4	4	6	2	5	6	1	6	4	1
12	2	1	1	5	6	2	7	5	6	1	2	5
13	3	2	2	4	5	5	4	1	4	5	1	4
14	4	5	5	4	1	5	4	3	6	4	4	
15		6	5	1	2	6	5	6	4	1	3	5
16	1	4	4	2	5	2	2	7	4	1	6	4
17	5	3	5	2	6	4	1	5	2	5	7	2
18	2	5	4	5	5	3	4	6	2	5	4	3
19	4	2	2	6	6	3	7	5	6	4	2	6
20	3	2	1	4	6	6	5	1	5	6	1	6
21	4	4	3	2	2	7	6	2	5	5	6	6
22	1	5	6	5	3	5	5	5	6	5	6	4
23	2	5	5	2	4	5	2	6	4	1	5	5
24	4	6	4	2	6	6	2	7	2	8	5	3
25	2	0	3	4	5	4	5	4	3	6	5	1
26	3	2	3	5	4	2	5	5	7	5	2	6
27	3	2	3	7	6	5	6	2	5	4	1	5
28	4	4	4	4	2	6	5	1	4	4	5	4
29	1		6	5	3	6	5	7	7	3	5	4
30	4		4	1	5	5	1	7	3	1	6	2
31	4		3		6		1	7		5		1
Total	94	99	116	109	144	138	132	146	122	121	120	114
Média Mês	3,03	3,53	3,74	3,63	4,64	4,6	4,25	4,7	4,06	3,9	4	3,67
Média dos 3 meses		3,43			4,29		4,51			3,98		

12.3. Relatório Anual das Cargas da Autoclave " Sercon" da CME - Ano 2023

	ANO – 2023											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Gráfico												
1	2	6	6	2	1	8	2	6	6	2	2	4
2	5	6	6	3	8	8	2	6	2	7	1	3
3	3	6	5	5	10	2	8	5	2	8	3	3
4	5	2	2	7	6	2	10	8	5	6	3	6
5	4	1	1	8	7	7	8	2	9	7	2	7
6	5	5	6	2	3	8	6	1	1	4	6	6
7	2	5	5	2	2	1	8	6	0	3	8	5
8	3	5	4	6	7	1	1	6	5	2	8	3
9	4	4	5	3	5	2	3	8	3	8	4	3
10	5	4	6	8	6	9	7	6	3	6	3	2
11	5	2	5	9	8	9	7	7	7	1	3	8
12	5	1	1	6	7	8	6	2	7	1	2	5
13	4	5	4	6	1	8	5	1	6	4	6	1
14	1	6	6	8	2	7	8	7	7	4	4	2
15	3	5	6	2	5	8	3	7	6	3	3	3
16	6	6	5	1	7	8	1	6	2	6	5	3
17	4	1	5	7	8	3	5	6	1	7	5	4
18	5	2	5	7	8	2	6	8	7	5	3	7
19	6	1	2	7	6	7	6	2	5	6	1	8
20	5	3	5	9	3	9	5	1	7	3	7	7
21	2	2	6	2	3	8	7	7	8	3	6	8
22	1	6	5	2	6	7	2	7	3	2	6	3
23	6	7	5	2	8	7	2	5	4	5	5	1
24	4	6	4	6	7	2	5	5	2	6	3	3
25	4	3	4	9	5	1	7	4	7	7	2	2
26	4	2	3	9	8	2	10	3	7	5	3	6
27	6	6	7	8	3	5	6	3	8	3	6	5
28	2	6	8	6	2	12	7	7	6	3	6	5
29	3		5	3	7	7	3	5	4	2	6	1
30	1		6	3	7	6	2	6	4	7	6	3
31	5		5		6		7	5		6		3
Total	**120**	**114**	**148**	**158**	**172**	**174**	**165**	**158**	**144**	**142**	**128**	**130**
Média Mês	**3,87**	**4,07**	**4,77**	**5,27**	**5,55**	**5,80**	**5,32**	**5,10**	**4,80**	**4,58**	**4,27**	**4,19**
Média dos 3 meses		**4,24**		**5,54**		**5,55**		**5,07**			**4,35**	

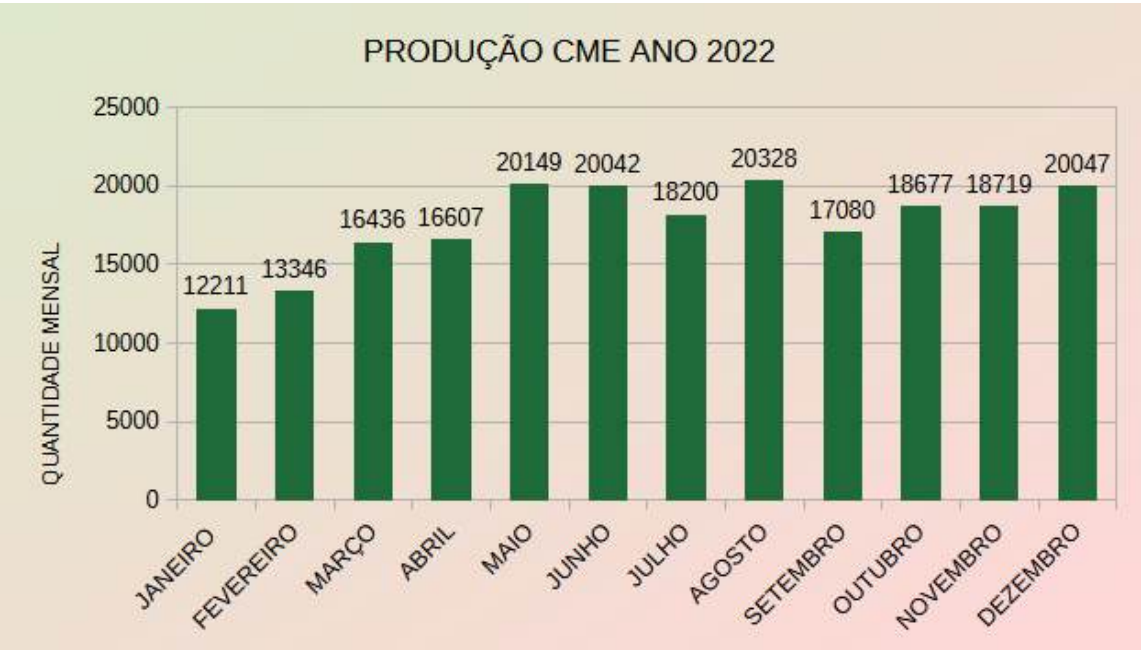
12.4. Relatório Anual das Cargas da Autoclave " Sercon" da CME – Ano 2024

	ANO – 2024											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Gráfico												
1	1	5	3	7	5	3	6	7	2			
2	6	4	4	6	1	2	6	3	6			
3	4	2	3	6	4	6	5	4	6			
4	4	2	4	5	4	6	6	2	7			
5	3	7	5	3	3	5	3	6	6			
6	3	4	6	3	5	6	3	6	4			
7	1	6	5	3	8	4	3	5	3			
8	6	5	5	7	6	3	5	7	1			
9	4	2	3	6	5	3	5	4	7			
10	5	1	2	5	3	6	6	3	7			
11	6	1	5	7	2	4	6	2	7			
12	3	3	5	3	3	5	3	7	6			
13	2	3	5	3	5	6	2	7	4			
14	2	6	5	3	7	3	1	7	3			
15	5	6	4	6	5	3	7	4	2			
16	5	3	3	5	6	3	6	3	5			
17	4	3	2	6	3	6	6	3	5			
18	5	3	6	5	3	6	7	2	6			
19	4	5	5	5	3	6	3	6	5			
20	3	6	6	3	6	5	3	6	4			
21	2	4	5	2	5	3	2	7	2			
22	8	5	3	6	7	3	7	5	2			
23	7	5	3	6	6	2	8	2	6			
24	6	3	2	5	4	6	6	3	6			
25	5	2	6	6	4	7	7	2	6			
26	3 *	7	5	3	2	5	3	6	5			
27	3 *	6	7	3	5	4	3	5	3			
28	3 *	6	2	2	5	4	3	6	3			
29	1 *	7	3	6	1	2	6	6	2			
30	5 *		3	3	1	2	6	3	4			
31	10		2		3		7	3				
Total	**114**	**122**	**127**	**139**	**130**	**129**	**150**	**142**	**135**			
Média Mês												
Média dos 3 meses		**#DIV/0!**		**#DIV/0!**		**5,55**		**#DIV/0!**		**#DIV/0!**		

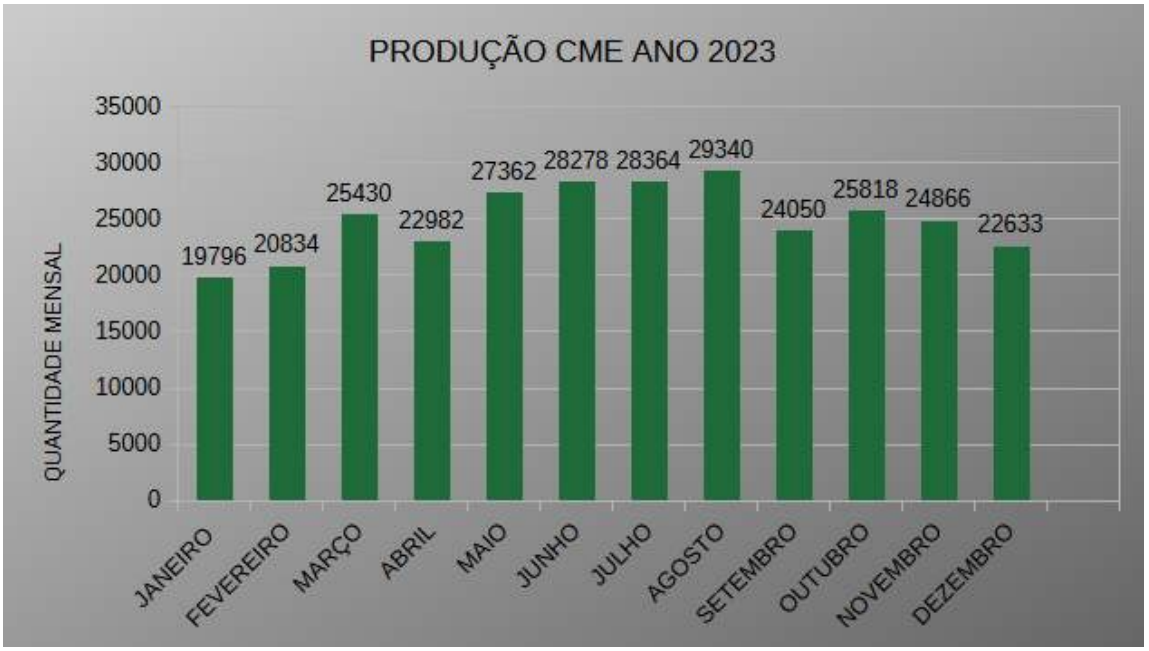
12.5. Relatório Anual CME - 2021



12.6. Relatório Anual CME - 2022



12.7. Relatório Anual CME - 2023



Nota: Relatório de 2024, será finalizado no início de 2025.

13. EQUIPAMENTOS INSTALADOS NA CME ATUAL:

01 Autoclave – Marca Sercon- 365 litros

03 Seladoras de Pedal – Marcas Protec Seal e Linha TC Barbi

01 Lavadora Ultrassônica BR 30 Litros – Marca Brasmedical – Da CME Nova

01 Secadora de Artigos Hospitalares BR 400 LC- Marca - Brasmedical – Da CME Nova

02 Seladoras Automáticas – Registron – Da CME Nova

14. CME - CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – UNIDADE NOVA

O setor foi construído, entregue em 2022. Após a licitação e entrega dos equipamentos, o técnico responsável pelas instalações identificou a necessidade de algumas adequações no projeto original, sendo elas:

- Adequação elétrica – Realizada

- Adequação hidráulica – Realizada
- Adequação arquitetônica – Realizada

14.1. Documentos solicitados:

- Carta de Habitação – Resolvido.
- Adequação do PBA (Projeto Básico Arquitetônico) – Solicitado para SMS via Ofício nº 84/2024 - em andamento.
- CLCB (Certificado de Licenciamento do Corpo de Bombeiros) – Solicitação pendente via site do Corpo de Bombeiros.

15. CONTRATOS DA CME:

CONTRATOS EM ANDAMENTOS PARA CME NOVA

Contrato	Empresa	Descritivo	Equipamentos CME	Etapa
	RM Equipamentos Hospitalar LTDA	Processo de Inexigibilidade : para manutenção preventiva e corretiva e Qualificações dos equipamentos	02 Autoclaves 01 Termodesinfectadora	Elaboração
	Viver Equipamentos Médicos	Processo de Inexigibilidade : para manutenção preventiva e corretiva e Qualificações dos equipamentos	01 Lavadora Ultrassônica 01 Secadora de traquéia 02 Pistola de Ar comprimido	Efetivado

CONTRATOS VIGENTES CME

Contrato	Empresa	Descritivo	Equipamentos CME	Vencimento
0975/2020	RM Equipamentos Hospitalar LTDA	Processo de Inexigibilidade : para manutenção preventiva e corretiva	01 Autoclave	21/12/2024
0578/2022	Ortosolution LTDA	Prestação de serviços em manutenção preventiva, corretiva e troca de peças/acessórios em equipamentos médico-hospitalares	02 Seladoras Automáticas 03 Seladoras Pedal	23/07/2025
0531/2024	Lavanderia Água Azul LTDA,	Contratação de empresa especializada para prestação de serviços contínuos de lavanderia hospitalar e processamento de roupas e tecidos em geral	Roupas utilizadas : Roupa Privativa Campos Avental	17/072026

TEMAS A DELIBERAR

16. EQUIPAMENTOS PARA SEREM INSTALADOS NA NOVA CME :

Processo de contratação em andamento

- Autoclave- Marca: Ortosinteses – 360 Litros
- Termodesinfectora- Marca: Ortosinsteses – 280 Litros

Todos os equipamentos da CME atual serão instalados na CME Nova:

- 01 Autoclave- Marca: Sercon- 365 litros
- 03 Seladoras de Pedal - Marcas: Protec Seal e Linha TC Barbi
- 01 Lavadora Ultrassônica BR 30 Litros – Brasmedical – Da CME Nova
- 01 Secadora de Artigos Hospitalares BR 400 LC- Brasmedical – Da CME Nova
- 02 Seladoras Automáticas – Registron – Da CME Nova

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

HISTÓRICO

CENTRAL DE ESPECIALIDADES

A Central de Especialidades iniciou suas atividades em meados de 2004, inicialmente sob o nome de Consórcio. Sem sede própria, funcionava anexa ao Pronto Atendimento Municipal (PAM 24h). Em 2006, passou a ser oficialmente denominada Central de Especialidades, e foi implementado o Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde - SIGSS, que permanece em uso até hoje.

Ainda em 2006, foram contratados os primeiros médicos especialistas, nas áreas de Gastroenterologia, Cardiologia e Ortopedia. Em 2011, a Central foi transferida para junto da Secretaria de Saúde do Município, localizada no Jardim Gisela, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) permanece até o presente.

Em 2017, a Central de Especialidades retomou seu atendimento junto ao Pronto Atendimento Municipal. Durante a pandemia, a equipe foi realocada, com parte atuando na UBS da Paulista e outra parte no Ondy. Em 2023, a Central foi contemplada com uma nova sede, aprimorando ainda mais seus serviços.





A Rede de Atenção Especializada é um serviço de atenção secundária que opera tanto por meio de uma rede própria — composta pela Central de Especialidades e o Centro de Fisioterapia — quanto por uma rede conveniada, que inclui o CISCOPAR, a Rede Estadual - SESA e a UFPR/COAPES. Na rede própria, são oferecidos serviços ambulatoriais, além de apoio diagnóstico e terapêutico. A Rede também realiza encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos através do sistema CARE, direcionando para a rede estadual.

Os encaminhamentos para a Central de Especialidades abrangem consultas, exames, Tratamento Fora de Domicílio (TFD), cirurgias, entre outros serviços.

A Central de Especialidades é estruturada com diversos setores: recepção, equipe de enfermagem, composta por um enfermeiro responsável técnico por período e técnicas de enfermagem, serviço social, setor de agendamento, administrativo, equipe médica, além da direção e coordenação.

Durante a gestão 2021-2024, foram realizados diversos mutirões de

consultas, o que impactou positivamente na redução das filas de espera. Em várias especialidades, como oftalmologia e ultrassonografia mamária, as filas chegaram a ser completamente zeradas. Esses mutirões receberam ampla cobertura da mídia na época, garantindo maior alcance e visibilidade para a in


catve8com

Cotidiano

Busca

Toledo realiza mutirão de consultas e exames especializados neste sábado (28)

Maior número de pacientes é na fila de endocrinologia com 1300 pessoas

27 de janeiro de 2023 | 13h59 | Atualizado há 635 dias


TOLEDO NEWS

Mais lidas | Empregos | Achados e perdidos | Cinema | Animais para adoção | Eventos

URGENTE! DNA confirma identidade de vítima esquartejada e queimada pela esposa em churrasquei

Quarta 23 Outubro

Notícias

Central de Especialidades zera fila para ultrassonografia mamária bilateral

04/10/2022 ÀS 18:07 | ASSESSORIA


Gazeta de Toledo
Isenção e Verdade

PORTOS DO PARANÁ. AQUI, TEM TONELADAS DE EFICIÊNCIA.

ÚLTIMAS NOTÍCIAS | GENTE X PODER | CIDADE | REGIONAL | ESTADUAL | GERAL

Toledo destina mais R$ 1 milhão para Central de Especialidades diminuir filas

Por Redação Gazeta de Toledo - 27 de abril de 2022, 09:44h


JORNAL DO OESTE

PRINCIPAIS Paraná prorroga congelamento do valor de referência d

EDITORIAS VAGAS DE EMPREGO OESTE RURAL BLOGS VÍDEOS SAÚDE PREVISÃO DO TEMPO

Home > Toledo > Central de Especialidades trabalha em preparação para mutirão de exames e consultas

Central de Especialidades trabalha em preparação para mutirão de exames e consultas

Além da inauguração da nova sede e da realização de mutirões, viabilizados com recursos próprios do município, também houve a ampliação do quadro de servidores. Outro avanço importante foi o aumento na oferta de cirurgias eletivas, impulsionado principalmente pela abertura do Hospital Regional de Toledo em outubro de 2023. Esses investimentos contribuíram significativamente para a melhoria do atendimento à população.

1. LOCALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Endereço: Rua Tomáz Gonzaga, 1326 - Vila Pioneiro

Telefones para contato: (45) 3196-3340 | (45) 3196-3341 |(45) 3196-3330

Horário de atendimento: das 7h às 19h

Localização: Ao lado do Terminal Urbano.

2. PROTOCOLOS, FLUXOS E INSTRUÇÕES NORMATIVAS

- **Protocolo de Endocrinologia Normalização para Encaminhamentos Contra Referência Central de Especialidades**

  Guia de Referência adotada por médicos especialistas quando concluem que o paciente não necessita mais de cuidados especializados ou deve seguir com o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) por um motivo específico. Assim, o paciente recebe alta do atendimento especializado, e a UBS assume o acompanhamento,

garantindo que ele continue a receber o suporte necessário para sua condição de saúde de forma mais próxima e acessível.

- **Fluxograma Encaminhamento Oncologia**

  Todos os encaminhamentos para oncologia devem ser realizados exclusivamente pelo Sistema SIGSS, sem a necessidade de envio do pedido impresso. Nos casos prioritários, o encaminhamento deve ser registrado com o status de urgência para análise pela Regulação Médica.

- **Instrução Normativa da Secretaria Municipal da Saúde nº 010 de 08 de novembro de 2022** Dispensação de passagens

  Normatiza o fluxo para Dispensação de Passagens do Transporte Sanitário Eletivo da Central de Especialidades.

- **Instrução Normativa da Secretaria Municipal da Saúde nº 011 de 31 de outubro de 2022. Versão 2 – Atualizada em 13/01/2023**. - Absenteísmo

  Normatiza o fluxo para reagendamento quanto ao absenteísmo (desistências, rejeição, cancelamentos e faltas em consultas, exames e procedimentos) de média e alta complexidade.

- **Normativa 01/2022 – Central de Especialidades** - Determinação para identificação de consultas novas e consultas de retorno

  Normatiza a identificação no momento do agendamento se este é consulta ou retorno.

- **Fluxo Oxigenioterapia**

As normativas listadas estão disponíveis na pasta de rede intitulada **"Fluxos e Protocolos"**.

3. COMPARATIVO FILA DE ESPERA

- Setembro de 2021 x novembro de 2024

Quantidade de pacientes aguardando atendimento por Especialidade		
Especialidade	**Setembro/2021**	**Novembro/2024**
Ortopedia	2135	2373
Cardiologia	1580	1
Angiologia (vascular)	1562	246
Urologia	1449	222
Otorrinolaringologia	1167	1482
Endocrinologia	1120	250
Dermatologia	709	1026
Oftalmologia	618	4618
Coloproctologia	425	165
Médico Cirurgião Geral	341	295
Nefrologia	210	236
Gastroenterologia	207	600
Alergista pediátrico	135	1
Neurologia	54	114
Gastroendologia pediátrica	43	-
Pneumologia	32	219
Reumatologia	32	569
Peqenas Cirurgias Ginecológicas	-	9
Oncologia	-	13
Pneumologia Pediátrica	-	34
Hematologia UFPR	-	36
Neuropediatria	-	632
Nutricionista	-	754
Anestesiologia	-	-
Infectologia	-	-

Tempo do paciente mais antigo em Fila de Espera por Especialidade (meses)		
Especialidade	**Setembro/2021**	**Novembro/2024**
Nefrologia	37	38
Reumatologia	14	14
Gastroenterologia	14	15
Neuropediatria	14	15
Nutricionista	13	10
Endocrinologia	12	12
Dermatologia	11	12
Ortopedia	10	10
Otorrinolaringologia	10	10
Oftalmologia	9	9
Pneumologia	7	7
Coloproctologia	5	22
Médico Cirurgião Geral	4	4
Pneumologia Pediátrica	4	4
Hematologia UFPR	4	5
Angiologia (vascular)	3	3
Urologia	3	3
Alergista pediátrico	2	-
Neurologia	1	1
Anestesiologia	-	-
Cardiologia	-	-
Gastroendologia pediátrica	-	-
Infectologia	-	-
Oncologia	-	-
Peqenas Cirurgias Ginecológicas	-	-

Fonte: Relatório interno Central de Especialidades

- Histórico janeiro de 2021 a maio de 2024



Fonte: Relatório Estatístico.

EM ANDAMENTO

4. QUADRO DE RECURSOS HUMANOS

Atualmente, a Central de Especialidades conta com um quadro geral de 62 servidores, distribuídos da seguinte forma:

- 17 Assistentes Administrativos (40h semanais), sendo que 1 está afastado por doença e 1 em licença maternidade.
- 4 Assistentes Sociais (30h semanais), com 1 em desvio de função.
- 2 Assistentes de Desenvolvimento Social, ambas em desvio de função: 1 atua na recepção e 1 na separação de guias e malotes.
- 2 Enfermeiras (30h semanais), 1 responsável técnica (RT) no período da manhã e 1 RT no período da tarde.
- 8 Técnicas de Enfermagem (30h semanais), distribuídas da seguinte

maneira:

  - 1 em desvio de função, responsável pela liberação de passagens e pensões.
  - 2 na Sala de Procedimentos.
  - 3 na Sala de Triagem.
  - 2 na Sala de Eletrocardiograma.

- 5 Estagiários (20h semanais), alocados da seguinte forma:
  - 2 no setor de agendamento.
  - 1 na recepção.
  - 1 na Sala de Triagem/Enfermagem.
  - 1 no Serviço Social.

A Central também conta com 23 médicos especialistas, distribuídos nas seguintes áreas:

- 3 Cardiologistas
- 2 Ortopedistas
- 1 Oftalmologista
- 1 Neuropediatra
- 1 Alergista Pediatra
- 1 Pneumologista
- 1 Urologista
- 1 Infectologista
- 1 Neurologista
- 1 Gastropediatra
- 2 Endocrinologistas
- 1 Reumatologista
- 1 Anestesiologista

- 1 Otorrinolaringologista
- 2 Cirurgiões Gerais
- 1 Ultrassonografista
- 1 Dermatologista
- 1 Angiologista
- 1 Gastroenterologista

Além disso, a Central de Especialidades mantém uma parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), que disponibiliza 6 médicos especialistas nas seguintes áreas:

- 1 Cardiologista
- 1 Angiologista/Vascular
- 1 Endocrinologista
- 1 Urologista
- 1 Pneumologista
- 1 Hematologista

Complementando a equipe, a Central dispõe de uma equipe de limpeza terceirizada, composta por 3 funcionários, cada um com carga horária de 40 horas semanais.

5. AGENDAMENTOS

A referência para cada setor e agendamento pode ser localizado pela planilha Especialidades_e_Encaminhamentos_Versão8 - que é alimentada e alterada com frequência.

- **Rede própria:** Os agendamentos na rede própria são realizados pelo setor de agendamento, formado por uma equipe de assistentes administrativos. Essa equipe organiza as agendas dos profissionais médicos conforme suas respectivas cargas horárias, realiza os agendamentos e encaminha as marcações para a Unidade Básica de

Saúde de referência do paciente.

I - Especialidades disponíveis na Central:

- Alergista Pediátrico
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgião Geral
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Gastropediatra
- Hematologia - UFPR
- Infectologia
- Neurologia
- Neuropediatra
- Ortopedia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Reumatologia
- Urologia - UFPR

II - Exames disponíveis na Central:

- **Ultrassonografia:** Terça-feira das 07h00 às 17h00 e na Quarta-feira das 08h00 às 17h00 - 4 exames por hora
- **Eletrocardiograma:** Segunda -feira à Sexta-feira das 07h15m às 17h40m - de 15 em 15 e de 20 em 20 minutos

- **CISCOPAR:** Os agendamentos via Consórcio de Saúde Costa Oeste do

Paraná (CISCOPAR) também são realizados pelo setor de agendamento. As vagas são disponibilizadas mensalmente no sistema IDS, plataforma própria do consórcio, no dia 20 de cada mês. Os agendamentos são feitos de acordo com a disponibilidade de vagas ofertadas e dentro dos limites orçamentários estabelecidos.

I - Especialidades disponíveis pelo Consórcio:

- Angiologia
- Cardiologia
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Hematologia
- Neurologia
- Ortopedia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Urologia

II - Exames disponíveis pelo Consórcio:

- Laringoscopia/naso
- Ultrassom Clínico
- Endoscopia
- Colonoscopia
- Eletroencefalografia
- Tratamento Varizes Espuma
- Metrotexato
- Elastografia
- Gastrostomia
- Teste Vectro
- Morfológica

- Ecocardiograma
- Teste Ergométrico
- Ecocardiograma Infantil
- Holter/Mapa
- Nucal
- Fluxo Obstétrico
- Anestesista Gestante
- Audio/Logo/Impedâncio
- Teste da Orelhinha
- Eletrocardiograma
- Angiotomografia
- Raio-X
- Densitometria
- Espirometria

6. CARE/GSUS - CIRURGIA (AIH)

O sistema Care/ Gsus é o sistema de agendamentos do Estado, a regional de saúde libera e distribui as cotas mensais de consultas no sistema CARE-PR, conforme cálculo de per capta, o município deve fazer o cadastro e agendar seus pacientes conforme fila de espera.

As agendas são abertas conforme calendário pré-estabelecido pela 20º Regional de Saúde, sendo normalmente no dia 22 de cada mês.

As especialidades estão divididas pelos tópicos:

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL

- HOESP (RS20 - TOLEDO)
- ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE MOACIR (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL BOM SAMARITANO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL SANTO ANTONIO (RS10 - CASCAVEL)

- HOSPITAL DR AURELIO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (RS09 FOZ)
- HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO OESTE (RS05 GUARAPUAVA)

CONSULTA EM UROLOGIA

- ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE MOACIR (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA (RS09 - FOZ DO IGUACU)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO-OESTE (RS05 - GUARAPUAVA)
- UROSAUDE (RS03 - PONTA GROSSA) (LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (SOMENTE PACIENTES QUE POSSUEM PEDRA DE 5 A 20 MM)

CONSULTA EM PRÉ-OPERATÓRIO – VASECTOMIA

- QUINTO ABRÃO DELAZERI (RS20 - TOLEDO)

DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM ORTOPEDIA

- ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE MOACIR (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA (RS09 - FOZ DO IGUACU)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- HOESP (RS20 - TOLEDO)
- INSTITUTO MADALENA SOFIA (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO-OESTE (RS05 - GUARAPUAVA)
- HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL BOM SAMARITANO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL DR AURELIO (RS10 - CASCAVEL)

TRIAGEM PARA REABILITAÇÃO FÍSICA / ÓRTESE E PRÓTESE

- FAG CENTRO DE REABILITACAO (RS10 - CASCAVEL)

ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO FÍSICA (1 TURNO PACIENTE - DIA - 15 ATENDIMENTOS - MÊS)

- OBSERVAR AGENDAS DE CADEIRA DE RODAS E MEIOS DE LOCOMOÇÃO OU PRÓTESES.

COTAS REMANEJADAS CONFORME FILA ÚNICA REGIONAL

- EQUILIBRIO CLINICA DE FISIOTERAPIA (RS20 - TOLEDO)

CONSULTA EM CARDIOLOGIA

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL DE ENSINO SÃO LUCAS (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR (CARDÍACA)

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL DE ENSINO SÃO LUCAS (RS10 - CASCAVEL)
- HOESP (RS20 - TOLEDO)

CONSULTA EM CARDIOLOGIA/ELETROFISIOLOGIA

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL DO ROCIO (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR

ALTA COMPLEXIDADE - COTAS REMANEJADAS CONFORME FILA ÚNICA REGIONAL

- HOESP (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL DE ENSINO SÃO LUCAS (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM NEUROCIRURGIA (OBSERVAR AGENDAS, NEURO CABEÇA, COLUNA, ETC)

- HOSPITAL DE ENSINO SÃO LUCAS (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM CIRURGIA ENDOVASCULAR

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM NEUROCIRURGIA – ENDOVASCULAR

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 – TOLEDO)

CONSULTA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

REGULADAS PELA SMS (IMC)

- HOSPITAL SÃO LUCAS PAROLIN (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL DO ROCIO (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM GINECOLOGIA

- HOESP (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE MOACIR (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA (RS09 - FOZ DO IGUACU)
- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 – METROPOLITANA) (SOMENTE CASOS CIRÚRGICOS, COM EXCEÇÃO DE LAQUEADURA, CISTOCELE, RETOCELE, INCONTINÊNCIA URINÁRIA);

CONSULTA EM OBSTETRÍCIA (GESTANTES ALTO RISCO)

- HOESP (RS20 - TOLEDO)

CONSULTA EM PRÉ-OPERATÓRIO - LAQUEADURA

- QUINTO ABRÃO DELAZERI (RS20 - TOLEDO)

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

- MADALENA SOFIA (02RS METROPOLITANA)

AVALIAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

COTAS REMANEJADAS CONFORME FILA ÚNICA REGIONAL

- CLINICA CHAMPAGNAT (RS20 - TOLEDO)

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL;

COTAS REMANEJADAS CONFORME FILA ÚNICA REGIONAL

- CLINICA CHAMPAGNAT (RS20 - TOLEDO)

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (EXAME)

- CAC CENTRO AUDITIVO CASCAVEL (RS10 - CASCAVEL)

AVALIAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- (PRÓTESE AUDITIVA COM ENCAMINHAMENTO DA CHAMPAGNAT PARA ADULTOS OU CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS)
- CAC CENTRO AUDITIVO CASCAVEL (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA ESPECIALIZADA EM BUCOMAXILOFACIAL

CIRURGIA ORTOGNÁTICA (NÃO TRAUMA), FRENECTOMIA EM PACIENTES MENORES DE 1 ANO, ATM, EXTRAÇÃO EM PACIENTE ESPECIAL;

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

CASOS DE FISSURA, FENDA PALATINA/ LABIAL, CRANIOSSINOSTOSE, ANOMALIAS DA ORELHA, ANOMALIAS OCULARES, DEFEITOS DA MANDÍBULA, MACROCEFALIA, MICROCEFALIA, HIDROCEFALIA.

- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OESTE DO PARANÁ (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM IMPLANTE COCLEAR

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 – METROPOLITANA)

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA

- INSTITUTO DA VISÃO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL DE OLHOS DE CASCAVEL (RS10 - CASCAVEL)
- DR. PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 - CASCAVEL)
- CLINICA DE OLHOS DR ROMEU TOLENTINO (RS10 - CASCAVEL)
- HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA (RS09 - FOZ DO IGUACU)

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA – RETINA

- DR. PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 - CASCAVEL)
- INSTITUTO DA VISÃO (RS10 - CASCAVEL)

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DE RETINA (PACIENTES QUE NECESSITAM EXCLUSIVAMENTE DE APLICAÇÃO DE MEDICAÇÕES)

- PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM CIRURGIA CATARATA

- DR. PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 - CASCAVEL)
- INSTITUTO DA VISÃO (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)

- INSTITUTO DA VISÃO (RS10 – CASCAVEL)

- HOSPITAL DE OLHOS DE CASCAVEL (RS10 – CASCAVEL)
- PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 – CASCAVEL)

TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)

- DR. PRIME ASSISTENCIA A SAUDE FAMILIAR (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM TRANSPLANTE DE CÓRNEA

- INSTITUTO DA VISÃO (RS10 – CASCAVEL)
- HOSPITAL DE OLHOS DE CASCAVEL (RS10 – CASCAVEL)

CONSULTA EM TRANSPLANTE DE RIM (ADULTO)

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL DO ROCIO (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM TRANSPLANTE DE FÍGADO (ADULTO)

- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 – CASCAVEL)

CONSULTA EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (ALOGÊNICO APARENTADO)

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM TRANSPLANTE DE PÂNCREAS/RIM

- HOSPITAL ANGELINA CARON (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL DO ROCIO (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM PÓS-TRANSPLANTE EM NEFROLOGIA

- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM ONCOLOGIA

- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 - CASCAVEL)
- CEONC (RS10 - CASCAVEL)

CONSULTA EM ONCOLOGIA-HEMATOLOGIA

- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 - CASCAVEL)

TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET CT).

- CEONC (RS10 - CASCAVEL) (APAC – FLUXO MEMO CIRCULAR 004/2024)

GRUPO TOMOGRAFIA

- CENTRO DIAGNÓSTICO (RS20 - TOLEDO)
- HOESP (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL DO ROCIO (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL REGIONAL DE TOLEDO HRT (RS20 - TOLEDO)
- HOSPITAL DO CENTRO (RS02 - METROPOLITANA)

GRUPO RESSONÂNCIA

- CENTRO DIAGNÓSTICO (RS20 - TOLEDO)

GRUPO MAMOGRAFIA

- CENTRO DIAGNÓSTICO (RS20 - TOLEDO)
- DIAGNOSE CLINICA DE IMAGEM (RS20 - TOLEDO)
- DIAGNOSE 2 CLÍNICA DE IMAGENS (RS20 - TOLEDO)

POLISSONOGRAFIA

- IN NEURO (RS02 - METROPOLITANA)

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA, TRANSPLANTE CARDÍACO E TRANSPLANTE RENAL

- REFERÊNCIA: PATO BRANCO (Encaminhar solicitação via e-mail scraca20rs@sesa.pr.gov.br)

CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

- CRAID (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA-NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 – METROPOLITANA)

CONSULTA EM INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

- CRAID (RS02 - METROPOLITANA)
- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 –

METROPOLITANA)

ATENDIMENTO EM FONOAUDIOLOGIA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

BERA (SEM SEDAÇÃO) E EMISSÕES OTOACÚSTICAS E AUDIOMETRIA, LOGOAUDIOMETRIA E IMITANCIOMETRIA.

CONSULTA EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02-METROPOLITANA)

CONSULTA EM HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER (RS02 - METROPOLITANA)

CONSULTA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

- HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL UOPECCAN (RS10 - CASCAVEL)

7. DISPENSAÇÃO DE PASSAGENS E DIÁRIAS DE PENSÃO

A Central de Especialidades realiza a dispensa de passagens e pensões para pacientes que necessitam de tratamento fora do município, com destino a Curitiba e Campo Largo. O atendimento para esse serviço ocorre das 7h às 12h30. A prestação desse serviço é regulamentada por instrução normativa nº 010 de 28 de outubro de 2022.

8. PEQUENOS PROCEDIMENTOS

A Central de Especialidades possui um setor dedicado a pequenos procedimentos, onde são realizadas intervenções como a remoção de nevos, cistos sebáceos, entre outros. Também são realizadas pequenas cirurgias

ginecológicas (procedimentos ginecológicos de menor porte).

De forma geral, os casos urgentes são encaminhados via malote, com a possibilidade de contato telefônico direto com a técnica de enfermagem responsável, quando necessário. Entre os procedimentos realizados, são priorizados: drenagens, biópsias, suspeitas de câncer de pele e atendimentos a idosos.

O fluxo para biópsias segue o seguinte processo: o encaminhamento é enviado via malote, a coleta é realizada, e o paciente é orientado a retirar o material e entregá-lo ao médico solicitante para a continuidade do tratamento.

9. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS) é um programa voltado para pacientes que necessitam de tratamento especializado em outros municípios, quando os recursos locais não estão disponíveis. O TFD oferece suporte para o deslocamento, hospedagem e alimentação do paciente e, em alguns casos, de um acompanhante, conforme avaliação médica. Regulamentado por normas específicas, o TFD garante o acesso a cuidados de saúde de média e alta complexidade, promovendo a continuidade do tratamento de maneira justa e eficiente.

A documentação para o TFD é encaminhada à Secretaria de Estado da Saúde, representada localmente pela 20ª Regional de Saúde. Esse processo viabiliza consultas e tratamentos em prestadores fora da região, com maior frequência em Curitiba. Também são realizados agendamentos de consultas e exames de média e alta complexidade em cidades como Toledo, Cascavel e Curitiba.

Em casos onde a especialidade ou serviço necessário não é ofertado por nenhum prestador estadual do SUS, há a possibilidade de encaminhamento para fora do estado, por meio do TFD Interestadual, permitindo que o paciente receba o tratamento em centros especializados em outras regiões do país.

10. SISTEMAS UTILIZADOS

- **SIGSS**

O Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) é um sistema próprio do município de Toledo, utilizado para a criação de agendas e realização de agendamentos dentro da rede municipal. Além disso, permite o cadastro de profissionais e o acesso aos prontuários dos pacientes, garantindo a centralização e o gerenciamento eficaz das informações de saúde. Todos os servidores têm acesso ao sistema, com permissões configuradas conforme as atribuições de cada função.

- **IDS Saúde**

O Sistema IDS é uma plataforma própria do Consórcio, por meio da qual são disponibilizadas vagas para exames e consultas especializadas que podem ser agendadas pelo município. O sistema também permite a geração de relatórios e a consulta ao histórico de atendimento dos pacientes, facilitando o gerenciamento e o acompanhamento dos serviços prestados. Todos os servidores têm acesso ao sistema, com permissões configuradas conforme as atribuições de cada função.

- **CARE/GSUS**

O Sistema CARE/GSUS é a plataforma de regulação da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), que disponibiliza consultas pré-operatórias em prestadores hospitalares, além de exames de média e alta complexidade para agendamento pelos municípios da 20ª Regional de Saúde. O acesso ao sistema é concedido aos servidores cujas funções exigem seu uso, garantindo a efetividade no gerenciamento e na continuidade dos atendimentos.

- **E-PROCESSOS**

O Sistema E-Processo é utilizado principalmente pela direção e coordenação para a tramitação de processos e ofícios, além de permitir a

assinatura de documentos quando necessário.

- **HORA EXTRA**

O Sistema de Hora Extra é utilizado pela coordenação e direção para solicitar e autorizar horas extras dos servidores, seja para fins de pagamento, compensação ou outras necessidades.

- **SUPORTE**

O Sistema de Suporte é utilizado para a abertura de chamados técnicos e estruturais, disponível para qualquer servidor que necessite deste serviço.

- **TELE DIAGNÓSTICO - ECG**

O Sistema de Telediagnóstico é usado diariamente pelas técnicas de enfermagem a partir da implementação do Tele Eletrocardiograma por meio do qual são disponibilizados para nós os laudos dos exames realizados.

11. AÇÕES E NORMATIVAS

- **Mutirões de consultas eletivas:**

Realização de mutirões com a utilização de horas extras para os médicos da própria rede, abrangendo especialidades como Ortopedia, Reumatologia, Gastroenterologia, Neuropediatria, Pneumologia, Otorrinolaringologia e Nutrição.

Os mutirões serão realizados nas seguintes datas e horários:

- 26 de outubro de 2024, das 7h às 18h (sábado)
- 09 de novembro de 2024, das 7h às 18h (sábado)
- 23 de novembro de 2024, das 7h às 18h (sábado)
- 30 de novembro de 2024, das 7h às 18h (sábado)
- 07 de dezembro de 2024, das 7h às 18h (sábado)

Essas ações visam agilizar o atendimento e reduzir as filas nas

especialidades mencionadas.

- **Fluxo de Tele Eletrocardiograma**

A Oferta Nacional de Telediagnóstico tem como objetivo expandir o acesso a diagnósticos de exames realizados remotamente nas áreas com maior demanda do país. Esta iniciativa é coordenada pelo Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Núcleos Telessaúde Estaduais e Especialistas, além de Pontos de Telessaúde em estabelecimentos de saúde.

No município de Toledo, o serviço foi implementado em outubro de 2024 e já trouxe melhorias significativas na rotina de atendimento, como a redução das filas de espera e a rápida liberação dos resultados. Durante o mês de outubro, foram realizados 387 exames, dos quais 10 apresentaram resultados alterados e já foram encaminhados para avaliação com um cardiologista na Central de Especialidades.

12. CENTRO DE FISIOTERAPIA

12.1 Estrutura e Funcionamento

Esse espaço multi terapêutico foi construído e equipado por meio de uma ação indenizatória trabalhista coletiva provinda de um frigorífico de grande porte da cidade de Toledo. Foi projetado de forma ideal, com auxílio de profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde da área de fisioterapia e de Práticas Integrativas e Complementares - PIC´S, para melhor atender e adequar o atendimento aos usuários.

O Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Práticas Integrativas e Complementares está localizado na Rua Tomaz de Aquino, lote no 640, quadra no 04, Bairro Vila Pioneiro, possui uma área de 759,85m2.

Sua estrutura conta com recepção, quatro consultórios, uma sala multiuso para atividades coletivas, uma sala de cinesioterapia, uma sala de Fisioterapia Infantil/PediaSuit, salas de eletroterapia (uma feminina e uma

masculina), sala de administração, arquivo, sanitários (femininos, masculinos, adaptados e para funcionários),copa e vestiários.

Seu horário de funcionamento é das 7:30 às 18:00 horas.



12.2 Profissionais atuantes

- 4 Fisioterapeutas para atendimento adulto
- 1 Fisioterapeuta para atendimento infantil
- 1 Enfermeiro acupunturista/ Coordenadora
- 1 Assistente em administração
- 1 Auxiliar em Desenvolvimento Social – ADS
- 1 profissional terceirizado de serviços gerais.

12.3 Objetivo

O Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, tem como objetivo prestar atendimento nas áreas de Fisioterapia em transtornos osteomioarticulares, em Fisioterapia Infantil, Práticas Integrativas e Complementares - PIC´S e práticas desportivas.

Essas práticas, demandam a realização de escuta acolhedora, avaliações

levando em consideração a condição de saúde no aspecto físico, mental, espiritual e social dos indivíduos, com intervenções e reflexões em processos fisioterapêuticos, visando a recuperação, reabilitação, o apoio e autocuidado na promoção da qualidade de vida dos indivíduos.

O Centro tem como missão prestar assistência qualificada a todo cidadão dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde.

12.4 Competências

Responsabilidade Básica

A competência administrativa do Centro é subdividida em dois níveis:

Prefeitura Municipal de Toledo, sendo que esta atenta para questões tributárias da clínica;

Secretaria Municipal de Saúde que atenta para fins legais perante as entidades representativas da Fisioterapia bem como as da Saúde.

Responsabilidade Técnica

A responsabilidade técnica dos atendimentos em Fisioterapia será exercida de acordo com a Resolução COFFITO N° 139, de 28 de novembro de 1992 alterada pela Resolução nº 153/1993, sobre as atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia. O responsável técnico deverá garantir que as práticas terapêuticas oferecidas a terceiros sejam dentro de critérios éticos e científicos válidos; garantindo a clientela, em seu respectivo campo de intervenção ético e científico, uma prática assistencial de validade científica comprovada, coerente com cada caso apresentado.

Quanto às Práticas Integrativas e Complementares, a Responsabilidade Técnica ficará sob a responsabilidade da enfermeira acupunturista (inscrição Coren/PR – Especialista sob no 000.031.725), regida pela Resolução Cofen No 509/2016 e Lei do Exercício Profissional 7498/86.

12.5 Público Alvo

População pertencente ao município de Toledo, que é acompanhada pela Rede de Atenção em Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

12.6 Fisioterapia Adulto

Adultos com disfunções osteomioarticulares, com prioridade para pós - operatório em ortopedia.

12.7 Fisioterapia Infantil

PediaSuit: Crianças de 14 meses até 12 anos, com peso acima de 9 kg e altura acima de 83 cm, com diagnóstico de Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor.

Projeto em parceria com o Ambulatório Materno Infantil- AMI de estimulação precoce para crianças menores de três anos.

12.8 Práticas Integrativas e Complementares

Adultos que realizam atendimento em fisioterapia e população geral, participantes de projetos com a rede de atenção em saúde.

12.9 Práticas Desportivas

Comunidade em geral e pacientes que finalizaram o atendimento fisioterapêutico.

13. Fluxo de encaminhamentos

13.1 Fisioterapia Adulto

Os encaminhamentos de fisioterapia da rede de atenção à saúde do SUS são enviados para a Central de especialidades, por meio de malotes das unidades básicas de saúde. Chegando na Central de Especialidades, o profissional responsável pelo agendamento de sessões de fisioterapia separa

esses encaminhamentos, priorizando os pós-operatórios em ortopedia e fraturas. Algumas unidades básicas de saúde enviam os encaminhamentos diretamente por malote para o centro de fisioterapia, conforme descrito no Anexo A.

13.2 Fisioterapia Infantil

Para a realização do PediaSuit, é necessário o encaminhamento médico por Pediatras ou Neurologistas da rede SUS, conforme fluxo no Anexo B. Após encaminhamento, será realizada uma avaliação pelo fisioterapeuta para definir se a criança atende aos critérios para realizar o protocolo PediaSuit.

Do atendimento infantil em parceria com AMI, os encaminhamentos dos médicos pediatras são enviados diretamente por malote.

13.3 Agendamento, atendimento e faltas

13.3.1 Fisioterapia Adulto

O agendamento das sessões de Fisioterapia será realizado após a separação dos encaminhamentos pela Central de Especialidades e o administrativo do Centro entrará em contato com o paciente e esse, aceitará a vaga.

No primeiro atendimento o paciente será avaliado pelo fisioterapeuta por meio de uma ficha de avaliação e será definido o plano de tratamento.

Os atendimentos terão duração de aproximadamente 30 a 45 minutos e a frequência e quantidade de sessões serão de acordo com o pedido médico. No mínimo serão ofertados 10 (dez) atendimentos, e no máximo 30 (trinta).

O paciente que faltar ao atendimento por 2 (duas) vezes, sem justificativa plausível, será retirado da agenda, desligado do programa e registrado no sistema de informação municipal MV-SIGSS, em interação: “falta sem justificativa”. Seguindo a Instrução Normativa Nº 011/2022 – SMS.

Em caso de desistência do tratamento, o paciente deve comunicar o profissional para que sua vaga seja repassada a outro paciente.

13.3.2 Fisioterapia Infantil

O agendamento para início do Protocolo Pediasuit, será determinado pela ordem dos encaminhamentos médicos e priorizados os pacientes novos, que nunca realizaram o protocolo.

Após agendamento, os pacientes serão avaliados pelo Fisioterapeuta. Será necessário para essa avaliação, uma radiografia de quadril e coluna dos últimos 6 (seis) meses anteriores à avaliação.

Após a avaliação, não havendo contraindicações do método, realizaram o protocolo adaptado, durante 4 (quatro) semanas, de segunda a sexta, com duração de 2 (duas) horas diariamente.

Após o término do protocolo, para realizar novo ciclo, será necessário um novo encaminhamento médico. Limita-se à realização do protocolo, duas vezes no ano para cada paciente.

Em relação às faltas, o paciente que faltar ao atendimento por 3 (três) vezes consecutivas sem justificativa, perderá a vaga, precisando de novo pedido médico e aguardar novo agendamento para dar continuidade ao tratamento.

Em caso de desistência do tratamento, o paciente deve comunicar o profissional para que sua vaga seja repassada a outro paciente.

Em relação aos atendimentos de estimulação precoce, o agendamento será determinado pela ordem de chegada desses encaminhamentos. Os pacientes serão avaliados e serão atendidos por 10 (dez) sessões, realizadas de forma semanal. Todas as faltas serão registradas no campo “interação” e será orientado ao responsável sobre as faltas dos pacientes agendados que seguirão as instruções da Normativa Administrativa da Central de Especialidades, publicada em Órgão Oficial eletrônico no dia 28/07/2022.

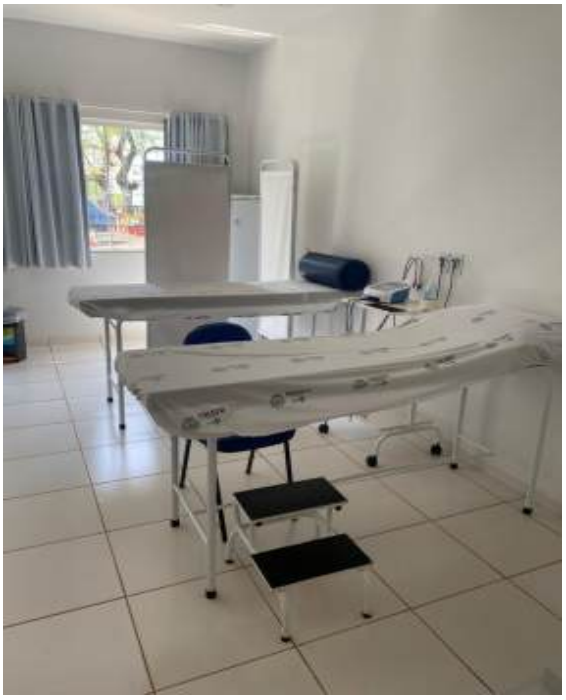
13.4 Atividades Desenvolvidas

13.4.1 Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia

A fisioterapia aplicada em ortopedia e traumatologia atua na prevenção e no tratamento de distúrbios do sistema musculoesquelético, sejam eles crônicos ou agudos. E esta engloba estes principais recursos:

Eletroterapia

A eletroterapia é um recurso fisioterápico amplamente utilizado como adjuvante na reabilitação dos mais diversos tipos de patologias. Sua técnica consiste em utilizar correntes elétricas de baixa intensidade através de eletrodos que são aplicados diretamente na pele. Durante uma sessão de fisioterapia é comum o uso de, pelo menos, um equipamento de eletroterapia para ajudar no controle da dor, espasmo, melhorar a irrigação sanguínea, acelerar a cicatrização da pele e a regeneração de outros tecidos.



**sala de eletroterapia*

Cinesioterapia

É um tipo de terapia que utiliza movimentos, sendo também dada como um exercício terapêutico. Seus principais objetivos são: tratar ou prevenir comprometimentos; melhorar, restaurar ou aumentar a função física; otimizar o preparo físico e a saúde geral. Essas sessões serão registradas no SIGSSAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Fisioterapeuta	0301010048	*Ambulatorial*: Consulta de profissionais de nível superior na atenção	Utilizado na primeira avaliação. Procedimento será agendado.
Fisioterapeuta	0099170720	*Ambulatorial*: Orientações de	Descrição do tipo de orientação repassada.
Fisioterapeuta	0002060030	*Ambulatorial*: Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	Número da sessão que o paciente está fazendo e tipo de exercício.



*sala de cinesioterapia

13.4.2 Isostretching

O Isostretching é um método criado por Bernard Redondo, que consiste na execução de posturas de alongamento durante uma expiração prolongada, que se realiza simultaneamente com contrações da musculatura vertebral profunda.

Esta é uma técnica completa, que consiste na realização de exercícios, que têm como função melhorar a flexibilidade e fortalecer os diferentes grupos musculares do corpo, através de exercícios adequados, desenvolvendo a consciência de posições corretas da coluna e, também, da capacidade respiratória.

Essas sessões serão registradas no SIGSSAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Fisioterapeuta	0002060030	*Coletivo:* Atendimento *fisioterapêutico nas alterações motoras*	Número da sessão que o paciente está fazendo e tipo de exercício.



*Grupo de Isostretching

13.4.3 Fisioterapia Infantil

A fisioterapia infantil é uma área clínica da fisioterapia que visa o atendimento de crianças com disfunções neurológicas, ortopédicas ou respiratórias, buscando sempre a promoção, manutenção e reabilitação da saúde.

O objetivo nesta área é estimular as habilidades motoras e promover autonomia para as crianças nas atividades de vida diária.

Dentre as condutas/técnicas utilizadas pelo fisioterapeuta estão exercícios de fortalecimento global, alongamentos, brincadeiras lúdicas e exercícios para postura, equilíbrio e coordenação motora. Além disso, existem métodos e equipamentos para auxiliar na reabilitação dos pacientes, dentre eles destaca-se o PediaSuit.

O PediaSuit é um método que associa o uso do macacão terapêutico com exercícios intensivos, que permitem que as habilidades praticadas se automatizem e sejam realizadas com menos esforço. O conceito básico do PediaSuit é o de criar uma unidade de suporte para alinhar o corpo o mais próximo do funcional possível, restabelecendo o correto alinhamento postural e a descarga de peso que são fundamentais na modulação do tônus muscular, da função sensorial e vestibular. Neste contexto, facilita o desenvolvimento de novas habilidades motoras como sentar, levantar e caminhar.

É indicado para tratamento de indivíduos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, de origem variadas, dentre elas Encefalopatia Crônica não progressiva, Síndrome de Down, Mielomeningocele ou outras condições que afetam as funções motoras ou sensoriais de uma criança.

Contraindicações para realização do método:

- Luxação do quadril com proibição médica ou que cause dor;
- Escoliose superior a 45 graus;
- Osteoporose;
- Pressão Arterial elevada;
- Doenças cardíacas como Comunicação interatrial, exceto quando corrigida com cirurgia e liberação médica;
- Alterações vasculares graves;
- Distrofias Musculares Progressivas.

Algumas condições requerem uma análise mais criteriosa, dos médicos e do Fisioterapeuta, para definir a indicação ou não do método:

- Atividades convulsivas descontroladas;
- Hidrocefalia com derivação Shunt;

- *Diabetes mellitus* (requer orientação médica sobre o controle da glicemia durante a terapia), glicemia capilar acima de 210mg/dl não será realizado;
- Pacientes Hepáticos e Renais;
- Espasticidade Severa com deformidades articulares;
- Pacientes com Bomba de Baclofeno;
- Traqueostomia;
- Gastrostomia.

Essas sessões serão registradas no SIGS SAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Fisioterapeuta	2060030	*Ambulatorial*: Terapia intensiva Pediasuit	Número da sessão que o paciente está fazendo e breve evolução.



sala de fisioterapia infantil

13.4.4 Práticas Integrativas e Complementares PIC's

Acupuntura sistêmica

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de

modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. A estimulação desses pontos provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária. Dentre as principais indicações de acupuntura destaca-se sua aplicabilidade nos processos dolorosos.

As sessões de acupuntura serão realizadas pelos fisioterapeutas habilitados e enfermeira acupunturista.

Essas sessões serão registradas no SIGSS, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Enfermeiro Fisioterapeuta	309050022	*Ambulatorial*: Sessão de *acupuntura com inserção de agulhas*	Número da sessão que o paciente está fazendo e breve evolução.
Enfermeiro Fisioterapeuta	0301010048	*Ambulatorial*: Consulta de profissionais de nível superior na atenção	Utilizado na primeira avaliação. Procedimento será agendado.

Acupuntura auricular – auriculoterapia

A auriculoterapia, como sendo parte de um dos procedimentos da acupuntura, é uma técnica reconhecida pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

A auriculoterapia pode ser utilizada em diversos problemas físicos e psíquicos. É uma técnica de fácil manuseio e com boa aceitação pelo paciente.

Tem como fundamento a estimulação de pontos específicos presentes

na aurícula fazendo um reflexo direto sobre o cérebro e, através deste, sobre todo o organismo. O terapeuta faz uma avaliação, elege os pontos específicos e insere agulhas semipermanentes ou esferas (sementes e outros) que permanecerão alguns dias, conforme orientação.

As sessões de auriculoterapia serão realizadas pelos fisioterapeutas habilitados e enfermeira acupunturista.

Essas sessões serão registradas no SIGS SAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Enfermeiro Fisioterapeuta	309050049	*Ambulatorial*: Sessão de *auriculoterapia*	Número da sessão que o paciente está fazendo e breve



Sessão de Acupuntura

Plantas medicinais e fitoterápicos

Conforme avaliação individual, poderá ser indicado, pela enfermeira, aos usuários acompanhados pelo Centro, o uso de plantas medicinais na forma de planta rasurada para preparo de chás e na forma de medicamentos fitoterápicos, conforme os protocolos instituídos no município sobre Fitoterapia.

Essas atividades serão registradas no SIGSSAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Enfermeiro	0309050200	*Ambulatorial:* Tratamento *fitoterápico*	Planta indicada, posologia e tempo de tratamento.
Enfermeiro	101010028	*Coletivo:* Atividade *educativa/ orientação em grupo na atenção especializada*	Tema, local, público alvo e número de participantes.
No registro da atividade coletiva, incluir na opção "Temas para Saúde" opção: 08-Plantas medicinais/fitoterapia			

Reiki

O Reiki é uma técnica holística de harmonização do corpo, da mente e do espírito, com raízes no oriente, que age na matéria física e também no psiquismo das pessoas, auxiliando a conexão com o seu verdadeiro "EU", trazendo o bem-estar físico, mental, emocional e espiritual.

O Reiki é um sistema de cura natural e holístico, que eleva a frequência vibratória e auxilia a conexão com nossa espiritualidade, incentivando a pureza de sentimentos. A técnica Reiki é caracterizada pela imposição das mãos com o objetivo de restabelecer o equilíbrio vibracional do corpo, gerando alterações no campo mental, emocional e espiritual.

O Reiki é uma prática integrativa e complementar (PIC). Foi reconhecido em 2017, pelo Ministério da Saúde, por meio da PORTARIA nº 849/2017, que ampliou o rol de práticas integrativas e complementares aprovadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006.

As sessões de Reiki se darão a partir da avaliação feita pelo profissional dos pacientes que já estão sendo atendidos e acompanhados no serviço.

Essas sessões serão registradas no SIGSS, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Enfermeiro	309050162	*Ambulatorial*: Sessão de *imposição de mãos*	Número da sessão que o paciente está fazendo e a seguintes descrição: Aplico Reiki (Portaria MS Nº 849, de 27 de março de 2017).

Meditação

A Meditação consiste em uma prática mental individual que treina a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. Tal prática desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, ensinando a não se deixar influenciar por eles e compreendendo-os como fluxos mentais. Coloca o indivíduo num local de equilíbrio e leveza, no centro de si mesmo (BRASIL,2018).

As práticas de meditação e relaxamento ocorrem na finalização do grupo de *isostretching* e de maneira semanal, aberta à comunidade geral.

Essas sessões serão registradas no SIGS SAÚDE, conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Enfermeiro Fisioterapeuta	101050070	*Ambulatorial*: Sessão de *meditação*	A critério do profissional



*Sessão de meditação

13.4.5 Práticas Corporais / Atividades Físicas

Atividades Aquáticas

Visando o incentivo a prática de atividades físicas e a sua relação direta com a qualidade de vida, bem como o papel fundamental da atividade física como meio de tratamento secundário a diversas limitações físicas, o projeto disponibilizará atividades aquáticas aos usuários (as) diretamente referenciados (as) pela Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares e à comunidade em geral, junto à Piscina Municipal Aldo Belo.

Em seu rol de atividades, terão exercícios para o fortalecimento de músculos posturais, respiratórios e locomotores ajudando, inclusive, no bom funcionamento do sistema cardiocirculatório, exercícios para desenvolvimento da resistência muscular localizada, exercícios de força muscular, exercícios de flexibilidade, bem como atividades de recreação aquática para estimular o convívio social.

A curto prazo, as atividades aquáticas, pretendem estimular a prática de atividade física também no espaço de lazer, convívio social e diminuição da dor decorrente das limitações físicas, bem como enfatizar o prognóstico favorável que a atividade física contínua provoca em ganhos de bem-estar geral de saúde.

A longo prazo, pretende-se melhorar o condicionamento físico dos usuários (as), podendo evitar, na maior parte dos casos, a prevenção de doenças e sua consequente busca por consultas e tratamentos rotineiros.

E mais especificamente, tende a diminuir episódios de dor, relacionados às articulações e músculos, maior disposição pessoal, melhoria da autonomia física, circulação sanguínea, função pulmonar, dos níveis pressóricos, dos níveis glicêmicos, dos níveis glicídicos e redução do estresse, ansiedade e depressão.

O fluxo dessas atividades se dará da seguinte maneira: após o término do processo de Reabilitação Fisioterapêutica, o usuário será encaminhado pelo fisioterapeuta para a atividade em questão, fazendo essas atividades como pós-recuperatório por um determinado número de sessões. Para a comunidade

em geral, será feito divulgação nas Unidades básicas de saúde, o (a) interessado (a) deverá dirigir-se ao Centro de fisioterapia e realizar sua inscrição, deixando seu nome e telefone para contato. Ambos os públicos necessitarão providenciar um Atestado Médico Dermatológico, com validade de 90 dias.

A princípio, serão oferecidas duas aulas por semana para o grupo pós atendimento fisioterapêutico e uma vez na semana para a comunidade em geral, pois o espaço é compartilhado com as atividades da Secretaria de Esportes e Lazer.

As atividades desenvolvidas neste grupo serão registradas no SIGSS conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Profissional de Educação Física na Saúde	101010036	*Coletivo*: Prática Corporal / Atividade Física em Grupo	Atividade física realizada e identificação dos usuários presentes.

Treino de Força e Mobilidade

Atividades destinadas a aumentar a força, a flexibilidade corporal e melhorar a mobilidade corporal, com movimentos diversos, utilizando do próprio peso corporal, ou demais acessórios disponíveis. Para tal finalidade, este grupo será composto por atividades de ginástica localizada (máquinas, peso corporal, halteres), mobilidade (thera band, colchonetes, peso corporal) e alongamentos.

Através destes, busca-se incentivar a adoção de estilo de vida saudável, melhorar condicionamento cardiovascular, melhorar as habilidades psicomotoras (agilidade, equilíbrio e coordenação), promover o autocuidado, a socialização e manter níveis de autonomia.

O fluxo dessas atividades se dará da seguinte maneira: após o término do processo de Reabilitação Fisioterapêutica, o usuário será encaminhado pelo fisioterapeuta para a atividade em questão, fazendo essas atividades como pós recuperatório por um determinado número de sessões. Para a comunidade em geral, o (a) interessado (a) deverá entrar em contato direto com o professor e realizar sua inscrição, deixando seu nome e telefone para contato.

A princípio, serão ofertadas duas aulas por semana para a comunidade em geral (segundas e quartas feiras) e uma vez na semana (sexta-feira), para o grupo do pós atendimento fisioterapêutico.

As atividades desenvolvidas neste grupo serão registradas no SIGSS conforme segue:

CBO	Código	Procedimento	Observação
Profissional de Educação Física na Saúde	101010036	*Coletivo:* Prática Corporal / Atividade Física em Grupo	Atividade física realizada e identificação dos usuários presentes.

TEMAS A DELIBERAR

- Articulação com o proprietário do imóvel em que se localiza a Central de Especialidades para possível adequação do local e/ou ampliação de telhado/passarela que se conecte até a copa/cozinha externa - ofício nº 99/2024 e;
- Enfermeiro Responsável Técnico no período vespertino.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

HISTÓRICO

1. CONFIGURAÇÃO DA REDE ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

O município de Toledo, em conformidade com o Ministério da Saúde – BRASIL (2017), oportuniza o acesso aos serviços de saúde mental através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São componentes da RAPS no município de Toledo: Atenção Primária em Saúde (APS); os serviços de atenção psicossocial especializada: Ambulatório de Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS infantil); atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA, PAM); atenção hospitalar (via Central de Regulação de Leitos); leitos de desintoxicação no SIM PR-CAPS AD III (CISCOPAR) e vagas em Comunidades Terapêuticas (ambos via encaminhamento pelo CAPS AD municipal).

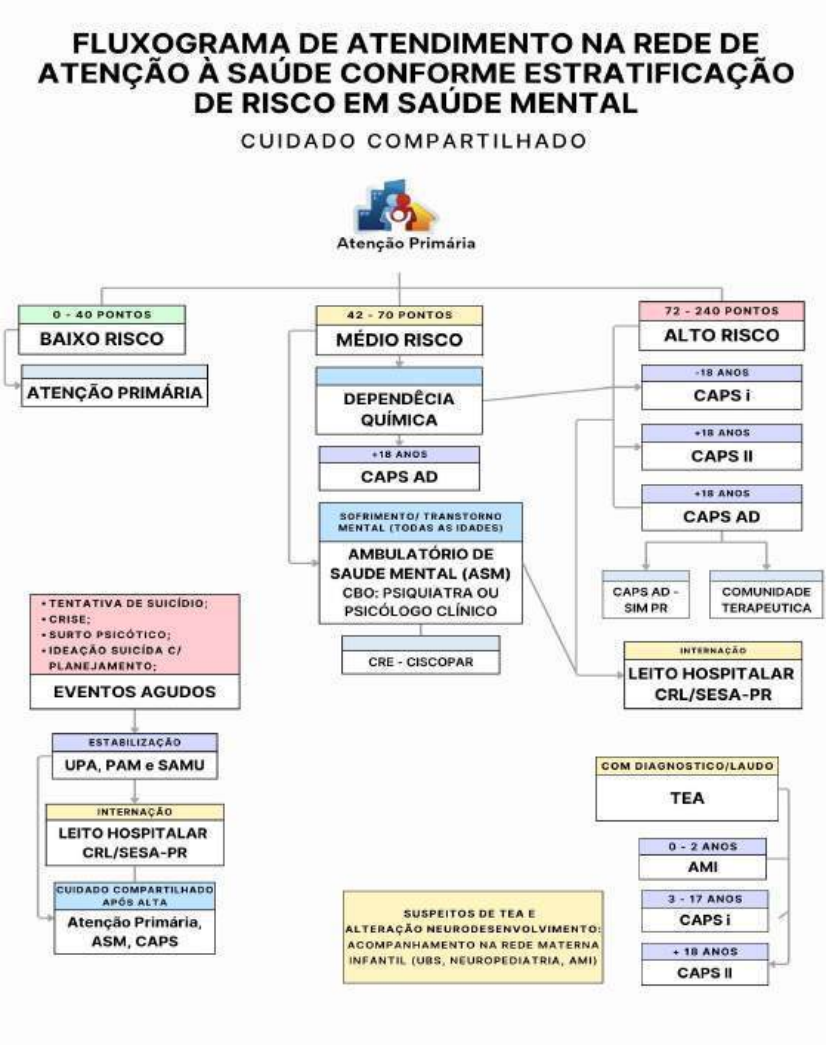
Segundo a Nota Técnica de Saúde Mental para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco nos Processos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2021), o cuidado em saúde mental se inicia quando o usuário é identificado com algum sofrimento psíquico pelas equipes da APS, e seu acesso aos cuidados em saúde é viabilizado. Ao identificar um caso, os profissionais da APS estratificam, identificando o tipo de cuidado necessário e qual equipamento da rede é o mais adequado para o cuidado daquele caso.

Como instrumento para a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), o município de Toledo utiliza o proposto pela SESA PR, que foi instituído em 2014 e teve a nova versão aprovada em 2021 pela CIB-PR (Deliberação 254 de 27 de outubro de 2021). Os profissionais de nível superior da APS, através da ERSM, identificam sinais e sintomas apresentados pelo paciente, indicando uma pontuação que estabelece o grau de risco, e consequentemente, com qual serviço especializado o cuidado será compartilhado.

Conforme Instrutivo para Aplicação do Instrumento de Estratificação de

Risco em Saúde Mental (SESA PR), “orienta-se que casos de risco baixo sejam atendidos na APS, enquanto que o risco médio e alto seja atendido na atenção especializada em saúde mental, que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Ambulatórios”. O referido documento também indica que os “profissionais de saúde dos pontos de atenção especializados em saúde mental podem utilizar o instrumento para avaliar o impacto da condição de saúde mental, assim como embasar a transição entre os níveis de cuidado, embora regularmente possuam qualificação técnica suficiente para prescindir do mesmo”.

Através da ERSM proposta pela SESA PR obtêm-se a pontuação que indica um grau de risco: Baixo Risco: 00 – 40 pontos; Médio Risco: 42 – 70 pontos; Alto Risco: 72 – 240 pontos. No município de Toledo, conforme o grau de risco pontuado, o cuidado do paciente poderá ser compartilhado com rede especializada disponível, conforme fluxograma a seguir.



Cabe informar que, após implantação prevista para os meses de novembro e dezembro de 2024, do Centro Especializado de Reabilitação (CER II) na estrutura do Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, como serviço pertencente a Rede de Atenção Especializada, e que passará a atender as demandas de pessoas com deficiências físicas e intelectuais no município de Toledo, incluindo as com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

2. SERVIÇOS DA REDE ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL

2.1 AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

O Ambulatório de Saúde Mental - Dr Orlando Serpa, atende todas as faixas etárias com transtornos mentais moderados, com Estratificação de Risco em Saúde Mental de Médio Risco. Endereço: Rua Carmelita Nodari, 132, Jardim Gisela. Horário de funcionamento: Segundas às sextas-feiras das 07h às 18h. Telefone: 3196-3036 3196-3037

2.1 CAPS II

O Centro de Atenção Psicossocial - Dr. Jorge Nisiide “Lugar Possível” realiza atendimentos destinados a adultos com Transtornos Mentais Graves e/ou Persistentes, com Estratificação de Risco em Saúde Mental de Alto Risco. Este serviço está habilitado no Ministério da Saúde e recebe recurso mensal referente a Portaria GM/MS 660/2023, no valor de Caps II: R$42.056,00. Endereço: Rua Almirante Barroso, 2490, Centro (Nova sede, alugada em 2023). Horário de funcionamento: Segundas às sextas-feiras das 07h às 18h. Telefone: (45)3196-3065 e WhatsApp: (45)99972-2956

2.3 CAPS AD

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas "Bem Viver" -

Dr Renan dos Santos Tortajada, realiza atendimentos destinados a adultos em uso e abuso de Álcool e outras drogas, com Estratificação de Risco em Saúde Mental de Médio e Alto Risco. Este serviço está habilitado no Ministério da Saúde e recebe recurso mensal referente a Portaria GM/MS 660/2023, no valor de Caps II: R$50.564,00. Endereço: Rua Dom Pedro II, n° 1849, Centro (Nova sede alugada em 2023). Horário de funcionamento: Segundas às sextas-feiras das 07h às 18h. Telefone: (45)3196-3060, WhatsApp: (45)99153-5455

2.4 CAPS i

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil "Um Novo Olhar" - Dr. Rafael Azambuja Patiño Cruzatti , realiza atendimentos destinados a crianças e adolescentes em uso e abuso de Álcool e outras drogas com Estratificação de Risco em Saúde Mental de Médio e Alto Risco, e pacientes com Transtornos Graves e/ou Persistentes, com Estratificação de Risco em Saúde Mental de Alto Risco. Este serviço está habilitado no Ministério da Saúde e recebe recurso mensal referente a Portaria GM/MS 660/2023, no valor de Caps II: R$40.840,00. Endereço: Rua Guarani nº 2928, Jardim La Salle. Horário de funcionamento: Segundas às sextas-feiras das 07h às 18h. Telefone: (45)3196-3070 / (45)3196-3071, WhatsApp: 99145-3960

CAPS i
Centro de Atenção Psicossocial Infantil
UM NOVO OLHAR

3. DADOS DE ATENDIMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Em 2021 os atendimentos nos serviços de saúde mental estavam suspensos parcialmente devido ao Plano de Contingência contra a COVID-19, mantendo atendimentos emergenciais e monitoramentos dos pacientes através de recursos de comunicação. Em decorrência da necessidade de monitoramento através de contato telefônico e pelo aplicativo Whatsapp (amplamente utilizado pela população), em 2021 cada serviço recebeu um celular. Dessa forma, também foi possível realizar teleconsultas e reuniões online.

Em 2021 foram organizadas ações de apoio às Unidades de Pronto

Atendimento Municipal e Unidades Sentinelas, sendo ofertado grupos com psicólogos e práticas integrativas e complementares para as equipes que atuavam nestes serviços. A importância dessa ação foi reconhecida com o recebimento do Prêmio Protagonista COREN-PR 2021.

O impacto da suspensão parcial dos atendimentos atingiu a organização do processo de trabalho, com a suspensão de grupos, reuniões de equipe e quantitativo de atendimentos. Nas apresentações dos relatórios quadrimestrais é possível acompanhar a retomada dos atendimentos e o constante aumento de encaminhamentos e atendimentos nos serviços da rede especializada de Saúde Mental.

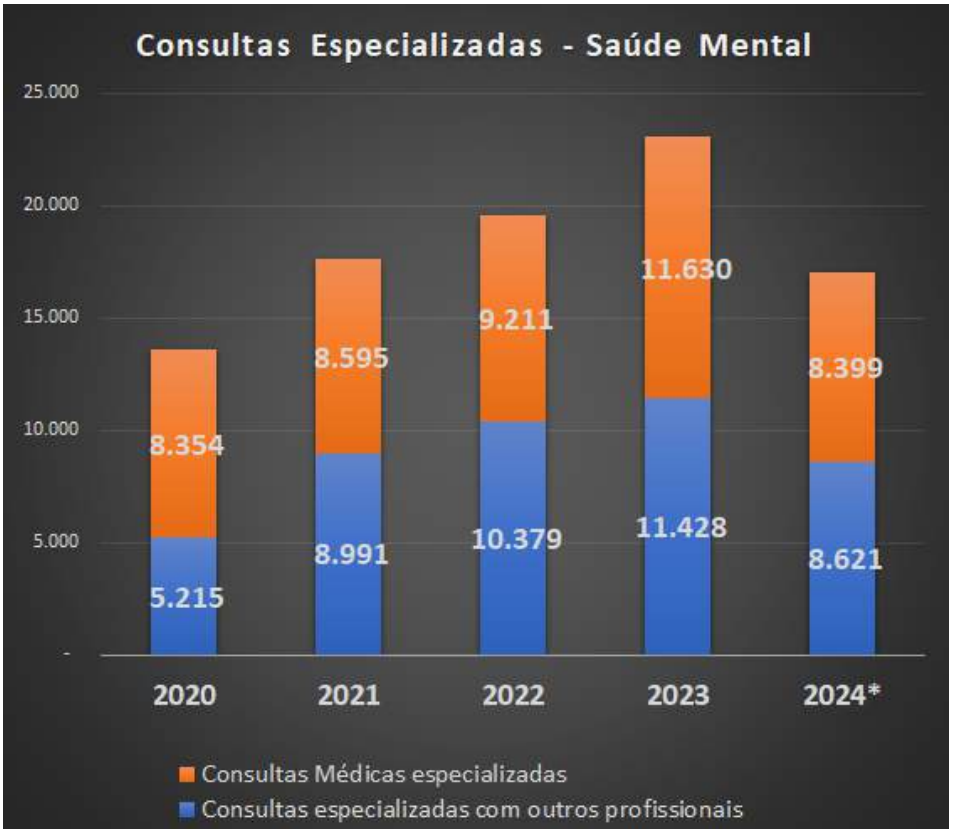
Em 2024 a epidemia de dengue também impactou nas ações de matriciamentos, devido à suspensão de reuniões de equipe nos serviços da APS.

Os dados a seguir são apenas dos atendimentos nos quatro serviços especializados de saúde mental, não estão incluídos os dados dos atendimentos no CISCOPAR (fonoaudiologia, psicologia e psiquiatria).

ATENDIMENTOS (ASM, CAPS II, CAPS AD e CAPS infantil)	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024 (jan à ago)**
Consultas com médicos (psiquiatras e clínicos com especialização em psiquiatria)	8.354	8.595	9.211	11.630	8.399
Consultas especializadas com outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapêuticas ocupacionais, assistentes sociais, educador físico)	5.215	8.991	10.379	11.428	8.621
Procedimentos ambulatoriais (aferição de sinais vitais, visita domiciliar, etc)	20.351	26.793	16.058	22.549	15.479
Procedimentos coletivos (grupos, oficinas, palestras, reuniões inter e intrasetoriais)	358	571	971	1.658	1.177
Interação com usuário (Ferramenta nova implantada em Out/2021. São registrados: enc. De Especialidades, Buscas ativas, Orientações aos pacientes, etc)	0	0	14.873	17.451	10.208
Matriciamentos	61	74	58	56	17

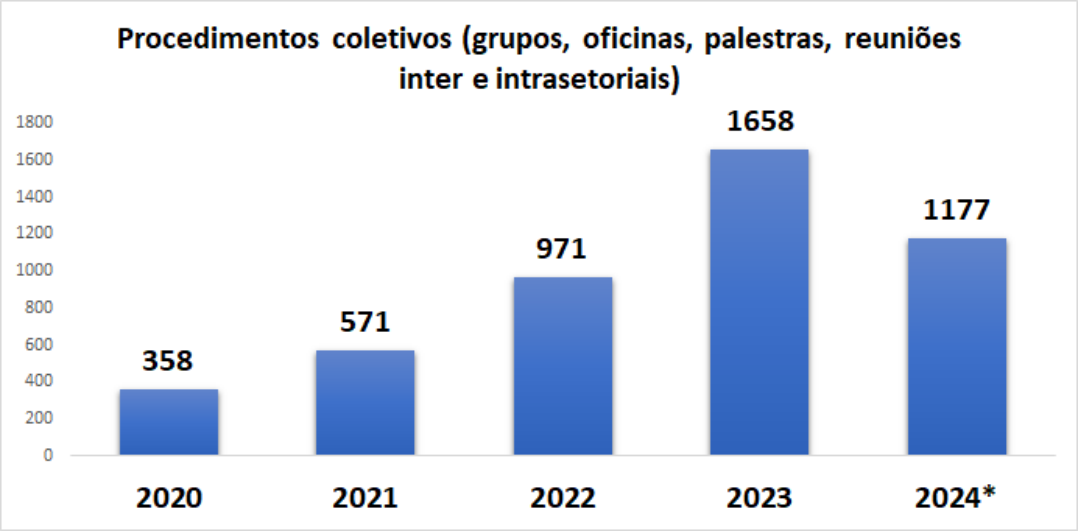
Fonte: Audiência Pública Municipal.2020-2023. * 2024 - 1ºQD e 2ºQD

Gráfico Consultas Especializadas (Departamento de Saúde Mental)



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral *2024 - 1º e 2º QD

Gráfico Procedimentos Coletivos (Departamento de Saúde Mental)



Fonte: Audiência Pública Quadrimestral *2024 - 1º e 2º QD

4. RECURSOS HUMANOS

PROFISSIONAIS	2020 (dezembro)	2024 (até agosto)
Psiquiatra	4 (20 h/semanais)	7 (20 h/semanais)*
Clínico geral (com especialização em psiquiatria ou saúde mental)	1 (30 h/semanais) 1 (14h/semanais)	1 (30 h/semanais) 2 (20 h/semanais)
Psicólogo	14 (30 h/semanais)	14 (30 h/semanais)
Enfermeiro	5 (30 h/semanais)	6 (30 h/semanais)
Técnico de enfermagem	6 (30 h/semanais)	6 (30 h/semanais)
Fonoaudiólogo	5 (30 h/semanais)	5 (30 h/semanais)
Terapêutica ocupacional	4 (30 h/semanais)	5 (30 h/semanais)
Assistente social	4 (30 h/semanais)	8 (30 h/semanais)
Assistente em desenvolvimento social	5 (40 h/semanais)	5 (40 h/semanais)
Educador físico	0	1 (20 h/semanais)**
Assistente em administração	4 (40 h/semanais)	4 (40 h/semanais)
Total de profissionais	53	64

Nota: * 2 profissionais possuem 2 vínculos de 20h/semanais.
** divide a carga horária entre os 3 CAPS.

4.1 ASM

Em 2021, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional e 1 fonoaudióloga são removidos para a equipe multidisciplinar do AMI. Esses profissionais não foram repostos. Em 2022 ocorreu a contratação de 1 assistente social e 1 psiquiatra (reposição do óbito 2019). Em 2024 teve a exoneração de 1 fonoaudióloga, sendo reposta no CAPS infantil devido grande demanda de atendimento para crianças com deficiência (TEA).

- CONFIGURAÇÃO ATUAL: 2 psiquiatras, 1 médico clínico especialista em saúde mental, 7 psicólogos, 2 fonoaudiólogos, 2 assistentes sociais, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social na função de administrativo, 2 estagiários de psicologia na função assistente administrativo, 2 serviços gerais (servidores), 1 coordenação (C.C.)
- Histórico sobre EMAESM: Conforme a Portaria do MS nº. 3.588 de 2017 e as Portarias de Consolidação nº.03 e nº.06 de 2017, houve a criação

das Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) componente da Linha de Cuidado em Saúde Mental destinado à atenção integral para pessoas com transtornos mentais moderados, constituindo ponto de atenção psicossocial especializada. Com objetivo de prestar atenção multiprofissional em saúde mental, de forma acolhedora e efetiva, respondendo às necessidades de atendimento especializado identificada pela atenção primária à saúde (APS), que atendam os casos estratificados como médio risco, ou seja, casos de risco intermediário entre os atendidos pela APS e pelo CAPS. A partir da portaria supracitada, o ASM em meados de 2019 contemplava aos quesitos necessários para habilitação de 1 (uma) EMAESM tipo 1, contudo, iniciado o processo de habilitação, ocorreu o óbito em 2019 do Médico Psiquiatra Dr Orlando César Cordeiro de Melo Serpa, impossibilitando assim cumprir os requisitos referente a composição de categoria profissional e carga horária necessária. Não foi possível a reposição desse profissional entre 2019 e 2021 devido a Lei Complementar (LC) nº 173, de 27 maio de 2020 que suspendia a realização de concurso público e contratação de novos servidores. No ano de 2023, com a reposição do médico psiquiatra e contratação de mais um profissional assistente social, iniciou-se o processo para habilitação de 2 (duas) equipes tipo 2. Contudo, ainda em 2023, houve a revogação da Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, através da portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, não sendo mais possível habilitar EMAESM.

4.2 CAPS II

Em 2022 ocorreu a contratação de 1 assistente social. Em 2023 a contratação de 1 psiquiatra e 1 psicólogo, e destinada carga horária de médico clínico especialista em saúde mental e de educador físico. Em 2024 ocorreu a remoção de 1 assistente social que assumiu a função de coordenação geral do departamento de saúde mental e não foi reposta.

- CONFIGURAÇÃO ATUAL: 2 psiquiatras, 1 médico clínico especialista em saúde mental (10 h/semanais), 3 psicólogos, 2 enfermeiros, 2 terapêutas ocupacionais, 1 assistente social, 1 educador físico (2 h/semanais), 1 auxiliar administrativo, 2 técnicos em enfermagem, 2 estagiários de psicologia na função auxiliar administrativo, 1 agente em desenvolvimento social, 1 serviços gerais terceirizado (todo o prédio), 1 voluntária monitora da oficina de música, 1 coordenação (C.C)

4.3 CAPS AD

Em 2021 falecimento de 1 médico clínico (6h/semanais) e reposição de 1 médico clínico (20h/semanais), 1 enfermeira do serviço assume a coordenação do serviço. Em 2024 ocorre a contratação de 1 assistente social e 1 enfermeiro, e a enfermeira retorna para a sua função assumindo um novo coordenador.

- CONFIGURAÇÃO ATUAL: 1 psiquiatra, 1 médico clínico (20h/semanais), 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 terapeuta ocupacional, 2 técnicos em enfermagem, 2 enfermeiros, 2 estagiários de psicologia na função auxiliar administrativo, 1 auxiliar em desenvolvimento social, 1 auxiliar administrativo, 1 serviços gerais terceirizado e 1 coordenação (CC).

4.4 CAPS infantil

Em 2021 teve a aposentadoria da psicopedagoga, a qual não foi reposta, e iniciou um clínico geral (20h/semanais) e 1 assistente social. Em 2022 iniciou 1 fonoaudiólogo e 1 terapeuta ocupacional. Em 2024 entrou 1 fonoaudiólogo.

- CONFIGURAÇÃO ATUAL: 2 psiquiatras, 1 clínico geral (10h/semanais), 2 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 3 fonoaudiólogas, 2 psicólogas, 2 auxiliares em desenvolvimento social, 2 técnicos de enfermagem, 2 terapeutas ocupacionais, 1 assistente administrativo, 2 estagiários de psicologia na função auxiliar administrativo, 1 serviços gerais terceirizado, 1 coordenação (CC).

4.5 Direção da Rede de Atenção à Saúde Mental

Em 2020 havia apenas a função de direção (FG 10), em 2023 inicia médico regulador, atuando vinculado ao CAPS II (20h/semanais), e em 2024 inicia o coordenador geral da rede de atenção à Saúde Mental (FG 07), sendo esta função criada em decorrência da necessidade de apoio a direção devido ao grande volume de atividades a serem realizadas em âmbito da gestão dos serviços de saúde mental.

4.6 CARGOS, FUNÇÕES GRATIFICADAS, TERCEIRIZADOS, PROCESSO SELETIVOS E ESTÁGIOS REMUNERADOS

4.6.1 Cargos e funções Gratificadas:

- Direção da Rede de Atenção à Saúde Mental: FG-10
- Coordenação geral da Rede de Atenção à Saúde Mental: FG-07
- Coordenação Ambulatório de Saúde Mental: CC3
- Coordenação CAPS II: CC3
- Coordenação CAPS AD: CC3
- Coordenação CAPS infantil: CC3

4.6.2 Terceirizados:

- Serviços Gerais: Welt no CAPS II e CAPS AD, Sarábia no CAPS infantil.
- Coleta de lixo hospitalar pela Servioeste

4.6.3 PSS:

- Médico Clínico 10 h/semanais CAPS II e 10 h/semanais CAPS infantil, substituindo atestado de 120 dias do Dr Maikel Finn, previsão de início em novembro de 2024.

4.6.4 ESTÁGIOS REMUNERADOS

- 8 Estagiários de psicologia na função de assistente administrativo.

5. DEMANDA ATUAL E LISTA DE ESPERA

5.1 ASM (outubro/2024): 2.031 pacientes ativos e em lista de espera:

Psiquiatria: 306 pacientes.

- Agendamento de 1ª consulta para Março de 2025.

Psicologia:

- Acolhimento: 253 pacientes.
- Psicoterapia: 137 pacientes.

Fonoaudiólogo:

- Acolhimento/avaliação fonoaudiológica: 202 pacientes.
- Fonoterapia: 363 pacientes.

5.2 CAPS II (outubro/2024) 899 pacientes ativos e em lista de espera:

- Acolhimento: 161 pacientes.
- Psicologia: 78 pacientes para atendimento individual.
- Médico: agendamentos de 1ª consulta para Janeiro de 2025.

5.3 CAPS AD (outubro/2024): 703 pacientes ativos e em lista de espera:

- Acolhimento: não há lista de espera, pois há atendimento para demanda espontânea e os que vem com estratificação de risco são agendados para acolhimento.
- Psicologia: 29 pacientes para atendimento individual e 10 para atendimento em grupo.
- Médico: agendamentos de 1ª consulta para 30 dias.

5.4 CAPS infantil (outubro/2024): 608 pacientes ativos e em lista de espera:

- Acolhimento: 297 pacientes
- Psicologia: 138 pacientes para atendimento individual
- Fonoaudiologia: 201 pacientes para atendimento individual
- Terapia Ocupacional: 191 pacientes para atendimento individual
- Médico: agendamentos de 1ª consulta para 15 dias.

6. ESTRUTURA, VEÍCULOS E OUTROS EQUIPAMENTOS

6.1 ASM:

- Estrutura própria, necessita de reforma ou nova sede.

- Possuía veículo próprio, mas foi enviado para leilão e não foi reposto.
- Segue em uso do celular institucional.
- Implantou a rede de ramais telefônicos no serviço e passou a ter duas linhas telefônicas.



6.2 CAPS II:

- Estrutura alugada, contrato anual com vencimento em 27/05/2025. Tem Cadastro de Proposta Seleção PAC Nº 36000008795/2023, Programa 3600020230055 - Novo PAC - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para construção de sede própria. Na mesma estrutura, em sala anexa, funciona o Serviço de Coleta de Exames da Vigilância Epidemiológica.
- Possui veículo próprio mas está cedido ao serviço do CAPS infantil (FROTA nº786).
- O celular institucional foi furtado em 2024 e atualmente utiliza um emprestado por servidor e outro doado.
- Implantada a rede de ramais telefônicos no serviço.



6.3 CAPS AD:

- Estrutura alugada, contrato anual com vencimento em 09/12/2024 (já solicitada prorrogação de 12 meses). Tem Cadastro de Proposta Seleção PAC Nº 36000008767/2023, Programa 3600020230055 - Novo PAC - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para construção de sede própria.
- Possui veículo próprio (FROTA nº829).
- Segue em uso do celular institucional, há necessidade de migração para o WhatsApp Business pelo número fixo do serviço.
- Implantada a rede de ramais telefônicos no serviço.



6.4 CAPS infantil:

- Estrutura própria, necessita de ampliação.
- Aguarda receber veículo próprio que está em processo de fase de cotação de preço para encaminhamento do processo de licitação.
- Segue em uso do celular institucional, há necessidade de migração para o WhatsApp Business pelo número fixo do serviço.
- Implantada a rede de ramais telefônicos no serviço.



Em relação a estrutura física do CAPS infantil, quanto a demanda de ampliação, foi destinado um recurso de R$ 500 mil reais para a ampliação da estrutura do CAPS infantil através de emenda parlamentar do Deputado Federal Elton Welter, mediada pelo vereador Roberto de Souza, contudo este valor não era suficiente para a ampliação necessária segundo o setor de planejamento. Embora elaborado plano para ampliação parcial, o sistema SAIPS/MS não permitiu destinar o recurso para essa finalidade, ficando condicionado, para não perder o recurso, que o valor fosse destinado para a compra de equipamentos e mobiliários permanentes os quais serão alocados nos CAPS, ASM e CER II.

6.5 DIREÇÃO: A direção de saúde mental possui os seguintes mobiliários e equipamentos:

- 01 armário, com 02 portas e 03 prateleiras internas (patrimônio 0677229);
- 01 notebook que está emprestado para o CAPS AD (patrimônio 094619);
- 01 notebook adquirido com recurso do COMAD, que está com a Direção de Saúde Mental (patrimônio 076996);
- 01 computador de mesa com duas telas (patrimônios 094559, 84504 e 82381);
- 01 escrivaninha com duas gavetas (patrimônio 066653).

EM ANDAMENTO

7. ROTINAS DOS SERVIÇOS

7.1 ASM

As principais atividades realizadas no serviço são:

- Acolhimento em Psicologia e Fonoaudiologia: Identificação das demandas e classificação dos casos.
- Atendimentos Individuais: Acompanhamentos nas especialidades.
- Visitas Domiciliares: Conforme demanda dos pacientes e disponibilidade de carro através do setor de Frotas;
- Reuniões semanais de equipe: Nas sexta-feira, reunião das especialidades de Psicologia e Serviço Social em conjunto; e, reunião da especialidade de Fonoaudiologia;
- Discussões de casos: Durante a semana, quando necessário, reunião para resolução e conduta dos casos.
- Estudos de Casos e articulações com a Rede de Proteção: Reuniões com a rede intra e intersetorial para discussões e planejamento das ações a serem realizadas com os pacientes vinculados;
- Palestras e orientações à população sobre saúde mental e temas relacionados às campanhas.
- Matriciamento Médico: Apoio para os médicos da APS sobre manejo e conduta de paciente com demandas em Saúde Mental;
- Grupos: Na especialidade de Fonoaudiologia, são conduzidos quatro grupos semanais voltadas para crianças com distúrbios de linguagem (Terapia fonoaudiológica de fala em grupo; Terapia fonoaudiológica de linguagem em grupo; Terapia fonoaudiológica de leitura e escrita em grupo).
- O planejamento anual será realizado no início de 2025.

7.2 CAPS II

As principais atividades realizadas no serviço são:

- Acolhimento: primeiro atendimento para elaboração do Plano

Terapêutico Singular.

- Visita domiciliar: por equipe multidisciplinar, incluindo o médico (segundas manhã e tarde, e quarta a tarde, com motorista e carro da SMS).
- Reuniões semanais de equipe, reunião com os médicos e reuniões de acolhimento para discussão dos planos terapêuticos singulares.
- Estudos de Casos e articulações com a Rede de Proteção: Reuniões com a rede intra e intersetorial para discussões e planejamento das ações a serem realizadas com os pacientes vinculados.
- Atendimentos Individuais: incluindo consultas médicas e consultas com os profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar.
- Atendimentos Coletivos: oficinas terapêuticas (Oficina Lavauto, Oficina Arte Confio (tear, bordado e crochê), Oficina de Produção (sabonete), Oficina de Pintura em Tecido, Oficina de Pintura em Tela, Oficina de Jogos (dama, trilha, dominó, quebra-cabeça, etc), Oficina Movimente-se, Grupo Operativo e Crochê-terapia, Grupo de Saúde Mental e Meio Ambiente, Oficina de Expressões da Natureza), grupos da psicologia, grupos com famílias.
- Atendimentos de enfermagem: Pré consultas e administração de medicação.
- CRL: Cadastro e monitoramento dos pacientes cadastrados na Central de Regulação de Leitos da SESA PR, atendimento pré e pós internamento.
- Matriciamento Médico: Apoio para os médicos da APS sobre manejo e conduta de paciente com demandas em Saúde Mental.
- Palestras e orientações à população sobre saúde mental e temas relacionados às campanhas.
- Procedimentos Operacionais Padrão: em fase de elaboração dos POP sessões de atendimento da psicologia e atendimentos no MACC via encaminhamentos do CAPS II e POP urgência e emergência.
- Está em fase de elaboração o projeto piloto de altas do CAPS II para a APS.
- Está em fase de avaliação para aplicação o Curso de Capacitação de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Saúde Mental, elaborado pela

equipe para ser aplicado através da Escola de Governo.

- Está em andamento o processo para solicitação de vistoria da Vigilância Sanitária.
- O planejamento anual será realizado em novembro de 2024.

7.3 CAPS AD

As principais atividades realizadas no serviço são

- Atendimento de Acolhimento (primeiro atendimento): Cada profissional realiza três atendimentos iniciais de levantamento de demanda (acolhimento), por semana. Após isso, caso necessário, ocorre a discussão do caso pela equipe e obrigatoriamente a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS).
- Plantões de Atendimento: Com a crescente procura de pacientes e familiares que buscam informações, primeiro atendimento ou apoio ao tratamento, a equipe organizou plantões diários. Um profissional fica disponível no período da manhã e tarde para realizar o acolhimento/escuta, fornecendo os devidos encaminhamentos, seja para inserção no serviço ou para outros equipamentos da rede.
- Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares são organizadas conforme a agenda dos profissionais. Atualmente, 80% da equipe reserva horários semanais para essa atividade, que pode surgir a partir de discussões de casos, atendimentos médicos, reuniões de equipe ou outras rotinas de trabalho. Os objetivos dessas visitas variam, conforme a necessidade identificada.
- Reuniões de Equipe: As reuniões da equipe ocorrem nas segundas, terças e quintas, das 12h às 13h30, e nas sextas-feiras, das 9h às 13h.
- Atendimentos Individuais: incluindo consultas médicas e consultas com os profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar.
- Grupos e Oficinas Terapêuticas: As oficinas realizadas incluem pintura, mandalas, crochê, filtro dos sonhos, pintura em pano de prato ou quadros, filmes e jogos cognitivos. O CAPS AD tem um papel crucial na reinserção social de seus pacientes, com destaque para a reintegração profissional e geração de renda. Há no serviço um projeto de oficina de

confeitaria e panificação que aguarda recursos da SESA para reorganização do espaço, compra de materiais e condimentos, e capacitação dos profissionais responsáveis pela organização. Ocorrem também grupos de tabagismo, prevenção de recaídas, psicoeducação, alcoolistas, família e gestantes.

- Atendimentos de enfermagem: Pré consultas e administração de medicação.
- CRL: Cadastro e monitoramento dos pacientes cadastrados na Central de Regulação de Leitos da SESA PR, atendimento pré e pós internamento.
- Estudos de Casos e articulações com a Rede de Proteção: Reuniões com a rede intra e intersetorial para discussões e planejamento das ações a serem realizadas com os pacientes vinculados.
- Programa de Tratamento do Tabagismo: O programa de tratamento do tabagismo é uma iniciativa do SUS, realizada em Toledo, sob a coordenação da enfermeira Denise, do CAPS AD. Seu objetivo é ajudar os fumantes a deixarem o cigarro, por meio de acompanhamento médico, psicológico, social e ambiental, com possível prescrição de medicações e reflexões grupais. O programa é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico clínico e psicólogo), que acompanha os pacientes por um período até que possam receber alta. É fundamental que esses grupos sejam replicados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em linha com o cuidado territorial, pois atualmente muitos casos são encaminhados ao CAPS AD, ocasionando um alto fluxo de encaminhamentos. A 20ª Regional de Saúde oferece semestralmente o curso de tratamento ao tabagismo, no qual é importante que médicos e equipes das UBS participem para replicar o programa. O CAPS AD se coloca à disposição para auxiliar as equipes das UBS no planejamento inicial dos grupos.
- Controle das Vagas na Comunidade Terapêutica Beit Abba: O município mantém um convênio com a Comunidade Terapêutica Beit Abba, com disponibilidade de 6 vagas, sob controle e responsabilidade do CAPS AD. O acompanhamento diário dos pacientes ativos na comunidade é realizado via planilha Excel. Após a saída de um paciente, a comunidade

nos informa, e nós realizamos os novos encaminhamentos. É importante encaminhar pacientes que já fazem parte do serviço, que estão ou já passaram por atendimento de acolhimento e médico. A decisão sobre quem ocupará essas vagas deve ser exclusivamente técnica, com base em avaliação de demanda, perfil, quadro clínico, psíquico e social dos pacientes.

- Palestras e orientações à população sobre saúde mental e temas relacionados às campanhas.
- Matriciamento médico e de equipe: Apoio para os médicos da APS sobre manejo e conduta de paciente com demandas em Saúde Mental.
- O planejamento anual será realizado no início de 2025.

7.4 CAPS infantil

As principais atividades realizadas no serviço são:

- Atendimento de Acolhimento (primeiro atendimento): Os atendimentos de acolhimentos são realizados por duplas de profissionais, no qual um profissional é responsável por avaliar a demanda apresentada pela criança/adolescente e o outro profissional a demanda apresentada pelos genitores. Após isso, ocorre a discussão do caso pela equipe e obrigatoriamente a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS). Atualmente cada dupla de profissional possui dois acolhimentos por semana, estes são agendados conforme disponibilidade de agenda.
- Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares são organizadas conforme a agenda dos profissionais e são realizadas no mínimo por dois profissionais. Atualmente, todos da equipe possuem reserva de horários semanais para essa atividade, que pode surgir a partir de discussões de casos, atendimentos médicos, reuniões de equipe ou outras rotinas de trabalho. Os objetivos dessas visitas variam, conforme a necessidade identificada.
- Reuniões de Equipe: As reuniões da equipe ocorrem nas segundas, quartas e quintas, das 12h às 13h00, e nas sextas-feiras, das 11h às 13h (quinzenalmente), intercalando com leitura de legislações, planejamento de oficinas e organização de materiais.

- Atendimentos Individuais: incluindo consultas médicas e consultas com os profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar.
- Grupos e Oficinas Terapêuticas: As oficinas realizadas incluem, oficina fazendo arte, oficina do bem estar, musicalização, psicomotricidade, artes plásticas, jogos e tabuleiros, linguagem e escrita, oficina papel e conversa, oficina de artesanato, oficina de poesia e oficina de capoeira. Os grupos são, grupo expressão livre, grupo psicoterapêutico de meninos e grupo psicoterapêutico de meninas.
- Ressignificar Valores: O Projeto *RESSIGNIFICAR,* é um programa oficial de auxílio e orientação para o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa envolvidos com substâncias psicoativas. Este é pautado nos princípios do SUS conforme as legislações da PNH, a Política Nacional de atenção ao adolescente e RAPS. O público alvo são adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com determinação judicial para inserção em programa oficial de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos, por meio do CREAS. Esse projeto acontece em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS.
- Atendimentos de enfermagem: Pré consultas e administração de medicação.
- CRL: Cadastro e monitoramento dos pacientes cadastrados na Central de Regulação de Leitos da SESA PR, atendimento pré e pós internamento.
- Estudos de Casos e articulações com a Rede de Proteção: Reuniões com a rede intra e intersetorial para discussões e planejamento das ações a serem realizadas com os pacientes vinculados.
- Palestras e orientações à população sobre saúde mental e temas relacionados às campanhas.
- Matriciamento médico e de equipe: Apoio para os médicos da APS sobre manejo e conduta de paciente com demandas em Saúde Mental.
- Em andamento: Programa de Tratamento do Tabagismo.
- O planejamento anual será realizado no início de 2025.

7.5 COORDENAÇÃO E DIREÇÃO

As reuniões de coordenação de saúde mental ocorrem semanalmente, na qual participam diretor, coordenador geral e coordenação do ASM e CAPS. A direção participa também semanalmente, da reunião de diretores.

8. REPRESENTAÇÃO EM CONSELHOS E COMISSÕES

8.1 CMPCD: conselheiro é o diretor de saúde mental.

8.2 CMPC: conselheiro é o diretor de saúde mental e suplemente coordenador do CAPS AD.

8.3 RIPS: representação da diretora de saúde mental e coordenação do ASM.

8.4 CMDCA: conselheiro representante do CAPS infantil.

- COMISSÃO INTERSETORIAL DE SOCIOEDUCAÇÃO: representante do CAPS infantil.
- COMISSÃO INTERSETORIAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA: representante do ASM.

8.5 POM (Plano Operativo Municipal): representação da diretora de saúde mental, coordenação e profissionais do ASM e CAPS i.

8.6 Comissão Municipal de Estudo Diagnóstico de Crianças e Adolescentes em situação de violência: Representantes coordenação do ASM e profissional do CAPS i .

8.7 Comissão Municipal de Estudo Diagnóstico sobre acolhimento para Idosos: representante coord. geral do departamento de saúde mental.

8.8 Núcleo de Prevenção de Violências: representante coordenadora do ASM.

8.9 Núcleo de Segurança do Paciente: representante enfermeira do CAPS II.

8.10 Comissão de IST: representante enfermeiro do CAPS AD.

9 DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS E ACESSOS ÀS PASTAS/SISTEMAS

9.1 Direção e Coordenação Geral: solicitar acesso:

- E-MAIL : dpto.saudemental.toledo@gmail.com
- Chamado à informática: pasta SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental
- Chamado à MV: acesso ao SIGSS, para acesso ao prontuário eletrônico e relatórios
- Pasta no Setor administrativo da SMS: acesso a Conta Equiplano para ePROCESSOS

9.2 Direção: solicitar acesso:

- Chamado à informática: pastas SAÚDE (P:)/SAÚDE MENTAL, SAÚDE (P:)/CAPS-II, SAÚDE (P:)/CAPS-AD, SAÚDE (P:)/CAPS-I
- Chamado à SEÇÃO DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DA 20ªRS TOLEDO através do email: scraca20rs@sesa.pr.gov.br : para acesso a Central de Regulação de Leitos Psiquiátricos (Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II, CAPS AD e CAPS infantil), preencher planilha disponível na pasta SAÚDE (P:)/ Departamento-Saúde-Mental/CRL
- IDS: solicitar ao setor de informática do CISCOPAR
- RH: solicitar acesso à INTRANET - Sistema de Horas Extras e ePROCESSOS

Observação: os técnicos em enfermagem dos CAPS possuem acesso ao prontuário eletrônico, conforme solicitado pela atual diretora de saúde mental à direção de gestão, através do ofício nº21/2024, com ciência dos diretores e secretária de saúde.

10 CER II (REGIONAL) - DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E INTELECTUAIS

10.1 DEMANDA - Plano Municipal PCD e Legislação

O Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção e Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência foi elaborado em dezembro de 2021 e revisado em Maio de 2024. Os planos evidenciam as demandas de cuidados em saúde para pessoas com deficiências e necessidade de serviços especializados para essa população.

O CAPS infantil é o único serviço de referência para atendimento às crianças e adolescentes com Autismo (3 a 17 anos). O aumento exponencial da demanda gerou no serviço extensas filas de espera e a descaracterização do serviço, que tem como foco o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais de alto risco à saúde mental, incluindo os relacionados a uso de álcool e drogas.

Considerando apenas essa faixa etária de 3 a 17 anos, quanto ao registro de consultas com CID F840 - Autismo infantil, em serviços da SMS, em 2021 esse CID foi registrado em 148 consultas, em 2022 foram 497 registros, em 2023 foram 1.036 registros e em 2024 (entre 01/01 e 30/09) já foram registrados 1.003 consultas com este diagnóstico.

A revisão dos planos de ação sobre atenção à saúde das pessoas com deficiência, fez parte também das demandas estaduais e federais a partir da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023 que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro fator importante quanto as demandas de saúde da pessoa com deficiência é o monitoramento do relatório da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2022, no qual foi evidenciada a necessidade de implantação de um centro especializado em reabilitação para atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual, com possibilidades de parcerias com universidades, entidades filantrópicas e associações não governamentais. Em 2023 foi realizado, pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com

Deficiência, o Encontro Temático em Virtude da V Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: "Cenário atual e futuro na implementação dos direitos da pessoa com deficiência – construindo um Brasil mais inclusivo", que também apresentou um relatório com discussões importantes sobre as necessidades indicadas pela população.

Em 2023 iniciou-se o cadastro de proposta de habilitação no SAIPS nº 163685, para implantação de um CER II - Deficiências Físicas e Intelectuais no Município de Toledo, contudo, devido critérios de porte populacional, foi necessário que o cadastro fosse para âmbito REGIONAL. A solicitação do município de Toledo-PR, enquanto 20ª Regional de Saúde, recebeu prioridade no Paraná. Também foi realizado o cadastro de Proposta Seleção PAC Nº36000006096/2023 , para construção da estrutura desse serviço.

Em maio de 2024, em visita da Divisão PCD da SESA PR para capacitação da Linha de Cuidado em Saúde para Pessoa com Deficiência, foi realizada visita ao Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, sendo avaliada a estrutura como apta a receber o serviço do CER II, de forma parcial e temporária, uma vez que sua planta física é compatível com as estruturas de atendimento de deficiência física previsto em um CER. Foi acordado que, mediante limitações do espaço, até construção da sede própria, a 20ª Regional de Saúde promoveria a pactuação do serviço iniciar os atendimentos nessa estrutura provisória, com atendimentos apenas para munícipes de Toledo e pacientes de outros municípios da regional conforme protocolo de fluxo a ser pactuado (para atendimento de excepcionalidade e demandas judiciais).

Em 23 de agosto de 2024, em reunião extraordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR) da 20ª Regional de Saúde, ficou pactuado que:

> ***Apreciação da Ata da reunião anterior*** *a qual foi aprovada.* ***Deliberações:*** *apreciadas e aprovadas pelo Pleno:* ***Nº 52 – 08/08/2024 Aprova:*** *A atualização do Plano de Ação da Pessoa com Deficiência na 20ª Regional de Saúde, o qual prevê a implantação e habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços listados abaixo, sendo que a abrangência de municípios e usuários atendidos serão regulados por meio de protocolos específicos a serem pactuados na Comissão Intergestores Regional: Toledo - Regional/microrregional*

> *conforme fluxo pactuado em CIR; Palotina - Regional/microrregional conforme fluxo pactuado em CIR; Vinculado a CER ou CISCOPAR - 20ªRS Nº Habitantes 405127.* ***Gestão em Saúde: 1. Gestão em Saúde: a.1.:Plano da Pessoa com Deficiência:*** *Andriele inicia a apresentação da deliberação nº52, a qual cita sobre a A atualização do Plano de Ação da Pessoa com Deficiência na 20ª Regional de Saúde, o qual prevê a implantação e habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços listados abaixo, sendo que a abrangência de municípios e usuários atendidos serão regulados por meio de protocolos específicos a serem pactuados na Comissão Intergestores Regional, foi aprovada por todos os presentes.*

Após a pactuação regional, foi retornado o trâmite de habilitação do serviço, iniciando a organização de equipe e protocolos. Foi realizada visita ao CER IV de Foz de Iguaçu em 20/09/2024.

Todos os documentos supracitados estão disponíveis em: SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PCD - AUTISMO - TEA - CER II.

10.2 HABILITAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CER II - (REGIONAL) - DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E INTELECTUAIS

A Nota Técnica nº 14/2024 traz informações quanto aos critérios para habilitação dos Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA); os critérios para a adesão ao incentivo de 20% destinado aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que realizam atendimento voltado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e as orientações para habilitação, pelo Ministério da Saúde, de Transporte Sanitário Adaptado no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

A Nota Técnica nº 16/2024/CGSPD/DAET/SAES/MS traz informações quanto aos critérios para habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas, pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017,

Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV. Indica que os equipamentos e materiais permanentes elencados como obrigatórios devem estar em conformidade com os itens disponíveis na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes – RENEM.

Para a aquisição de equipamentos, foram incluídos na compra a ser realizada com recursos da Emenda Parlamentar nº 45000019, no valor de R$ 500 mil, os seguintes itens: computadores, aparelhos de ar condicionado, mesas, esteiras, bicicletas ergométricas, equipamentos multimídia, geladeira, entre outros. Vale destacar que permanece em vigor a Resolução nº 870/2021 da SESA PR, que permite a aquisição de equipamentos especializados para complementar as necessidades do CER.

Será realizada reunião sobre o processo de habilitação e implantação com o Conselho Municipal de Saúde em 29/10/2024 e está prevista visita da Divisão PCD da SESA PR na última semana de novembro de 2024.

Durante o segundo semestre de 2024 a SESA PR tem intensificado a tentativa de levantamento de dados sobre as listas de espera que envolvem pacientes com deficiências, sendo este um desafio, pois o sistema não indica essa condição nas listas de espera, sendo necessário buscar meios para evidenciar essa demanda junto ao sistema MV - SIGSSAÚDE.

Os documentos relacionados ao Processo de Transição de Pacientes dos CAPS i e CAPS II para o CER II, Protocolo de Fluxo e Plano Terapêutico Singular, estão em fase de elaboração e disponíveis SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PCD - AUTISMO - TEA - CER II.

Cabe ressaltar que, considerando a especificidade do cuidado especializado e o local onde ficará situado o serviço, concluído o processo de transição dos pacientes, o CER II ficará vinculado à Rede de Atenção Especializada e Central de Especialidades.

11. INDICADORES DE SAÚDE - SAÚDE MENTAL

11.1 RECURSO RESOLUÇÃO nº924/2024 SESA PR

Os indicadores de saúde pública são medidas que descrevem e monitoram a situação de saúde de uma população. Eles são utilizados para avaliar, monitorar e planejar intervenções de saúde pública. No caso da saúde

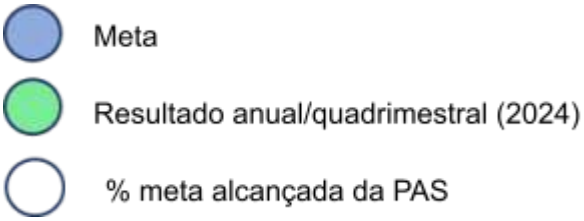
mental estes também se aplicam e as resoluções trazem estes de acordo com a necessidade e finalidade da mesma trazendo contudo a obrigatoriedade em atingir esses para permaneciam ação e seu financiamento.

A resolução nº 924/2024 prevê indicadores de saúde mental (enumerados abaixo), e a observância e alcance destes são essenciais visto que está vinculada a estes indicadores a continuidade de recebimento dos recursos:

- Indicador 1: Percentual de usuários com Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Indicador 2: Percentual de usuários com PTS realizado em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS).
- Indicador 3: Percentual de usuários com cuidado centrado no fármaco.
- Indicador 4: Número de usuários com inserção escolar.
- Indicador 5: Número de usuários com inserção no mercado de trabalho.
- Indicador 6: Percentual de profissionais de saúde que passaram por capacitação técnica.
- Indicador 7: Número de ações de matriciamento realizadas pelo CAPS com equipes da APS.
- Indicador 8: Percentual de usuários que receberam alta dos cuidados no CAPS.
- Indicador 9: Percentual de atendimentos às situações de crise.
- Indicador 10: Número de internação psiquiátrica

11.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / PLANO ANUAL DE SAÚDE

Outros indicadores importantes, vinculados a Rede de Saúde Mental, estão no Plano Anual de Saúde, os quais estão listados abaixo com comparativo de 2022-2024*:



INDICADOR	2022	2023	2024 - 1QD	2024 - 2QD
1.1.3 - Ampliar 2 grupos por ano junto à população de seus territórios, para executar atividades voltadas ao controle do tabagismo. (Indicador compartilhado com APS).	2 2,00 100,00%	2 2,00 100,00%	2 0 0%	2 0 0%
3.1.12 - Reduzir em 80% o número de crianças aguardando em fila de espera para acolhimento do CAPS i, até 2025.	94 79,00 100,00%	71 156,00 0%	48 208,00 0%	48 271,00 0%
3.1.13. Reduzir em 60% o número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	339 105,00 100,00%	279 142,00 100,00%	219 159,00 100,00%	219 187,00 100,00%
10.1.1 - Realizar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por caps, com equipes de Atenção Primária em Saúde.	100,00 33,33 33,33%	100,00 100,00 100,00%	100,00 8,33 8,33%	100,00 22,22 22,22%
10.1.2 -Realizar anualmente 12 ações Educativas na rede intersetorial, sobre as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas à saúde mental do indivíduo.	12 19,00 158,33%	12 15,00 125,00%	12 2,00 16,67%	12 1,00 8,33%

10.1.3 - Reduzir em 60% o número de pacientes aguardando em fila de espera para atendimento de psiquiatria e psicologia no ambulatório de Saúde Mental (ASM), até 2025.	930 133,00 100,00%	765 469,00 100,00%	600 421,00 100,00%	600 500,00 100,00%

Fonte: RAG. 2022-2023. RDQA 1º e 2º quadrimestre de 2024.*Nota: Dados de 2024 são preliminares até o final do ano.

12 AVALIAÇÕES MÉDICAS UPA/PAM E MATRICIAMENTOS

As avaliações médicas com psiquiatra na UPA e PAM, atualmente estão organizadas de modo a ocorrerem nas segundas e quartas-feiras pelo profissional psiquiatra Dr Christofer, vinculado à UFPR e acadêmicos do estágio de saúde mental, e nas quintas-feiras por profissional psiquiatra Dr Sandro, vinculado ao CAPS infantil, com liberação de horas extras.

Na SMS ficou alinhado o matriciamento médico entre os médicos dos serviços especializados de saúde mental e os médicos da APS, de modo que o coordenador do ASM e CAPS faz o alinhamento com os gerentes das UBS para organização e programação das agendas. No serviço do CAPS AD membros da equipe multidisciplinar também participam dos matriciamentos.

13 CONVÊNIOS E CONTRATOS

13.1 Convênio com CISCOPAR:

- Atendimentos no CAPS AD III-SIM PR via encaminhamentos do CAPS AD
- Atendimentos no MACC via encaminhamentos do CAPS II (início em nov/2024)
- Atendimentos de fonoaudiologia, psicologia e psiquiatria no CRE através do Ambulatório de Saúde Mental.

13.2 Contrato com Casas de Apoio

Devido à determinação judicial para acolhimento de pacientes com transtorno mental grave e persistente em serviços equivalentes ao Serviço Residencial Terapêutico. Está em processo de discussão junto com a Procuradoria Geral do Município sobre a solidariedade prevista na liminar, entre município e Estado, a ser recorrida através dos autos.

- CASA DE APOIO TIO ZÉ: paciente A.M. dos S., início do 1º contrato em outubro de 2023 com término em 10/11/2024, atual fiscal de contrato é a diretora de saúde mental
- CASA DE APOIO VIVER BEM: paciente A.B., término do contrato 09/05/2025, atual fiscal de contrato é a diretora de saúde mental

13.3 Contrato com Comunidade Terapêutica (BEIT ABBA)

Através de encaminhamento do CAPS AD, mantém-se 6 vagas através do Termo de Fomento 01/2024, vigente a partir de 17/07/2024, atual fiscal de contrato é a diretora de saúde mental.

13.4 Aquisição de materiais para as oficinas terapêuticas

Registro de Preço por período de 12 meses para aquisição de Materiais de armarinhos, artesanatos, aviamentos, esportivos e papelaria para atender diversas oficinas com os pacientes nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde, que são de responsabilidade da Secretaria da Saúde de Toledo. Prazo de execução: 12 meses. Fiscal do Contrato: diretora de saúde mental. Foi encaminhado processo para licitação SSM 97, em trâmite no departamento de compras para análise e elaboração do edital.

13.5 Contrato de locação da sede do CAPS II

CONTRATO Nº715/2022, LOCADOR: ADELHARD REICHEL, Locação de imóvel para o funcionamento das atividades do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. O referido Imóvel está localizado na Rua Almirante Barroso, nº 2490, Centro, Toledo/Pr, lote urbano nº 03, quadra nº T2. VALOR DA LOCAÇÃO: O

Município pagará ao contratado o valor reajustado em 2024, de R$10.557,70 (dez mil quinhentos e cinquenta e sete reais e setenta centavos), a contar de 26 de julho de 2024. A atual fiscal de contrato é a diretora de saúde mental. Conforme prazo de encerramento da prorrogação do contrato (julho de 2025), definir sobre prorrogação em até 60 dias antes do término.

13.6 Contrato de locação da sede do CAPS AD

CONTRATO Nº 1561/2022, LOCADOR: MAGALI MARÓSTICA OBJETO: Dispensa de licitação para Locação de imóvel para o funcionamento das atividades do CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. O referido Imóvel está localizado na Rua Dom Pedro II, nº 1849, Centro, conforme matrícula Nº 100007 do 2º Serviço de Registro de Imóveis de Toledo - PR. VALOR DA LOCAÇÃO: O Município pagará ao contratado o valor reajustado em 2024, de R$11.735,21 (onze mil, setecentos e trinta e cinco reais e vinte e um centavos), a contar de janeiro de 2024. A atual fiscal de contrato é a enfermeira do CAPS AD. Conforme prazo de encerramento da prorrogação do contrato (julho de 2025), definir sobre prorrogação em até 60 dias antes do término.

15 RECURSOS POR RESOLUÇÕES E EMENDAS

15.1 Resolução SESA-PR nº1713/2023

Plano de trabalho enviado para a SESA. Disponível em: SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/RECURSOS, EMENDAS E RESOLUÇÕES/RES. 1713-2023

15.2 Resolução SESA-PR nº924/2024

Plano de trabalho enviado para a SESA Disponível em: SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/RECURSOS, EMENDAS E RESOLUÇÕES/RES. 924.2024.

15.3 Resolução SESA-PR nº 1432/2024

Dep. Estadual Arilson Quiorato, no valor de R$100.000,00 destinada a compra de carro para o CAPS infantil, em processo de licitação.

15.4 Emenda Parlamentar nº 45000019

Dep. Federal Elton Welter, no valor de R$500.000,00 destinada a compra de equipamentos e mobiliários, em processo de licitação. Proposta nº08885072000124010.

15.5 Emenda Parlamentar nº 202440110014

Dep. Federal Gleise Hoffmann, no valor de R$100.000,00 destinada a compra de carro para o Ambulatório de Saúde Mental.

15.6 Recurso da Portaria GM/MS 660/2023

O Ministério da Saúde instituiu a recomposição financeira para os CAPS habilitados, passando a ser valores mensais de custeio: Caps II: R$42.056,00; Caps Infantil: R$40.840,00; Caps AD: R$50.564,00.

16 PROJETOS INTERSETORIAIS

16.1 Projeto Ressignificar Toledo (Grupo Reflexivo para Homens Autores de Violência Doméstica e familiar - GHAV) com o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná - Vara Criminal

Participam profissionais do Ambulatório de Saúde Mental e CAPS AD, conduzindo um dos módulos, o qual aborda a temática Saúde Mental e Uso de Álcool e Drogas. Frequência conforme demanda do Tribunal de Justiça, em 2024 ocorreram 3 edições.

16.2 Projeto Ressignificar Valores (Atendimentos de orientação sobre Saúde Mental e Uso de Álcool e Drogas para adolescentes infratores em medida socioeducativa)

Parceria entre o CAPS infantil e CREAS da SMAS. Frequência depende da quantidade de medidas aplicadas e datas de execução são acordadas entre os serviços. Em 2024 ocorreram 2 edições.

16.3 COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde)

Parceria com instituições de ensino na qual os cursos da saúde realizam estágios e visitas nos serviços de saúde mental. Destaca-se as visitas institucionais dos cursos técnicos em enfermagem, preceptoria médica nos estágios do curso de medicina da UFPR nos CAPS e UPA/PAM, acadêmicos de psicologia em estágio de saúde mental nas UBS, acadêmicos de Serviço Social estágio no CAPS, estágios de terapia ocupacional aceitos pelos servidores dos CAPS e AMI para supervisão dos acadêmicos. Através do COAPES também são articuladas capacitações para as equipes e ações conjuntas nas campanhas como Janeiro Branco, Abril Azul, Maio Furtacor, Junho sem Drogas e Setembro Amarelo.

16.4 Parceria entre o CAPS infantil e CIPE (SMED)

Para utilizar salas no CIPE para atendimentos de fonoaudiologia e terapia ocupacional. Essa parceria poderá ser transferida para ocorrer entre CER II e CIPE após a transição das demandas de TEA.

16.5 Parceria do CAPS AD com CREAS II (SMAS)

Para acompanhamento de Pessoas em Situação de Rua. As equipes se reúnem para discussão de casos a cada 15 dias e atuam junto nas ações semanais do Dia da Cidadania.

16.6 Fluxo com as Casas Abrigos - Demanda Prioritária

A configuração dos atendimentos de Saúde Mental de crianças e adolescentes acolhidos segue o que preconiza o Protocolo 02 da Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo – PR (RIPS). Desta forma, quando identificada pela equipe técnica da Casa Abrigo a necessidade de encaminhamento de crianças e adolescentes em Medida Protetiva de

Acolhimento Institucional para serviços de atendimento em saúde mental, este dar-se-á através de documento de referência e contrarreferência, conforme o *Fluxo de Encaminhamentos de Crianças e Adolescentes da Secretaria Municipal de Assistência Social para Secretaria Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Mental*. O documento deve conter descrição breve sobre o motivo do encaminhamento, ou seja, sinais e sintomas, sendo remetido ao email do Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental para ser direcionado ao serviço competente, conforme fluxo interno da Secretaria Municipal de Saúde. Documento do fluxo disponível na pasta: SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PROTOCOLOS E FLUXOS.

TEMAS A DELIBERAR

17. PROTOCOLOS E INSTRUÇÕES NORMATIVAS

17.1 Instrução Normativa do Fluxo de Saúde Mental

O fluxo de encaminhamentos para os serviços de saúde mental foi divulgado em 2023 através do ofício nº04/2023 Dpto-SM para ampla divulgação nos serviços da Atenção Primária em Saúde. Em 2024 foi realizado o desenho do fluxo já apresentado neste documento. Contudo, se manteve a necessidade de um documento ampliado sobre todos os fluxos que envolvem a RAPS. Esse documento foi discutido com as equipes dos serviços de saúde mental e coordenadores, chegando a última versão, a qual está disponível na pasta SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PROTOCOLOS E FLUXOS/INSTRUÇÕES NORMATIVAS DE SM - FLUXO, FALTOSOS, SESSÕES 2024.

17.2 Protocolo de Sessões

Este protocolo se faz primordial pois mesmo sendo indicado para cada serviço ter esse quesito como Procedimento Operacional Padrão, ainda se faz necessário haver um protocolo regulamentado via secretaria de saúde para

amparar e respaldar esses processos. Esse documento foi discutido com as equipes dos serviços de saúde mental e coordenadores, chegando a última versão, a qual está disponível na pasta SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PROTOCOLOS E FLUXOS/INSTRUÇÕES NORMATIVAS DE SM - FLUXO, FALTOSOS, SESSÕES 2024.

17.3 Protocolo de Faltosos

Este protocolo é importante, pois mesmo havendo o Procedimento Operacional Padrão (POP) em cada serviço que indica sobre fluxo em caso de faltas, ainda é necessário haver um protocolo regulamentado via secretaria de saúde para amparar e respaldar esses processos. Considerando que o índice de faltas em 2024 nos serviços de Saúde Mental foi de 15,06%, a não adesão ao tratamento prejudica os planos terapêuticos e promove um aumento da lista de espera. Esse documento foi discutido com as equipes dos serviços de saúde mental e coordenadores, chegando a última versão, a qual está disponível na pasta SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PROTOCOLOS E FLUXOS/INSTRUÇÕES NORMATIVAS DE SM - FLUXO, FALTOSOS, SESSÕES 2024.

17.4 Protocolo de alta dos serviços de saúde mental conforme avaliação de aplicação do projeto piloto de altas do CAPS II.

Considerando que a atenção básica é a ordenadora de cuidados em saúde mental, e que muitos dos usuários que estão no CAPS estão estáveis em seus quadros clínicos e sem precisar alterações em seus medicamentos/dosagem, não necessitando frequentar oficinas terapêuticas/grupos, podem ter alta ou a transferência de cuidado para a atenção básica e manter as discussões destes casos por meio de matriciamento e se houver necessidade de voltar ao serviço do CAPS, estes usuários poderão retornar para avaliação e conduta para nova estabilização.

Para iniciar esse processo, será realizada a aplicação de um projeto

piloto entre o CAPS II e ESF Europa, para analisar os apontamentos do protocolo, e posteriormente expandir para todas as UBS e demais serviços especializados de Saúde Mental.

Esse documento foi discutido com a equipe do CAPS II e equipe de gestão da APS, e está em fase de elaboração pela equipe do CAPS II. Será realizada a reunião com a ESF Europa para discussão do documento e acordar início do projeto piloto.

17.5 Protocolo de Prevenção ao Suicídio

Em 2024 foi realizado estudo epidemiológico do perfil dos casos de suicídios que aconteceram em Toledo desde o ano 2019. Esses dados estão disponíveis no drive do email do Departamento de Saúde Mental, na pasta Suicídio.

Nessa mesma pasta está o documento de proposta de Protocolo de Prevenção de Suicídio, o qual precisa ser revisado para uma possível implantação.

17.6 Protocolo de fluxo entre CAPS AD e SIM-PR

Em 26/09/2024 foi realizada reunião de alinhamento para o fluxo entre o CAPS AD e o SIM-PR/CAPS AD III do CISCOPAR. A pactuação inicial foi registrada em ATA em posse da equipe do CAPS AD e ficou acordado a elaboração de documento de proposta de fluxo a ser elaborado pelo CAPS AD e agendamento de nova reunião para discussão do documento.

17.7 Instrução Operacional Conjunta entre SMAS e SMS para atendimentos de Pessoas em Situação de Rua

Após elaboração do fluxo entre o CAPS AD e o SIM-PR/CAPS AD III do CISCOPAR, deverá ser retomada a discussão com os serviços da SMAS (casa

de passagem e CREAS II) sobre uma INSTRUÇÃO OPERACIONAL CONJUNTA para alinhamento do fluxo de encaminhamentos da Pessoas em Situação de Rua.

17.9 Fluxo entre CAPS II e MACC-CISCOPAR

Em 22/10/2024 foi realizada reunião com a gerente do MACC-Ciscopar Saúde Mental e a Coordenação do CAPS II, visando organizar um fluxo de encaminhamentos entre os serviços, de modo a aumentar o acesso de pacientes com transtorno mental grave e persistente aos serviços especializados. Ficou acordado o início de agendamentos do CAPS II para o MACC-Saúde Mental, sendo acordado que a coordenação e equipe do CAPS II elaborarão o fluxo a ser discutido entre os serviços e compartilhado com os demais serviços da SMS.

17.10 Protocolo de Internamentos de Pacientes do Departamento de Saúde Mental de TOLEDO-PR (2020)

Revisão do protocolo de internamento e atender a Instrução Normativa Nº03/2022-Central de Leitos. Os documentos estão disponíveis na pasta SAÚDE (P:)/Departamento-Saúde-Mental/PROTOCOLOS E FLUXOS.

18. LICENÇAS SANITÁRIAS

Cada serviço está em andamento com a documentação necessária. Cabe ressalvas sobre questões específicas:

- O CAPS infantil já possui licença sanitária e aguarda vencimento para solicitar a atualização.
- O CAPS AD não possui licença sanitária atualizada pois desde a mudança para a nova sede alugada, está organizado os documentos e adequações necessárias.
- O CAPS II não possui histórico de ter a licença sanitária, pois sua

estrutura antiga não viabilizada autorização, contudo, com a nova sede, está organizado os documentos e adequações necessárias.

- O ASM não possui licença sanitária atualizada pois ocorreram mudanças na disposição de salas para implantação do AMI, mas atualmente está organizado os documentos e adequações necessárias
- Responsabilidade Técnica Médico Psiquiatra: em 2024 recebemos a visita do fiscal do CRM-PR, que posteriormente, no parecer, emitiu recomendação para ter apenas um médico psiquiatra como responsável técnico do Departamento de Saúde Mental da SMS, abrangendo os quatro serviços especializados, contudo, até o momento, não foi possível avançar em atender essa recomendação. Para avançar nas licenças sanitárias será necessário a resolução dessa situação, ou novo processo de indicação de um psiquiatra para cada serviço.

19. CREDENCIAMENTO, LICITAÇÕES E CONTRATOS

- Articular junto com o Departamento de Gestão o Credenciamento de FPO através do Edital nº 36/2023 SESA-PR. Entre os documentos a serem elencados para esse credenciamento estão as licenças sanitárias dos CAPS, já abordadas nesse documento.
- Estudar meios para a contratação de serviços de Casa de Apoio que atuam como Serviço de Residência Terapêutica, considerando os contratos emergenciais com prazos para encerramento, já citados neste documento. Cabe informar que a solidariedade entre Estado e Município para pagamento dessas despesas dessa demanda é passível de processo jurídico pela PGM, já cientes os procuradores que acompanham os casos.
- Elaborado processo de Estudo Técnico Preliminar e Termo de Referência para contratação de vagas para internação involuntário e compulsória, o qual ficou retido nos processos de discussão do setor de Controle Interno.
- Referente ao Recurso da Resolução nº1713/2023, para execução do

plano de ação, se faz necessário dar continuidade no processo de contato com os potenciais supervisores clínico-institucionais, assim como solicitação de orçamentos, para definição do processo de contratação desses supervisores e de profissionais para as capacitações também previstas no plano. Esse recurso também prevê compra de materiais de oficinas e execução de projetos neles mencionados.

- Referente ao Recurso da Resolução nº924/2024, para execução do plano de ação, se faz necessário iniciar o processo de cotação de preços e orçamentos para definição do processo de contratação de oficineiros e de profissionais para as capacitações também previstas no plano. Esse recurso também prevê compra de materiais para utilização em campanhas e ações educativas dos serviços. Ainda cabe a ressalva que para a manutenção desse recurso, se faz necessário atender aos indicadores de saúde, já mencionados neste documento.
- Incluir no contrato com a MV - SIGSSAÚDE a revisão do sistema de prontuário eletrônico, referente a agenda de grupos/oficinas e projeto terapêutico singular (PTS).

20. CER II

- Atender às diligências do processo de habilitação.
- Definir a coordenação do CER II, a qual assumirá a responsabilidade técnica pelo serviço, devendo atuar em carga horária de 40/h semanais.
- Repor carga horária de médico psiquiatra no CAPS infantil.

21. ENCERRAMENTO DA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO CAPS II

ASSOCIAÇÃO DE PACIENTES, FAMILIARES, FUNCIONÁRIOS E AMIGOS DO CAPS II, Inscrita sob o CNPJ 17908313/0001-45, foi criada em 2011 e instituída formalmente em 2012. Funcionou com declaração anual até 2019. Em 2020 com a pandemia e as dificuldades relacionadas às restrições de convívio social, o então presidente e tesoureiro acabaram por não fazer a

declaração junto à receita federal, e em 2021 a situação se manteve e posteriormente o tesoureiro mudou-se do município e o presidente adoeceu, ficando então a associação sem realizar as obrigatoriedades com a receita. Diante a situação em 2023, foi realizada a composição de uma nova diretoria para que possa ser verificado junto a Receita Federal e ao Banco do Brasil os débitos. Não há recursos disponíveis no caixa da associação para cobrir nem despesas bancárias e nem as multas existentes. O trâmite final de regularização da nova diretoria está sendo finalizado para posterior verificação do montante de débitos, avaliar possibilidades de pagamento e encerramento das atividades da referida associação.

22. COMAD

Considerando a Lei Nº 1.848, de 27 de maio de 2002 dispõe sobre a criação do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) de Toledo. Sendo que este conselho teve suas atividades suspensas durante a pandemia e não retornou suas atividades posteriormente, sendo a última gestão de 2018 a 2019 prorrogada para 2020. Em 2023 houve a tentativa de estabelecer uma diretoria provisória, para convocação da indicação de representantes e eleição de nova diretoria, contudo não foi possível dar continuidade à iniciativa. Considerando também que existe o Fundo Municipal sobre Drogas (REMAD), instituído Lei Nº 1.938, de 1º de dezembro de 2006 vinculado ao COMAD, pelo qual é possível pleitear recursos federais. Visando ainda a organização de um Plano Municipal de Prevenção ao Uso de Drogas, se recomenda a reestruturação deste conselho.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

HISTÓRICO

Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A PNVS- Política Nacional de Vigilância em Saúde, compreende a articulação dos saberes, processos e práticas que tem em sua composição à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária e setor de combate às endemias e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

O Departamento de Vigilância em Saúde compila toda sua produtividade mensal alimentando relatório específico no google drive, até o décimo dia do mês subsequente. Esse relatório estatístico mensal foi atualizado e informatizado em 2023, e é gerenciado e monitorado pelo departamento de gestão localizado na Secretaria Municipal de Saúde, que fornece os acessos aos técnicos e realiza ajustes quando necessário.

Por se tratar de um município com grande expansão populacional, é natural que o grau de complexidade dos estabelecimentos e a chegada de novos agravos sejam consequências dessa evolução. Diante desse contexto, foi necessária a ampliação de profissionais e serviços no departamento de vigilância em saúde, o que tornou a estrutura física e rede de internet incompatíveis com a acomodação dos profissionais. Por esse motivo, atualmente a enfermeira responsável pelos agravos de Tuberculose e

Hanseníase desenvolve seu trabalho na central de especialidades e o Posto de Coleta e Processamento de Amostras laboratoriais fica fora da estrutura da vigilância, ou seja, anexo à estrutura do CAPS II.

Diante dessa dificuldade imposta pela necessidade do momento, se faz necessário planejar a mudança de local de trabalho dos servidores lotados nos setores de vigilância sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica, garantindo ambiente físico adequado e compatível com a nova necessidade.

A Deliberação CIB nº 341/2021 e Resolução SESA nº 1.102/2021 instituíram o Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA–PR.

Este Programa tem por objetivo o avanço das ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, a fim de aprimorar os resultados das ações executadas para melhoria da qualidade de vida da população paranaense e oportuniza ainda recursos financeiros aos municípios. Para que o repasse financeiro ocorra integralmente, devem ser cumpridas pelo município 12 ações em diversas áreas de atuação da vigilância, a saber:

- Ação 1: Qualificar o registro das ações de controle sanitário realizadas no Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária (SIEVISA);
- Ação 2: Desenvolver ações de controle sanitário com foco no risco;
- Ação 3: Melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência;
- Ação 4: Melhorar o acolhimento, detecção e acompanhamento dos casos de hanseníase na Atenção Primária;
- Ação 5: Promover capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais da Atenção e ou Vigilância em Saúde;
- Ação 6: Investigar 100% dos acidentes de trabalho (AT) típicos que resultaram em óbito e amputação e investigar 100% dos AT com crianças e adolescentes (típicos e de trajeto) e registrar no Sistema SIATEP;
- Ação 7: Aumentar a cobertura de registro do estado nutricional de

crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

- Ação 8: Promover fatores de proteção e realizar ações para prevenção e controle dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
- Ação 9: Aprimorar a vigilância das intoxicações exógenas por agrotóxicos de uso agrícola e o controle das arboviroses, especialmente no combate do mosquito Aedes Aegypti, transmissor das arboviroses Dengue, Zika, Virus e Febre Chikungunya;
- Ação 10: Realizar análises em amostras de água para consumo humano para os parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
- Ação 11: Realizar ações de avaliação e monitoramento da vigilância do óbito e das infecções sexualmente transmissíveis responsáveis pelos casos de transmissão vertical;
- Ação 12: Realizar ações de avaliação e monitoramento dos sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica.

Para facilitar a compreensão da estruturação e particularidades do Departamento de Vigilância em Saúde, este será dividido em setores abaixo discriminados.

SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

HISTÓRICO

A função principal da Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador é garantir o controle da qualidade de produtos e serviços prestados à população, através de ações integradas com outros setores fiscalizatórios.

1. SETORES E FLUXO DE PROCESSOS

A Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador subdivide-se em setores para facilitar a execução de suas atividades, sendo Produtos e Serviços, Alimentos, Saneamento, Análise de Projetos Básicos Arquitetônicos e Saúde do Trabalhador.

Todo o trabalho de recebimento e direcionamento dos protocolos aos técnicos é realizado pelo assistente administrativo, bem como todas as ouvidorias recebidas no setor. Os protocolos são abertos pelo contribuinte no sistema de protocolos municipal (Equiplano) e após tramitarem pelos demais setores fiscalizatórios municipais, são encaminhados para o nome do diretor do departamento, onde o assistente administrativo realiza a tramitação aos técnicos que darão seguimento aos trâmites das inspeções sanitárias.

O canal de comunicação entre os fiscais sanitários e o contribuinte é o sistema de protocolos (Equiplano), além de e-mail institucional e telefone. O setor possui um celular corporativo com WhatsApp para contato com os contribuintes que porventura não obtiveram êxito pelo sistema de protocolo convencional.

2. SETOR PRODUTOS E SERVIÇOS

O Setor de Produtos e Serviços fiscaliza todo o universo de fornecedores de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde. As atribuições desse setor englobam além da fiscalização e controle sanitário das áreas físicas em que os serviços são fornecidos ou os produtos são fabricados e comercializados, mas também toda a rotina que envolve o processo de trabalho no estabelecimento.

3. SETOR ALIMENTOS

O Setor de Alimentos tem como principal atribuição à fiscalização de locais que produzem, transportam e comercializam alimentos com vistas a promover a boa prática na produção e manipulação de alimentos que possibilitem minimizar ou eliminar os potenciais riscos que a concepção ou a manipulação inadequada desses produtos e serviços podem causar ao consumidor final.

4. SETOR SANEAMENTO

O Setor de Saneamento atua em ações desenvolvidas mediante a identificação de fatores de risco, e dos agravos à saúde de ordem física, química ou biológica, sobre edificações, sistemas coletivos de saneamento básico (água, esgoto e resíduos sólidos), uso do solo, inspecionando habitações e locais de lazer coletivo, além das condições dos ambientes em estabelecimentos comerciais, industriais e de ensino, evitando agravos provenientes de ambientes insalubres e da incorreta destinação do lixo doméstico, comercial ou industrial, e do esgoto sanitário. As coletas de água são realizadas em ações estabelecidas dentro do programa VIGIAGUA e as amostras coletadas são enviadas para análise no laboratório do CISCOPAR, objetivando estabelecer um controle da qualidade e padrão de potabilidade, visando a prevenção dos agravos transmitidos pela água. O Saneamento também compreende a vigilância ambiental que desencadeia um conjunto de

atividades relativas à prevenção e controle das zoonoses.

5. SETOR DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS ARQUITETÔNICOS

O setor de Análise e Aprovação de Projetos Básicos Arquitetônicos (PBA) atua na análise a aprovação de projetos de estabelecimentos que prestam serviços, cujas atividades econômicas se enquadram em alto risco para a Vigilância Sanitária. Além da aprovação dos projetos, o setor é responsável pela emissão dos respectivos laudos de conclusão das obras, acompanhando a equipe nas inspeções dos estabelecimentos.

6. SETOR SAÚDE DO TRABALHADOR

O Setor de Saúde do Trabalhador tem como objetivos a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores expostos a riscos em seu ambiente de trabalho. Um dos desafios deste setor é fazer com que empresas e estabelecimentos de saúde realizem corretamente as notificações de acidentes de trabalho através da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) e fichas do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e quando identificados situações/comportamentos de risco adotem medidas corretivas e preventivas para evitar novos acidentes.

7. ESPECIFICAÇÃO E QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS:

Desde janeiro de 2021 houve a incorporação ao quadro de profissionais do setor de 1 enfermeiro, 1 farmacêutico, 1 arquiteto e 1 médico veterinário. Houve ainda a reposição de 2 nutricionistas aos fiscais sanitários que aposentaram no período, melhorando a qualidade das inspeções principalmente dos serviços classificados como de alto risco sanitário.

Os fiscais sanitários ao ingressarem no concurso público municipal, possuem automaticamente poder de polícia administrativa sanitária, já para os demais profissionais de outras categorias é necessário a publicação em órgão

oficial de nomeação como autoridade sanitária. Portanto, o diretor do departamento deve encaminhar solicitação de alteração da portaria nº 124, de 4 de março de 2022 para o departamento jurídico municipal, sempre que ocorrer alteração no quadro profissional do departamento.

Atualmente o setor de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador conta com 25 profissionais conforme quadro abaixo:

SETOR		**ESPECIFICAÇÃO E QUANTITATIVO**
Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador	Setor Administrativo	- 01 Assistente administrativo
	Setor de Produtos e Serviços	- 04 Enfermeiros - 03 Farmacêuticos - 01 Técnico de Enfermagem - 02 Técnicos em Vigilância Sanitária
	Setor de Alimentos e Saneamento	- 02 Médicos Veterinários (1 afastada inicialmente por questões de saúde e atualmente gestante, com data provável de parto para janeiro de 2025). - 01 Químico - 02 Nutricionistas -05 Técnicos em Vigilância Sanitária
	Setor de Análise de Projeto Básico Arquitetônico	- 02 Arquitetas
	Setor de Saúde do Trabalhador	- 01 Técnico em Segurança do Trabalho - 01 Enfermeira

8. ESPECIFICAÇÃO DAS FROTAS:

Atualmente o setor de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do trabalhador possui 05 carros à disposição dos fiscais sanitários, que trabalham em formato de reserva e agendamento das frotas.

No ano de 2023 houve a aquisição de 3 novos carros para substituir frotas antigas que foram remanejadas ao setor de combate às endemias.

Segue quadro abaixo com especificações dos veículos:

Frota	VEÍCULO	PLACA	ANO
841	Mobi	BBJ-6347	2017/2018
848	Sandero	BBW-7235	2017/2018
1029	HB20	SFA-7C73	2023
1030	HB20	SFA-7C62	2023
1031	HB20	SFA-7C82	2023

9. RESUMO PRODUTIVIDADE

Segue dados da produtividade no setor de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador de 2021 a 2024.

Importante destacar que nesse período houve alteração no formato do relatório estatístico mensal antes realizado de forma manual e sem padrão de confecção, onde cada profissional fazia conforme seu entendimento pessoal. Atualmente todos os campos do relatório são padronizados com instrutivo para orientar os profissionais no caso de dúvida, permitindo interpretação segura dos dados produzidos no setor.

EM ANDAMENTO

10. EVENTOS EM MASSA

O Município de Toledo segue a Resolução SESA nº 595/2017 que estabelece diretrizes e normas gerais para o planejamento, avaliação e execução das ações de vigilância em saúde e assistência à saúde em eventos de massa.

Diante da necessidade de padronização de fluxos e prazos de solicitação, foi publicada em órgão oficial a Instrução Normativa da Secretaria Municipal de Saúde nº 13/2022.

11. SERVIÇOS DE VACINAÇÃO EXTRAMURO

Todo estabelecimento de saúde público ou privado que realiza vacinação extramuro deve seguir uma série de legislações Federais e Estaduais para receber autorização do setor de vigilância sanitária.

Diante de algumas dificuldades enfrentadas pelos contribuintes e fiscais sanitários foi publicada a Instrução Normativa da Secretaria Municipal de Saúde nº 06/2023, que estabelece as ações de vigilância em saúde para normatizar, padronizar e controlar o funcionamento dos estabelecimentos públicos e privados que ofereçam serviço de vacinação EXTRAMURO no Município de Toledo/PR, com base na Resolução SESA nº 956/2018.

12. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO ENTRE SETORES FISCALIZATÓRIOS:

O setor de Vigilância Sanitária e ambiental conjuntamente com os demais departamentos fiscalizatórios municipais vem passando por um processo importante de integração e desburocratização iniciado com a utilização integral do SIEVISA - Sistema Estadual de Informação em Vigilância Sanitária em dezembro de 2022.

Atualmente o processo de licenciamento sanitário de pessoas jurídicas ocorre exclusivamente pelo SIEVISA com emissão automática da licença

sanitária assinada pela secretária Municipal de Saúde. Já para pessoas físicas o sistema não possui habilitação para tal licenciamento, sendo que nesses casos as licenças são emitidas manualmente e assinadas pela direção do departamento de Vigilância em Saúde.

Importante destacar que o licenciamento sanitário somente acontece quando o técnico responsável pela inspeção emite parecer favorável de que o estabelecimento está seguindo toda legislação sanitária vigente e que não foi observado risco sanitário para trabalhadores e população em geral.

Todo o processo de integração e desburocratização entre os setores municipais está sendo coordenado pela Secretaria do Agronegócio, de inovação, turismo e desenvolvimento econômico, com apoio direto de consultor do SEBRAE.

Foram realizadas reuniões com representantes da VISA Estadual, JUCEPAR e VOX com objetivo de permitir a parametrização entre os sistemas e emissão automática de documentos.

13. CONFECÇÃO DE MANUAL DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO (PAD):

O Manual de Processo Administrativo Sanitário está sendo construído pelos técnicos do setor de Produtos e Serviços com apoio da direção do Departamento de Vigilância em Saúde.

Esse documento servirá de base para padronização de todo o processo de trabalho pelos técnicos do setor de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador municipal, impedindo condutas individuais e tomadas de decisões dúbias.

14. JULGAMENTO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS SANITÁRIOS (PAD):

Sempre que identificada uma infração sanitária de acordo com Código de Saúde do Paraná - Lei nº 13331 de 2001 e Decreto nº 5,711 de 2002, o fiscal sanitário emite um auto de infração devendo ser encaminhado ao diretor do

departamento de vigilância em saúde que define pela instauração ou não do Processo Administrativo Sanitário.

Caso ocorra a instauração do PAD, o responsável pelo julgamento em primeira instância é o diretor do departamento de vigilância em saúde. O contribuinte pode discordar dessa decisão em primeira instância e protocolar defesa em segunda e última instância direcionada ao Secretário Municipal de Saúde, que por sua vez define por manter a decisão inicial, alterar ou suspender.

Todos os ritos e prazos devem ser seguidos conforme Código de Saúde Estadual, com objetivo de não invalidar o Auto de infração e o PAD.

Semanalmente são instaurados Processos Administrativos Sanitários no Setor o que dificulta o julgamento com rapidez diante das demais demandas do diretor do departamento. Atualmente estão aguardando julgamento em primeira instância 36 PAD. O controle é realizado através de planilha específica em pasta restrita de acesso somente do diretor do departamento.

TEMAS A DELIBERAR

Contribuir com o processo de integração e desburocratização dos sistemas permitindo a parametrização e emissão automática de documentos pelos setores fiscalizatórios.

Dar continuidade ao julgamento dos Processos Administrativos Sanitários que porventura não foi possível finalizar até 31 de dezembro de 2024.

Prosseguir com apoio aos fiscais sanitários na finalização do Manual de Processo Administrativo Sanitário e posterior publicação em órgão oficial municipal.

SETOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

HISTÓRICO

Por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por meio de legislação específica (Lei n° 6.259/75 e Decreto n° 78.231/76). Esses instrumentos tornaram obrigatória a notificação de doenças transmissíveis selecionadas, constantes de relação estabelecida por Portaria.

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo, em seu texto legal (Lei n° 8.080/90), a vigilância epidemiológica como "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços.

De outra parte, as profundas mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observa o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas, têm implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

1. PROPÓSITOS E FUNÇÕES:

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Subsidiariamente, a vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- Promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis.

A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, consequentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto, as intervenções oriundas do nível estadual e, com maior razão, do federal tenderão a tornar-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais.

2. COLETA DE DADOS E INFORMAÇÃO:

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para a ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a INFORMAÇÃO – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde. O valor da informação (dado analisado) depende da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido. Tratando-se, por exemplo, da notificação de doenças transmissíveis, é fundamental a capacitação para o diagnóstico de casos e a realização de investigações epidemiológicas correspondentes.

Outro aspecto relevante refere-se à representatividade dos dados em relação à magnitude do problema existente. Como princípio organizacional, o sistema de vigilância deve abranger o maior número possível de fontes geradoras, cuidando-se de que seja assegurada a regularidade e oportunidade

da transmissão dos dados. Geralmente, entretanto, não é possível, nem necessário, conhecer a totalidade dos casos. A partir de fontes selecionadas e confiáveis, pode-se acompanhar as tendências da doença ou agravo, com o auxílio de estimativas de subenumeração de casos.

O fluxo, a periodicidade e os tipos de dados coletados devem corresponder a necessidades de utilização previamente estabelecidas, com base em indicadores adequados às características próprias de cada doença ou agravo sob vigilância. A prioridade de conhecimento do dado sempre será concedida à instância responsável pela execução das medidas de prevenção e controle. Quando for necessário o envolvimento de outro nível do sistema, o fluxo deverá ser suficientemente rápido para que não ocorra atraso na adoção de medidas de prevenção e controle.

3. TIPOS DE DADOS:

Os dados e informações que alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica são os seguintes:

3.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS

(DNV-DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO, CNS-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE, CADASTRO INDIVIDUAL E FAMILIAR, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE-PEP, OUVIDORIA, IMPRENSA, ETC.)

Os dados demográficos permitem quantificar grupos populacionais, com vistas à definição de denominadores para o cálculo de taxas. O número de habitantes, de nascimentos e de óbitos devem ser discriminados segundo características de sua distribuição por sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, entre outras.

A disponibilidade de indicadores demográficos e socioeconômicos é primordial para a caracterização da dinâmica populacional e das condições gerais de vida, as quais se vinculam aos fatores condicionantes da doença ou agravo sob vigilância. Dados sobre aspectos climáticos e ecológicos, também, podem ser necessários para a compreensão do fenômeno analisado.

3.2 DADOS DE MORBIDADE (NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL, NOTIFICAÇÃO DE SURTOS, NOTIFICAÇÃO DE INQUÉRITO, SINAN- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO, TABNET, TABWIN, ETC.)

São os mais utilizados em vigilância epidemiológica, por permitirem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos segundo a condição de portadores de infecções ou de patologias específicas, como também de sequelas. Tratam-se, em geral, de dados oriundos da notificação de casos e surtos, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigações epidemiológicas, da busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras fontes.

Seu uso apresenta dificuldades relacionadas à representatividade e abrangência dos sistemas de informações disponíveis, à possibilidade de duplicação de registros e a deficiências de métodos e critérios de diagnóstico utilizados. Merecem, por isso, cuidados especiais na coleta e análise.

O SNVE deve estimular, cada vez mais, a utilização dos sistemas e bases de dados disponíveis, vinculados à prestação de serviços, para evitar a sobreposição de sistemas de informação e a consequente sobrecarga aos níveis de assistência direta à população. As deficiências qualitativas próprias desses sistemas tendem a ser superadas à medida que se intensifica a crítica e o uso dos dados produzidos.

3.3 DADOS DE MORTALIDADE (SIM-SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE, DO-DECLARAÇÃO DE ÓBITO, SVO-SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO, BOLETINS DE OCORRÊNCIAS, PRONTUÁRIO DO PACIENTE, ENTREVISTA FAMILIAR, VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL)

São de fundamental importância como indicadores da gravidade do fenômeno vigiado, sendo ainda, no caso particular de doenças de maior letalidade, mais válidos do que os dados de morbidade, por se referirem a fatos vitais bem marcantes e razoavelmente registrados. Sua obtenção provém de

declarações de óbitos, padronizadas e processadas nacionalmente. Essa base de dados apresenta variáveis graus de cobertura entre as regiões do país, algumas delas com subenumeração elevada de óbitos. Além disso, há proporção significativa de registros sem causa definida, o que impõe cautela na análise dos dados de mortalidade.

Atrasos na disponibilidade desses dados dificultam sua utilização na vigilância epidemiológica. A disseminação eletrônica de dados tem contribuído muito para facilitar o acesso a essas informações. Os sistemas locais de saúde devem ser estimulados a utilizar de imediato as informações das declarações de óbito.

4. IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA, SURTOS E EPIDEMIAS:

A detecção precoce de emergências de saúde pública, surtos e epidemias ocorre quando o sistema de vigilância epidemiológica local está bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo sujeito à notificação. Essa prática possibilita a constatação de qualquer situação de risco ou indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, consequentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle. Em geral, esses fatos devem ser notificados aos níveis superiores do sistema para que sejam alertadas as áreas vizinhas e/ou para solicitar colaboração, quando necessária.

5. FONTES DE DADOS:

A informação para a vigilância epidemiológica destina-se à tomada de decisões – informação para ação. Esse princípio deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para o fornecimento de dados.

5.1 NOTIFICAÇÃO (SINAN, SINAN NET, E-SUS NOTIFICA, NOTIFICA

COVID-19, OUTROS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO, CAT, OUVIDORIA)

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação. A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. A atual portaria (Portaria GM/MS nº 5.201, divulgada pelo Ministério da Saúde em 19 de agosto de 2024) especifica as doenças de notificação obrigatória (suspeita ou confirmada), além das doenças ou eventos de "notificação imediata" (informação rápida – ou seja, deve ser comunicada por e-mail, telefone ou Web). A escolha dessas doenças obedece a alguns critérios, razão pela qual essa lista é periodicamente revisada, tanto em função da situação epidemiológica da doença, como pela emergência de novos agentes, por alterações no Regulamento Sanitário Internacional, e também devido a acordos multilaterais entre países.

Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN). Estados e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes. Entende-se que só devem ser coletados dados para efetiva utilização no aprimoramento das ações de saúde, sem sobrecarregar os serviços com o preenchimento desnecessário de formulários.

Dada a natureza específica de cada doença ou agravo à saúde, a notificação deve seguir um processo dinâmico, variável em função das mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se, no tempo e no espaço, às características de distribuição das doenças consideradas, ao

conteúdo de informação requerido, aos critérios de definição de casos, à periodicidade da transmissão dos dados, às modalidades de notificação indicadas e à representatividade das fontes de notificação.

Os parâmetros para inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória devem obedecer os critérios a seguir.

- **Magnitude** – aplicável a doenças de elevada frequência, que afetam grandes contingentes populacionais e se traduzem por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos.
- **Potencial de disseminação** – representado pelo elevado poder de transmissão da doença, através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.
- **Transcendência** – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravo, destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; e relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.
- **Vulnerabilidade** – medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.
- **Compromissos internacionais** – relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais de controle, de eliminação ou de erradicação de doenças, previstas em acordos firmados pelo governo brasileiro com organismos internacionais. O atual Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005) em vigor até a presente data, estabelece que sejam notificados todos os eventos considerados de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O conceito e estratégia de diagnóstico de uma ESPII desse tipo de emergência serão descritos no capítulo Respostas a eventos de saúde de interesse nacional e

internacional, do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde.

- **Ocorrência de emergências de saúde pública, epidemias e surtos** – são situações que impõe notificação imediata de todos os eventos de saúde que impliquem risco de disseminação de doenças, com o objetivo de delimitar a área de ocorrência, elucidar o diagnóstico e deflagrar medidas de controle aplicáveis. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, com base na apresentação clínica e epidemiológica do evento.

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão e uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área de saúde. Mesmo assim, sabe-se que a notificação nem sempre é realizada, o que ocorre por desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar. A experiência tem mostrado que o funcionamento de um sistema de notificação é diretamente proporcional à capacidade de demonstrar o uso adequado das informações recebidas, de forma a conquistar a confiança dos notificantes.

O sistema de notificação deve estar permanentemente voltado para a sensibilização dos profissionais e das comunidades, visando melhorar a quantidade e a qualidade dos dados coletados, mediante o fortalecimento e a ampliação da rede. Todas as unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas) devem fazer parte do sistema, como, também, todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral. Não obstante, essa cobertura universal idealizada não prescinde do uso inteligente da informação, que pode basear-se em dados muito restritos, para a tomada de decisões oportunas e eficazes.

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- Notificar a simples suspeita da doença ou evento. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.

- A notificação deve ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.
- O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações. Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação simples.

Outras bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação

O registro rotineiro de dados sobre saúde, derivados da produção de serviços ou de sistemas de informação específicos, constitui valiosa fonte de informação sobre a ocorrência de doenças e agravos sob vigilância epidemiológica. Com a progressiva implementação de recursos informacionais no setor saúde, esses dados tendem a tornar-se cada vez mais acessíveis por meios eletrônicos, sendo de primordial importância para os agentes responsáveis pelas ações de vigilância, em todos os níveis. Os principais sistemas de informação em saúde serão descritos mais além neste documento. Seu uso para a vigilância epidemiológica deve ser estimulado, objetivando aprimorar a qualidade do registro e compatibilizar as informações oriundas de diferentes fontes.

Laboratórios

Os resultados laboratoriais vinculados à rotina da vigilância epidemiológica complementam o diagnóstico de confirmação de casos e, muitas vezes, servem como fonte de conhecimento de casos ou de eventos que não foram notificados. Também devem ser incorporados os dados decorrentes de estudos epidemiológicos especiais, realizados pelos laboratórios de saúde pública em apoio às ações de vigilância.

Investigação epidemiológica

Os achados de investigações epidemiológicas de casos e de emergências de saúde pública, surtos ou epidemias complementam as informações da notificação, no que se referem a fontes de infecção e mecanismos de transmissão, dentre outras variáveis. Também podem possibilitar a descoberta de novos casos que não foram notificados. Por ser a etapa mais nobre da metodologia de vigilância epidemiológica, será detalhada adiante.

Muitas vezes, informações oriundas da imprensa e da própria comunidade são fontes importantes de dados, devendo ser sempre consideradas para a realização da investigação pertinente. Pode ser o primeiro alerta sobre a ocorrência de uma epidemia ou agravo inusitado, principalmente quando a vigilância em determinada área é insuficientemente ativa.

Fontes especiais de dados:

Estudos epidemiológicos

Além das fontes regulares de coleta de dados e informações para analisar, do ponto de vista epidemiológico, a ocorrência de eventos sanitários, pode ser necessário, em determinado momento ou período, recorrer diretamente à população ou aos serviços, para obter dados adicionais ou mais representativos. Esses dados podem ser coletados por inquérito, investigação ou levantamento epidemiológico.

Inquérito epidemiológico

O inquérito epidemiológico é um estudo seccional, geralmente realizado em amostras da população, levado a efeito quando as informações existentes são inadequadas ou insuficientes, em virtude de diversos fatores, dentre os quais se podem destacar: notificação imprópria ou deficiente; mudança no comportamento epidemiológico de uma determinada doença; dificuldade na avaliação de coberturas vacinais ou eficácia de vacinas; necessidade de se avaliar eficácia das medidas de controle de um programa; descoberta de

agravos inusitados.

Levantamento epidemiológico

É um estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições. Não é um estudo amostral e destina-se a coletar dados para complementar informações já existentes. A recuperação de séries históricas, para análises de tendências, e a busca ativa de casos, para aferir a eficiência do sistema de notificação, são exemplos de levantamentos epidemiológicos.

5.2 SISTEMAS SENTINELAS (INFLUENZA, SRAG, COVID-19, DIARREIA, GRIPE, COQUELUCHE, ETC.)

Nem sempre o processo de decisão-ação necessita da totalidade de casos (notificação universal) para o desencadeamento das estratégias de intervenção, pois isso se vincula à apresentação clínica e epidemiológica das doenças e agravos e, principalmente, aos instrumentos de controle disponíveis e indicados para cada situação específica. Para intervir em determinados problemas de saúde, pode-se lançar mão de sistemas sentinelas de informações capazes de monitorar indicadores chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam de alerta precoce para o sistema de vigilância.

Existem vários tipos desses sistemas, como, por exemplo, a organização de redes constituídas de fontes sentinelas de notificação especializadas. Outra técnica é baseada na ocorrência de evento sentinela. Evento sentinela é a detecção de doença prevenível, incapacidade, ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Entende-se que, toda vez que isso ocorre, o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção adotadas.

A instituição de unidades de saúde sentinela tem sido muito utilizada no Brasil para a vigilância das doenças infecciosas e parasitárias que demandam internamento hospitalar. O monitoramento de grupos alvos, através de exames

periódicos, é de grande valor na área de prevenção de doenças ocupacionais.

Objetivo principal do monitoramento é identificar os agentes circulantes causadores de doenças no município, direcionando ações rápidas para interromper a cadeia de transmissão do agravo identificado evitando surtos, epidemias ou pandemias.

Atualmente a Unidade Sentinela para Síndrome Gripal e para Arboviroses em Toledo é o Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Dr Jorge Milton Nunes, que conforme pactuação com SESA-PR, devem ser realizadas cinco coletas semanais de usuários com sintomas gripais e cinco coletas semanais de usuários com sintomas sugestivos de arboviroses. As coletas são encaminhadas ao Posto de Coleta e Processamento de Amostras para posterior envio ao LACEN-PR.

Já a Unidade Sentinela para pesquisa de coqueluche é a Unidade de Pronto Atendimento - UPA, sendo que as coletas são realizadas conforme identificação de casos suspeitos.

A Unidade Sentinela para monitoramento das DDA (Doenças Diarreicas Agudas) está localizada na Unidade Básica de Saúde do Jardim Coopagro e Unidade de Pronto Atendimento Municipal-UPA, onde são observados o quantitativo de atendimentos de usuários com queixa de diarreia e o aumento expressivo dos números desencadeia uma série de ações do setor de vigilância epidemiológica para elucidação de agentes causadores ou fontes de contaminação específicas.

6. DIAGNÓSTICO DE CASOS:

A credibilidade do sistema de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde – que são responsáveis pelo atendimento dos casos – diagnosticarem corretamente as doenças e agravos. Para isso, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica. Diagnóstico e tratamento, feitos corretamente e oportunamente, asseguram a confiança da

população em relação aos serviços, contribuindo para a eficiência do sistema de vigilância.

No ano de 2023 foram realizadas diversas capacitações, entre elas a Capacitação De Enfermeiros Para Testagem Rápida e Aconselhamento capacitação essa que precisa ser realizada com frequência devido às mudanças nos testes e metodologias de testagem e eventuais atualizações, além de alterações no quadro de servidores novos que demandam capacitação.

7. NORMATIZAÇÃO

A definição de normas técnicas é imprescindível para a uniformização de procedimentos e a comparação de dados e informações produzidos pelo sistema de vigilância. Essas normas devem primar pela clareza e constar de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros, disponíveis nas unidades do sistema.

Tem especial importância a definição de caso de cada doença ou agravo, visando padronizar critérios diagnósticos para a entrada e a classificação final dos casos no sistema. Em geral, os casos são classificados como suspeitos, compatíveis ou confirmados (laboratorialmente ou por outro critério), o que pode variar segundo a situação epidemiológica específica de cada doença.

Definições de caso devem ser modificadas ao longo do tempo, por alterações na epidemiologia da própria doença, para atender necessidades de ampliar ou reduzir a sensibilidade ou especificidade do sistema, em função dos objetivos de intervenção e, ainda, para adequarem-se às etapas e metas de um programa especial de controle. Como exemplo, o programa de eliminação do sarampo ampliou a definição de caso suspeito, que hoje inclui todas as doenças exantemáticas, para dessa forma possibilitar a investigação de todos possíveis casos no sistema.

As normas técnicas têm de estar compatibilizadas em todos os níveis

do sistema de vigilância, para possibilitar a realização de análises consistentes, qualitativa e quantitativamente. Nesse sentido, a adaptação das orientações de nível central, para atender realidades estaduais diferenciadas, não deve alterar as definições de caso, entre outros itens que exigem padronização. O mesmo deve ocorrer com as doenças e agravos de notificação estadual exclusiva, em relação às normas de âmbito municipal.

8. RETROALIMENTAÇÃO DOS SISTEMAS

Um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância, em qualquer de seus níveis, é o compromisso de responder aos informantes, de forma adequada e oportuna. Fundamentalmente, essa resposta – ou retroalimentação – consiste no retorno regular de informações às fontes produtoras, demonstrando a sua contribuição no processo. O conteúdo da informação fornecida deve corresponder às expectativas criadas nas fontes, podendo variar desde a simples consolidação dos dados até análises epidemiológicas complexas relacionadas com ações de controle. A credibilidade do sistema depende de que os profissionais de saúde e as lideranças comunitárias se sintam participantes e contribuintes, bem como identifiquem a utilidade das informações geradas para a tomada de decisão.

A retroalimentação do sistema materializa-se na disseminação periódica de informes epidemiológicos sobre a situação local, regional, estadual, macrorregional e nacional. Essa função deve ser estimulada em cada nível de gestão, valendo-se de meios e canais apropriados.

Além de motivar os notificantes, a retroalimentação do sistema propicia a coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando continuidade e aperfeiçoamento do processo.

9. AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O sistema de vigilância epidemiológica mantém-se eficiente quando seu funcionamento é aferido regularmente, para seu aprimoramento. A avaliação do sistema presta-se, ainda, para demonstrar os resultados obtidos com a ação desenvolvida, que justifiquem os recursos investidos em sua manutenção.

Expressa-se a importância de um problema de saúde pública pelos seus indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos. Nesse sentido, o reconhecimento da função de vigilância decorre, em última análise, da capacidade demonstrada em informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo, as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias. Os resultados do conjunto de ações desenvolvidas no sistema são também medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, em termos de vidas poupadas, casos evitados, custos assistenciais reduzidos, etc. Informações como essas devem ser contrapostas às despesas operacionais do sistema.

A manutenção em funcionamento de um sistema de vigilância envolve variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações.

Avaliações periódicas devem ser realizadas em todos os níveis, com relação aos seguintes aspectos, entre outros: (i) atualidade da lista de doenças e agravos mantidos no sistema; (ii) pertinência das normas e instrumentos utilizados; (iii) cobertura da rede de notificação e participação das fontes que a integram; (iv) funcionamento do fluxo de informações; (v) abrangência dos tipos de dados e das bases informacionais utilizadas; (vi) organização da documentação coletada e produzida; (vii) investigações realizadas e sua qualidade; (viii) informes analíticos produzidos, em quantidade e qualidade; (ix) retroalimentação do sistema, quanto a iniciativas e instrumentos empregados; (x) composição e qualificação da equipe técnica responsável; (xi) interação com as instâncias responsáveis pelas ações de controle; (xii) interação com a comunidade científica e centros de referência; (xiii) condições administrativas de gestão do sistema; e (xiv) custos de operação e manutenção.

As medidas quantitativas de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica incluem utilidade, sensibilidade, especificidade, representatividade e oportunidade, enquanto que simplicidade, flexibilidade e aceitabilidade são medidas qualitativas. Sensibilidade é a capacidade do

sistema detectar casos; e especificidade expressa a capacidade de excluir os "não-casos". A representatividade diz respeito à possibilidade de o sistema identificar todos os subgrupos da população onde ocorrem os casos. A oportunidade refere-se à agilidade do fluxo do sistema de informação.

A simplicidade deve ser utilizada como um princípio orientador dos sistemas de vigilância, tendo em vista facilitar a operacionalização e reduzir os custos. A utilidade expressa se o sistema está alcançando seus objetivos. A flexibilidade se traduz pela capacidade de adaptação do sistema a novas situações epidemiológicas ou operacionais (inserção de outras doenças, atuação em casos emergenciais, implantação de normas atualizadas, incorporação de novos fatores de risco, etc.), com pequeno custo adicional. A aceitabilidade se refere à disposição de indivíduos, profissionais ou organizações de participarem e utilizarem o sistema. Em geral, a aceitação está vinculada à importância do problema e à interação do sistema com os órgãos de saúde e a sociedade em geral (participação das fontes notificantes e retroalimentação).

Uma das características dos sistemas de vigilância epidemiológica é estar permanentemente acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico através da articulação com a sociedade científica e formação de comitês técnicos assessores. Esta articulação é importante por possibilitar a atualização dinâmica das suas práticas pela incorporação de novas metodologias de trabalho, aprimoramento das estratégias operacionais de prevenção e controle e a incorporação dos avanços científicos e tecnológicos (imunobiológicos, fármacos, testes diagnósticos, etc). A rápida evolução das ferramentas computacionais, aliadas à redução dos seus custos, vem possibilitando o desenvolvimento de sistemas de informações mais ágeis que contribuem significativamente para tornar mais oportunas as intervenções neste campo da saúde pública.

A atual política de descentralização do sistema de saúde está proporcionando um salto qualitativo para a reorganização dos sistemas locais de vigilância epidemiológica. As secretarias estaduais estão, cada vez mais, deixando de desempenhar o papel de executoras para assumir as

responsabilidades de coordenação, supervisão e monitoramento das ações.

Os profissionais de saúde têm como desafio atual trabalhar para o desenvolvimento da consciência sanitária dos gestores municipais dos sistemas de saúde, para que passem a priorizar as ações de saúde pública e trabalhem na perspectiva de desenvolvimento da vigilância da saúde, que tem como um dos seus pilares de atuação a vigilância epidemiológica de problemas de saúde prioritários, em cada espaço geográfico.

10. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net)
- Sinan Online (Dengue/Chikungunya)
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Comitês locais e regionais, Comissões locais e regionais, GTs locais e regionais.
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
- Cartórios, etc.
- Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)
- CCIHs, Hospitais, Maternidades, etc.
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
- Clínicas Privadas, Consultórios, Estabelecimentos de Saúde, Laboratórios, etc.
- Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)
- Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) - APS/PEP/SANITÁRIA
- Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) - MONITORAMENTO COM SANITÁRIA.
- SETOR DE IMUNIZAÇÕES/CRIE/IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS - VIA G-SUS
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI WEB - DESCONTINUADO)
- Sistema de Gestão de Operadores – SGO relacionados aos sistemas de

vigilância.

- Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso - SCPA relacionados aos sistemas de interesse da vigilância. O sistema foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o intuito de unificar o cadastramento dos usuários dos sistemas WEB do Ministério da Saúde.
- CadWeb - Sistema de Informação de Cadastro do Sistema Único de Saúde versão web - sistema de cadastro gerenciado pelas unidades de saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde e monitorado pelo setor de vigilância sobre a atualização, transferência do Cartão Nacional de Saúde - CNS, em usuários advindos de outros estados e de outros municípios, além de inativação de cadastros pós óbito e inativação do cadastro individual no SIGGS após óbito e/ou mudança do usuário de endereço, cidade e/ou estado.
- Sistema de Gerenciamento de Insumos Estratégicos - SIES, sistema para gerenciamento de imunobiológicos (vacinas, seringas, agulhas, soros, diluentes, etc.)
- O sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL foi desenvolvido devido à necessidade de coordenar as atividades laboratoriais executadas pelo Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental. O escopo do sistema GAL foi elaborado para atender as atividades laboratoriais realizadas pela rede de laboratórios de saúde pública e conveniados, desde a descentralização do cadastro, gerenciamento do fluxo de exames até a confirmação ou suspeita das doenças de notificação compulsória – DNC ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. O sistema proporcionará a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e conveniados nos diagnósticos de interesse de saúde pública, notificará os resultados dos exames laboratoriais dos casos suspeitos ou confirmados das DNC ao SINAN e auxiliará na tomada de decisões epidemiológicas e gerenciais na esfera nacional, estadual e municipal. Sua utilização é feita por todos os serviços de saúde do

município, seja para inserção de exames, ou emissão de laudos, após sua liberação no sistema. A vigilância epidemiológica monitora os resultados positivos dos exames neste sistema para realização de notificação das DNCs ou monitoramento de ausência de notificação dos agravos.

- NOTIFICA COVID-19 - Sistema de notificação de casos suspeitos de COVID-19 da SESA/PR
- SIVEP Gripe - Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
- G-SUS - Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS, utilizado para diversas atividades no âmbito da vigilância epidemiológica, como pedido e recebimento de vacinas especiais, recebimento de insumos diversos, testes e medicamentos.
- SISAVAIMUNO - Sistema Avaliação de Imunobiológicos sob Suspeita da SESA/PR
- E-Gestor APS - Uma plataforma de acesso às informações dos programas, ações e estratégias do SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde utilizado pela vigilância para monitoramento de indicadores e outros assuntos relacionados a programas do ministério da saúde.
- SIVEP - DDA - Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica - Doenças Diarreicas Agudas
- e-SUS Notifica - utilizado pela vigilância para monitoramento de Eventos Adversos Pós Vacinação
- ToolboxSESA - Sistema para monitoramento de salas de vacinação e CIVP viajantes.
- e-SUS Sinan - atualização do SINAN em fase de implantação, somente utilizado no momento para notificações de MPox e Chagas. Deve futuramente substituir o aplicativo SINAN NET.

Estes são os principais sistemas utilizados, porém o SNVE utiliza diversas outras ferramentas eletrônicas para notificação, investigação e monitoramento de casos de doenças que não estão descritas aqui. Ex: RedCap, Google Forms, Google Planilhas, etc.

11. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS:

Notificação e investigação dos eventos adversos – atribuições dos diferentes níveis do sistema de saúde relacionados à assistência, insumos, etc.

SISAVAIMUNO - Notificação e investigação de casos eventos adversos supostamente atribuíveis a vacinação e/ou incursões de temperatura ou de estabilidade dos imunobiológicos assim como desvios de qualidade dos insumos recebidos para vacinação.

NOTIVISA - Realização de Notificações de Eventos Adversos relacionados aos insumos utilizados na assistência direta ou indireta aos pacientes e possíveis desvios de qualidade dos insumos utilizados na rotina dos estabelecimentos de saúde (ex. seringas, agulhas, testes, medicamentos, vacinas com possíveis problemas identificados pelos profissionais de saúde).

AEQ - Avaliação da correta execução dos testes rápidos na rotina dos serviços pelos profissionais executores.

SETOR DE LOGÍSTICA DE INSUMOS E TESTES RÁPIDOS - a vigilância epidemiológica possui um setor que fica responsável pela administração dos insumos e testes recebidos do Ministério da Saúde e do Estado do Paraná e enviados aos serviços de saúde para assistência aos pacientes. Realiza controle de estoque, armazenamento, distribuição e remanejamento dos insumos com vias para manter todos os serviços abastecidos. Os principais insumos geridos por este setor são:

TESTES RÁPIDOS DE HIV/AIDS, SÍFILIS, HEPATITES VIRAIS B E C, COVID-19, DOENÇA DE CHAGAS, MALÁRIA, HANSENÍASE E TUBERCULOSE, ALÉM DE OUTROS EVENTUALMENTE INCORPORADOS OU FORNECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DISTRIBUÍDOS AO MUNICÍPIOS PARA UTILIZAÇÃO.

MATERIAL DE LABORATÓRIO PARA COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS - TUBOS, SERINGAS, AGULHAS, SCALPS, CATETERES, FRASCOS, CAIXAS TÉRMICAS, TERMÔMETROS, BATERIAS, ETC.

INSUMOS DE VACINAÇÃO (VACINAS, SOROS, IMUNOGLOBULINAS, E

TRATAMENTOS TUBERCULOSE, ESPOROTRICOSE, LEISHMANIOSE, RAIVA, TÉTANO, ENTRE OUTROS EVENTUALMENTE NECESSÁRIOS).

12. ESPECIFICAÇÃO E QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS:

Desde janeiro de 2021 houve a incorporação ao quadro de profissionais do setor de vigilância epidemiológica de 3 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 1 médico infectologista.

Atualmente o setor de vigilância epidemiológica conta com 17 profissionais conforme especificação no quadro abaixo:

SETOR		**ESPECIFICAÇÃO E QUANTITATIVO**
Vigilância Epidemiológica		- 05 Enfermeiros - 06 Técnicos de Enfermagem - 01 Assistente administrativo - 01 Motorista - 01 Médico infectologista - 01 Técnico em Vigilância (realocado com objetivo de impedir conflito de interesse por cumprir mandato como vereador)
Posto de Coleta e Processamento de Amostras Laboratoriais para envio ao LACEN		- 01 Técnico de Enfermagem - 01 Técnico em Laboratório

Estão previstas para o setor de vigilância epidemiológica 4 Funções Gratificadas (FG 05 - Supervisor de Equipe de Controle Epidemiológico (Epidemiologia) para os enfermeiros coordenadores devido a responsabilidade pelo setor 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Dentre as atribuições destes profissionais estão:

- São responsáveis pela equipe de técnicos de enfermagem do setor, realizando o acompanhamento e monitoramento de todas as atividades desempenhadas durante o dia de trabalho;
- Realizam digitação, monitoramento e avaliação de todos os agravos do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação);
- Monitorar o sistema de gerenciamento de exames dos agravos de interesse epidemiológico;
- Responsáveis pela fiscalização e monitoramento das salas de vacina municipais, desde a localizada nas dependências da vigilância epidemiológica, como nas localizadas nas unidades básicas de saúde e prontos atendimentos., realizando previsão de estoque e distribuição dos insumos;
- Monitorar os eventos adversos relacionados a vacinação em toda a rede municipal;
- Realizam repasses técnicos direcionados aos profissionais da rede pública e privada referente a agravos e fluxos municipais;
- Responsáveis pelo fornecimento e análise de todos os dados epidemiológicos municipais para confecção dos documentos de gestão;
- Realizar a investigação e codificação dos óbitos com causas básicas mal definidas que ocorrem no município de Toledo;
- Responsáveis pela investigação dos óbitos maternos e infantis e óbitos por suspeita de dengue e HIV;
- Responsáveis pela emissão de boletins epidemiológicos municipais;
- Responsáveis por acolher e responder as ouvidorias recebidas e emitir parecer de solicitações gerais do setor;
- Representar o setor de vigilância em reuniões de comitês municipais e regionais;
- Ser referência 24 horas por dia, 7 dias por semana, em escala de plantão, para os hospitais e prontos atendimentos nos casos de acidente com animais peçonhentos nascimento de criança de mãe portadora de Hepatite B, onde obrigatoriamente deve ser fornecido soro e imunoglobulina em tempo hábil, evitando sequelas e transmissão vertical de doenças; atendimento antirrábico no fornecimento de soro ou imunoglobulina antirrábica; orientações às equipes de pronto atendimento e hospitais

públicos e privados em relação a fluxos e protocolos dos agravos de notificação compulsória a qualquer horário; realização/orientação de quimioprofilaxias e bloqueios nos casos de meningite, coqueluche e sarampo; fornecimento de insumos (testes rápidos, declaração de óbito) em caso de falta nos serviços a noite, finais de semana e feriados; recolhimento e monitoramento das vacinas em caso de falta de energia ou falha dos equipamentos; fornecimento de medicação para tuberculose, para início de tratamento de forma imediata.

13. ESPECIFICAÇÃO DAS FROTAS:

Especificação das frotas no setor de Vigilância Epidemiológica:

FROTA	VEÍCULO	PLACA	ANO
784	Logan	AYN-6283	2014/2015
877	Van Master	BCY-8G33	2018/2019

14. RESUMO PRODUTIVIDADE

Segue alguns dados da produtividade no setor de vigilância epidemiológica de 2021 a 2024.

Importante destacar que nesse período houve alteração no formato do relatório estatístico mensal antes realizado de forma manual e sem padrão de confecção. Atualmente todos os campos do relatório são padronizados, permitindo interpretação segura dos dados produzidos no setor.

EM ANDAMENTO

15. MANUTENÇÃO PERIÓDICA DO GERADOR

Fica sob responsabilidade da epidemiologia todo o estoque municipal de soros, imunoglobulinas e vacinas, funcionando como central de distribuição para todas as unidades de saúde da cidade e interior, além dos Pronto Atendimentos e hospitais.

Diante das constantes quedas de energia no prédio, em março de 2023 foi instalado gerador de energia no setor de vigilância epidemiológica, com objetivo de garantir a manutenção da temperatura dos imunobiológicos e evitar perdas de insumos. Para garantir abrigo adequado ao equipamento foi construído um local específico para guarda e conservação do gerador. O combustível (Diesel comum) para o funcionamento do mesmo deve ser solicitado ao departamento administrativo financeiro que emite nota de empenho para retirada em posto credenciado.

16. FINALIZAÇÃO DO FLUXO MUNICIPAL DIANTE DE CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE ESPOROTRICOSE ANIMAL

A esporotricose animal se tornou em problema de saúde pública no Paraná, diante disso foi publicada a Nota técnica Conjunta 6/2023 que dispõe sobre ações de vigilância e controle da esporotricose animal de responsabilidade do município e estado.

Para cumprir o que estabelece a nota técnica conjunta, se iniciou um processo de discussão entre Secretaria de Meio Ambiente e setores de vigilância ambiental e epidemiológica, com objetivo de definir as responsabilidades de cada secretaria e estabelecer fluxo municipal diante de um casos suspeitos ou confirmados de esporotricose.

Além disso, foi realizada capacitação aos Agentes e Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde que são profissionais que auxiliam os médicos veterinários no processo de investigação e identificação de animais doentes nos territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde.

17. IMPLANTAÇÃO DE COMITÊ MUNICIPAL DE ANÁLISE DE ÓBITOS DE AGRAVOS OBRIGATÓRIOS:

Alguns óbitos decorrentes de agravos específicos como por exemplo Dengue, Tuberculose, HIV precisam passar por análise técnica através da instituição de um comitê municipal de investigação de óbitos que deve ser composto por profissionais de saúde e demais membros que se façam

necessários. O objetivo da investigação é identificar a causa básica correta do óbito para fins epidemiológicos e definir ações preventivas para impedir ou reduzir o número de óbitos considerados evitáveis. A minuta da portaria de instituição do comitê e do Regimento Interno está em fase de confecção por enfermeiro do setor de Vigilância Epidemiológica.

18. IMPLEMENTAÇÃO DAS FICHAS DO SINAN NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO LOCAL:

O sistema de informação municipal utilizado atualmente não possui a funcionalidade que permite o preenchimento das fichas de notificação de agravos obrigatórios automaticamente. Diante disso, os profissionais precisam preencher toda a ficha no papel, tornando moroso o processo de preenchimento e aumentando a chance de inconsistências ou ausência de dados de preenchimento obrigatório.

Buscando resolver esse problema, os enfermeiros do setor de vigilância epidemiológica realizaram reuniões com responsável local pelo sistema de informação e técnicos do departamento de gestão, com objetivo de buscar adequação do sistema para que ocorra o preenchimento obrigatório das fichas de notificação durante o atendimento ao usuário automaticamente.

19. IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE REFERÊNCIA PARA OS AGRAVOS TUBERCULOSE E HANSENÍASE:

Devido ao aumento significativo de usuários com diagnóstico de Tuberculose e Hanseníase em Toledo, e diante da complexidade e especificidade do acompanhamento e tratamento por profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimentos e Hospitais, viu-se a necessidade de retomar o Centro de Referência Municipal para dar apoio aos profissionais da ponta que atendem esses usuários.

O objetivo do centro de referência é dar apoio aos profissionais na discussão de casos, esclarecimento de dúvidas e quando necessário e seguindo critérios estabelecidos em protocolo municipal, compartilhar os

atendimento entre profissionais generalistas e especialistas como infectologista e dermatologista.

Os fluxos e definições de casos que devem ser encaminhados ao Centro de Referência estão em fase de finalização pela enfermeira responsável pelos agravos, com a colaboração do médico infectologista.

20. IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE MONITORAMENTO DAS CONSERVADORAS DE VACINA:

Devido a necessidade de monitoramento contínuo da temperatura dos imunobiológicos e vacinas armazenados nas câmaras de vacinas das unidades de saúde e da vigilância, necessitou-se implantar um sistema de monitoramento contínuo que emitisse alertas e relatórios relacionados a incursões de temperatura e quedas de energia. Gerando alertas que informassem os responsáveis das unidades e da vigilância epidemiológica para os procedimentos do plano de contingência para queda de energia e recolhimento ou remanejamento dos insumos em situações de urgência para evitar perdas.

Desta forma, implantou-se um piloto de monitoramento via wi-fi logger no sistema interno da vigilância que monitora as câmeras em tempo real gerando alertas e boletim diário sobre oscilações de temperatura que são enviados ao e-mail e celulares dos responsáveis, com resultados satisfatórios. Com isso, decidiu-se ampliar o mesmo modelo de monitoramento para que fosse instalado em todas as unidades de saúde do município.

21. DESCENTRALIZAÇÃO DO SIES:

Desde o segundo trimestre 2024 iniciou-se o processo de descentralização do SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS - SIES, iniciamos com a ESF BRESSAN - CEZAR PARQUE como piloto por ser uma unidade menor e com menos fluxo de vacinação, com a realização de capacitação da equipe, instalação dos sistemas na sala de vacinação e organização dos fluxos internos de pedido, recebimento e pedido de

suprimento dos insumos, com bons resultados até o momento.

22. MONITORAMENTO DOS INDICADORES PARA GARANTIR A ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS CONGÊNITA E HIV, HEPATITES VIRAIS E OUTRAS DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO:

Desde o ano de 2020 com o advento da pandemia da COVID-19, criação do Ambulatório Materno Infantil - AMI e com a necessidade de monitoramento contínuo da sífilis em gestante e da sífilis congênita no município, criou-se em parceria com o departamento de vigilância epidemiológica e atenção primária em saúde o COMITÊ MUNICIPAL DE TRANSMISSÃO VERTICAL E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO.

O comitê é responsável por monitorar e elaborar políticas públicas com vias a eliminação de doenças e evitar a ocorrência de novas infecções de transmissão vertical, como de sífilis, HIV/AIDS, Hepatites Virais, HTLV-1 e HTLV-2, além de outras doenças que estão sendo incorporadas ao mesmo programa.

Durante esse processo e desde que foi implantado o monitoramento, o município conquistou algumas das metas pactuadas no processo e o título de cidade livre da sífilis congênita e do HIV em crianças menores de 05 anos. Em 2023 recebeu em Brasília a CERTIFICAÇÃO DA ELIMINAÇÃO VERTICAL DO HIV/AIDS E DA SÍFILIS. Em 2024 o município pleiteou o título de SELO DE BOAS PRÁTICAS RUMO A ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA HEPATITE B - com resultado ainda não divulgados pelo Ministério da Saúde - e segue realizando o monitoramento dos casos com vias a futuramente pleitear a eliminação da transmissão vertical desta doença também.

A certificação de eliminação é feita conforme critérios e etapas estabelecidos no Guia para Certificação da Eliminação de Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis. Os municípios devem ter, no mínimo, 100 mil habitantes e, assim como os estados, devem manter critérios básicos e alcançar as metas de eliminação a partir dos indicadores de impacto e de processo. O Selo de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis

nas categorias bronze, prata ou ouro é conferido às localidades que alcançaram indicadores próximos da eliminação.

A vigilância epidemiológica dispõe hoje de um profissional enfermeiro que realiza o monitoramento contínuo dos casos, das metas de impacto e de processo e realiza intervenções e buscas ativas quando necessário junto ao departamento de atenção primária à saúde e às unidades de saúde dos territórios, para identificar precocemente possíveis falhas durante os processos que possam culminar com a ocorrência de novos casos de transmissão vertical e com vias a manutenção dos títulos já conquistados pelo município e com o objetivo de ampliar o cuidado contínuo (integralidade do cuidado) dos agravos em eliminação.

O monitoramento é realizado pelos enfermeiros com a utilização de instrumentos digitais de monitoramento como planilhas compartilhadas e prontuários eletrônicos dos pacientes, laudos de exames laboratoriais enviados pelos laboratórios locais e nas unidades de saúde com o preenchimento de instrumentos físicos de acompanhamento (fichas de monitoramento) que necessitam ser enviados todos os meses para o setor de vigilância epidemiológica.

TEMAS A DELIBERAR

Após a instalação do gerador de energia, o setor administrativo financeiro ficou responsável por iniciar processo licitatório para realização da manutenção preventiva e corretiva do equipamento, portanto precisa monitorar o processo licitatório para garantir que ocorra as manutenções conforme recomendação do fabricante.

Com relação a esporotricose animal deve ser retomada a discussão entre o médico veterinário e a secretaria do meio ambiente, buscando parceiros para realização de diagnóstico laboratorial, eutanásia e incineração, quando for estritamente necessário e orientado por profissional habilitado, além de finalizar a confecção do fluxo municipal padronizando toda a ação dos técnicos referente a esta zoonose.

Para implantação do comitê de investigação de óbitos decorrentes de agravos de notificação obrigatória é necessário finalizar a minuta da portaria de instituição do comitê e do Regimento Interno para posterior publicação em órgão oficial e início das reuniões de trabalho.

Com objetivo de adequar o sistema de informação em saúde para o preenchimento automático das fichas de notificações do SINAN é necessário continuar a discussão entre desenvolvedores do sistema de informação, técnicos do departamento de gestão e enfermeiros do setor de vigilância epidemiológica. A ficha de notificação da dengue foi priorizada diante do quantitativo em condições de surtos ou epidemias, e necessidade de agilidade no atendimento nas unidades de saúde e Pronto Atendimentos, resultando em dados fidedignos e confiáveis.

Para que o Centro de Referência para os agravos de Tuberculose e Hanseníase inicie é necessário finalizar os fluxos e protocolos de atendimento que estão sendo elaborados por enfermeira responsável pelos agravos no setor de vigilância epidemiológica, além da organização das agendas dos especialistas de referência (infectologista e dermatologista).

O processo de implantação de sistema de monitoramento das conservadoras de vacina é visto como fundamental para a seguridade da qualidade dos insumos relacionados à imunização e deve ser visto como prioridade para o ano de 2025. Pendências relacionadas ao monitoramento são: a liberação de rede de internet interna nas unidades para a conexão dos aparelhos, aquisição destes, instalação e o contrato de manutenção do sistema instalado nas mesmas.

Em virtude da situação de emergência em saúde pública relacionada a Dengue no município no ano, os processos de descentralização do SIES tiveram de ser suspensos. Diante disso, entre os meses de novembro e dezembro será retomado o processo de descentralização para as demais unidades de saúde, ficando sob responsabilidade dos enfermeiros do setor de vigilância epidemiológica.

Estão pendentes a respeito do processo de eliminação da transmissão vertical da sífilis congênita e HIV, Hepatites Virais e outras doenças de eliminação a ampliação do comitê municipal de transmissão vertical para incluir e monitorar os agravos: HTLV-1 e 2 e Doença de Chagas. Para os próximos anos consta ainda como pendência a manutenção do certificado de eliminação de HIV e sífilis (processo reavaliado pela comissão nacional de revalidação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana de Saúde - OMS/OPAS e atingir os objetivos e metas para eliminação da Hepatite B (em processo), HTLV-1 e 2 e da doença de chagas. Ainda a respeito deste item, consta como pendência a ampliação da Avaliação Externa da Qualidade - AEQ dos testes rápidos realizados pelos enfermeiros nas unidades de saúde e serviços que realizam testagem rápida, processo iniciado com o piloto dos enfermeiros da Vigilância Epidemiológica e no CTA/SAE realizado pela equipe daquele serviço. Necessidade de ampliar para todo restante da rede municipal.

Com relação aos sistemas de informação, especificamente o SINAN Net, faz se necessário ampliar a quantidade de máquinas para digitação de fichas e tabulação de dados, foi realizado em 2024 a aquisição de um computador novo para transferência do banco de dados raiz do SINAN NET, porém até o momento não foi realizada a transferência uma vez que este serviço necessita ser feito na 20RS de Saúde, para isso é necessário parar a utilização do sistema até que seja concluído todo o processo de transferência para evitar perdas ou sobreposição de dados.

Em 2024 foi realizado um teste com a instalação do atalho SINAN NET em 09 máquinas do setor, funcionou perfeitamente por um dia, porém, devido às exigências técnicas do setor de informática, que relata não ser possível a utilização de IP (internet protocol) fixo na maquina mãe (servidor) por questões relacionadas à segurança e ao antivírus instalado na máquina, desta forma o setor de vigilância epidemiológica necessita de um novo servidor (máquina) que possua este endereço IP fixo, para que as demais máquinas possam se comunicar de forma contínua com está, para que posteriormente este servidor possa enviar os dados aos servidores dos níveis centrais em segurança. Em

processo de licitação de novas máquinas com previsão de chegada em dezembro de 2024.

Ainda consta como necessidade do setor de vigilância epidemiológica a aquisição de automóveis para uso dos técnicos e incorporação de mais profissionais, além da ampliação da carga horária do médico infectologista devido à alta demanda desse profissional no setor.

SETOR DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

HISTÓRICO

O Setor de Controle de Endemias realiza inúmeras ações no combate às doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, contando com a atuação de Agente de Combate às Endemias, que realizam trabalhos de campo com visitas diretas às residências e estabelecimentos para controle e orientação, bem como atuam em ações indiretas com a realização de palestras em escolas e estabelecimentos diversos, divulgando os programas desenvolvidos no âmbito do setor e fiscalização em situação de denúncias/reclamações.

1. ESPECIFICAÇÃO E QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS:

Desde janeiro de 2021 houve a incorporação ao quadro de profissionais do setor de 33 novos Agentes de Combate às Endemias, 01 assistente administrativo e 1 motorista. Todos os Agentes foram contratados através de concurso público em substituição aos trabalhadores do regime PSS.

Atualmente o setor de Combate às Endemias conta com 112 profissionais conforme quadro abaixo:

Setor	Especificação e Quantitativo
Setor de combate às Endemias	- 108 Agentes de Combate às Endemias (sendo 02 supervisores gerais e 07 supervisores de área). - 01 Assistente administrativo - 03 Motoristas

Do total de agentes, 4 possuem restrição médica ao trabalho de campo, sendo necessário a realocação em trabalho interno no escritório. Todo profissional que tenha problemas de saúde deve passar obrigatoriamente por

perícia médica no setor de Recursos Humanos municipal para definição de sua situação de trabalho, havendo duas possibilidades de definição: apto ao trabalho de campo com permanência de insalubridade ou inapto ao trabalho de campo devendo desenvolver trabalho interno no escritório, perdendo direito do benefício da insalubridade.

Temos ainda como referência na coordenação do escritório uma ACE que recebe Função Gratificada-FG para coordenar e gerir todos os documentos e processos de trabalho do setor, juntamente com as duas supervisoras gerais.

Após a saída da coordenadora do setor em março de 2024, as supervisoras gerais assumiram todas as atribuições dentro do setor conjuntamente com a diretora do departamento e supervisores de área.

2. ESPECIFICAÇÃO DAS FROTAS:

Atualmente o setor de Combate às Endemias possui 07 carros baixos, 3 vans e 1 combi à disposição dos Agentes e Supervisores.

No ano de 2022 e 2023 houve a aquisição de 2 novos carros utilitários e 1 nova van. Além do remanejamento de 3 carros do setor de vigilância sanitária, ambiental e saúde do trabalhador para uso no setor.

Devido ao número expressivo de frotas no setor, foi designado uma ACE como responsável por manter as frotas em boas condições de uso, solicitando e monitorando as manutenções preventivas e corretivas, higienização, substituição de pneus e abastecimento.

Segue quadro abaixo com especificações dos veículos:

FROTA	VEÍCULO	PLACA	ANO
660	Uno	AUR-0262	2011/2012
535	Uno	APG-9454	2008
558	Combi	ARH-8656	2009
707	Uno	AWJ-7822	2012/2013

702	Uno	AVZ-2821	2012/2013
788	Van Master	AYQ-8986	2014/2015
827	Clio	BAP-5146	2016
844	Van Master	BBW-7237	2018
983	Strada	SDZ-8H21	2022
982	Strada	SDZ-9H58	2022
1015	Van Master	SET-8F89	2023

3. RESUMO PRODUTIVIDADE

Segue alguns dados da produtividade do setor de Combate às Endemias entre os anos de janeiro de 2021 a agosto de 2024.

EM ANDAMENTO

4. COMITÊ MUNICIPAL INTERSETORIAL DE COMBATE A DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS DE TOLEDO

O Comitê Municipal Intersetorial de Combate à dengue, Chikungunya e Zika Vírus de Toledo foi instituído através do Decreto 493, de 8 de junho de 2022, com publicação em órgão oficial no dia 09 de junho de 2022. Foi necessário alteração de alguns pontos do regimento interno do presente comitê através do Decreto nº 1.155 de 13 de maio de 2024, também publicado em órgão oficial.

As reuniões acontecem bimestralmente ou extraordinariamente considerando a situação epidemiológica para as arboviroses, sempre na sede do Setor de Combate às Endemias.

A condução das reuniões é realizada pelo presidente do comitê, ou seja,

o Secretário Municipal de Saúde.

5. DOCUMENTOS DE CONTROLE DE INSUMOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS

A gestão eficiente das atividades no setor de combate às endemias é fundamental para garantir a eficácia das ações de vigilância e controle. Para isso, o uso de planilhas organizadas e bem estruturadas se torna imprescindível, pois permite monitorar, analisar e tomar decisões informadas.

Planilhas de Férias

Essa planilha é importante para gerenciar a saída dos servidores. Com um controle rigoroso, por mês, apenas 10 agentes de endemias, um agente do escritório e um supervisor podem sair de férias. Essa medida visa minimizar o desfalque no setor. Além disso, ficou definido que, durante os dias em que o LIRAa é realizado, não haverá liberação de férias, nem protocolos de dispensa ou compensação, exceto em situações com justificativas válidas.

Protocolos de Dispensa e Compensação

É fundamental para registrar e gerenciar os protocolos relacionados à dispensa e compensação dos agentes, bem como as informações sobre vale-alimentação e insalubridade. Com esses dados, podemos monitorar as ausências dos agentes de forma eficiente e repassar à supervisão os dias em que determinados profissionais não estarão em atividade. Essa organização garante uma comunicação clara e a continuidade das operações, permitindo um planejamento adequado das atividades no setor.

Controle de Sistema de Pontos

A planilha de controle do sistema de pontos, atestados e declarações médicas é essencial para otimizar o fechamento mensal do sistema de pontos. Ela permite uma visualização clara de eventuais problemas, como falhas no relógio de ponto biométrico, interrupções por falta de energia e a ausência de lançamentos de documentação médica. Dessa forma, facilitamos a identificação de situações que exigem intervenção do setor de Recursos Humanos para garantir que toda a documentação necessária seja devidamente

registrada e atualizada. Com essa planilha, asseguramos um gerenciamento eficiente das informações de presença e ausência, contribuindo para a organização e a transparência nas relações de trabalho.

Almoxarifado

A gestão de materiais no almoxarifado é realizada quinzenalmente através de pedidos efetuados pelo sistema SIGSS, garantindo a reposição do estoque mínimo necessário para o andamento das atividades do setor. O controle rigoroso do estoque é essencial para evitar a falta de insumos críticos. Com as informações organizadas em planilhas, conseguimos monitorar tanto a quantidade de materiais disponíveis quanto as necessidades de reposição. As planilhas de estoque de materiais de campo, uniformes e materiais do escritório são atualizadas semanalmente, às segundas-feiras. Nesse processo, registramos as baixas de todos os itens entregues ou utilizados na semana anterior. Quando novos materiais chegam do almoxarifado, realizamos a contagem e registramos a entrada nas planilhas correspondentes, além de fazer os lançamentos necessários no SIGSS. Adicionalmente, as planilhas de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e insumos utilizados pela equipe de nebulização são atualizadas mensalmente. Os pedidos de inseticida, realizados pelo site SIES, e de gasolina, feitos na Secretaria de Saúde, são feitos conforme a demanda. Para a reposição dos EPIs, os agentes informam suas necessidades com uma antecedência de 30 dias. Por fim, a planilha anual contém uma lista de todos os insumos necessários para o funcionamento do setor. Essa planilha é fundamental, e deverá ser baseada nas informações das planilhas anteriores, pois consta a média da necessidade para o ano subsequente.

Planilha de Acumuladores

Esta planilha registra informações detalhadas sobre os acumuladores, incluindo o nome, endereço completo, a situação encontrada e o encaminhamento dado. Além disso, é anotada a data em que a limpeza do imóvel foi realizada, permitindo um acompanhamento efetivo das ações tomadas.

Planilha de Processos

Contém informações essenciais sobre os processos em andamento, como o número do processo, o nome do proprietário, o endereço completo do imóvel em questão e a situação atual do processo. Também são registradas ocorrências de reincidência e o valor das multas aplicadas. Essas informações são fundamentais para monitorar o progresso dos processos e identificar possíveis reincidências.

Planilha dos Pontos Estratégicos

Esta planilha abrange todas as informações relevantes sobre os Pontos Estratégicos (PEs) do município, incluindo nome do estabelecimento, endereço completo, CNPJ e quadra. Ela é atualizada conforme a necessidade identificada pelos agentes e é utilizada para o controle e envio das Resoluções SESA, registrando o número do ofício, a data de envio da resolução, o responsável pela assinatura e a data de recebimento e confirmação do documento recebido.

Planilha de Quantitativo de Vistorias

Essa planilha permite o monitoramento da quantidade de imóveis vistoriados pelos agentes de combate às endemias semanalmente. É preconizado que cada agente realize entre 20 e 25 vistorias por dia, e a planilha ajuda a garantir que essas metas sejam cumpridas.

Reconhecimento Geográfico

Esta planilha contém a totalização de quadras em cada bairro, incluindo informações sobre residências, comércios, terrenos baldios e pontos estratégicos, entre outros. Esses dados são fundamentais para a contagem das atividades 4 e do LIRAa, permitindo uma análise detalhada e organizada, com a classificação separada por estratos.

Planilha de Ações

A planilha de ações desempenha um papel essencial na organização e monitoramento das ações educativas e preventivas realizadas pelos agentes,

que incluem apresentações teatrais, desenvolvido para abordar de forma lúdica e informativa a importância da prevenção e os riscos associados à dengue. Além disso, a planilha cobre orientações feitas durante eventos públicos na cidade, onde os agentes se envolvem diretamente com a população, esclarecendo dúvidas, distribuindo material informativo e promovendo práticas de prevenção. Outro aspecto relevante é o registro de palestras em escolas e empresas, que busca envolver alunos e professores em uma abordagem educacional preventiva, fomentando a conscientização e o engajamento das novas gerações. Esta planilha registra a data, o local, a ação realizada, o número de agentes envolvidos e o total de pessoas alcançadas.

6. BLOQUEIO MECÂNICO E QUÍMICO:

O bloqueio mecânico e químico é uma estratégia essencial no combate às endemias, especialmente no controle do mosquito Aedes aegypti. Essa abordagem envolve a utilização de métodos físicos e químicos para interromper a reprodução e a disseminação desses vetores.

Bloqueio mecânico

Refere-se à utilização de barreiras físicas e eliminação manual para impedir o acesso do mosquito aos locais de reprodução e alimentação.

- É verificado no site do SINAN os casos suspeitos e confirmados de dengue, identificando as informações pessoais do paciente, o endereço e o bairro.
- Após isso, é identificado a quadra que o paciente reside para elaborar o raio para realizar o bloqueio mecânico, sendo 300 metros para cada lado, podendo se estender se o bairro tiver muitos casos ou áreas de risco.
- É verificado qual equipe de agentes se deslocará até o local com a supervisão de área, por meio de van, para realizar o bloqueio mecânico. Realizando vistorias, eliminações, aplicação de larvicidas em locais que possuem larvas e que impossibilita a eliminação, orientações sobre os cuidados e caso encontre foco feito notificação, e informando que no dia seguinte será passado o bloqueio químico.

Bloqueio químico

Envolve a aplicação de produtos químicos, como inseticidas, para eliminar larvas e mosquitos adultos. A utilização de nebulizações para dispersar inseticidas em áreas de alto risco, visando atingir mosquitos adultos em atividade, uso do larvicida em locais com acúmulo de água, para eliminar as larvas antes que se tornem mosquitos adultos.Atualmente, temos 4 agentes de endemias que são operadores das bombas costais, que fazem esse trabalho de controle químico.

- É avisado no grupo de melicultores sobre a passagem do inseticida, para fazer os procedimentos de cuidados com a criação de abelhas.
- O horário de aplicação deve ser entre às 05:30 até o período da manhã, não podendo ser quando ocorrem neblinas, chuvas ou vento. Os próprios operadores verificam a situação climática para aplicação.
- O bloqueio químico é feito na mesma área que ocorreu o bloqueio mecânico, podendo também se estender, principalmente quando tem mais casos de dengue no bairro.
- Em bairros em que a infestação e a quantidade de casos é maior, é feito 3 ciclos de bloqueios químicos, ou seja, é passado 3 vezes o inseticida em dias intercalados.

No geral, os bloqueios mecânicos e químicos aumentam significativamente entre os meses de novembro a abril, pelo fato de ocorrer mais períodos de chuvas e sol, propício para a proliferação do vetor.

Segue quadro abaixo com especificações das bombas Costais:

Planilha bombas costas

FUMACÊ

O Ultra Baixo Volume (UBV) pesado acoplado a veículos, só é disponibilizado ao município quando os dados epidemiológicos enviados pela Secretaria Municipal de Saúde ao Estado indicam uma situação de epidemia. Para que o "fumacê" seja autorizado, é necessário que a Secretaria Municipal

de Saúde apresente um aumento expressivo nos casos de arboviroses, que, uma vez confirmados, permitem ao Estado decretar a situação epidêmica. Após, a Secretaria Municipal de Saúde tem a permissão para solicitar o UBV pesado. Posteriormente esta solicitação será analisada tecnicamente pela SESA PR que então irá emitir um parecer sobre a solicitação, uma vez que, quem define se será usado o fumacê é apenas a SESA PR.

7. LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES PARA Aedes aegypti (LIRAa):

Este levantamento permite a avaliação da situação de infestação do município, proporcionando dados fundamentais para o planejamento e a implementação de ações de controle. A metodologia do LIRAa consiste em realizar inspeções em imóveis do município, onde são identificados e contabilizados os criadouros do mosquito.

A execução do Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAa) requer um planejamento estratégico e operacional, envolvendo várias etapas que garantem sua realização de maneira eficaz. Abaixo, o passo a passo detalhado de como o planejamento deve ser feito para que o setor possa iniciar o LIRAa:

Definição de cronograma

O LIRAa, no município de Toledo, é realizado em quatro ciclos ao longo do ano, geralmente nos meses de janeiro, abril, julho e outubro. É necessário definir um cronograma para a realização das atividades em cada ciclo, de acordo com a época mais propícia para o aumento da infestação do Aedes aegypti.

O levantamento deve ocorrer em um intervalo de 3 a 5 dias, para garantir que os dados reflitam a realidade do momento.

Ao definir as datas, uma semana antes de iniciar o LIRAa, deve ser enviado um ofício para 2ª Promotoria de Justiça, Conselho Municipal de Saúde, 20ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária.

Por orientação da Regional de Saúde de que o município de Toledo deve

seguir o calendário estadual de execução do LIRAa, incluiu-se como proposta no Plano de ação e contingência da dengue 2024-/2025 que a partir de 2025 sejam realizados 6 LIRAas por ano e não somente 4, ou seja, um LIRAa ao final de cada ciclo de vistorias. O objetivo de aumentar a frequência dos levantamentos é trabalhar com dados mais fidedignos e em tempo real, possibilitando a intervenção rápida nas localidades com maior índice de infestação ou depósitos predominantes.

Divisão do município em estratos

- Setorização do município - O setor possui a divisão do município por estratos (grupos de bairros com características homogêneas), que são as áreas onde as inspeções serão realizadas. A setorização é importante para que o levantamento cubra diferentes regiões e tenha representatividade estatística.
- Definição de amostras por estrato - após obter as informações dos bairros por estratos, os dados são lançados no programa LIRAa, para determinar quais quarteirões e o número total de imóveis a serem vistoriados nos bairros. A quantidade de imóveis a serem visitados é determinada conforme a metodologia padrão, respeitando o tamanho da população e a estrutura de cada estrato

Formação e treinamento das equipes de campo

- Todos os agentes de combate às endemias participam do LIRAa.
- Distribuição dos materiais de campo - cada equipe deve ser equipada com mapas das áreas a serem inspecionadas, fichas de levantamento, larvicidas (para eliminar focos encontrados) e equipamentos de proteção individual (EPIs).

Logística e apoio operacional

- Transporte e mobilidade - o planejamento deve prever como as equipes serão distribuídas pelos estratos. As frotas, compostas por 3 vans e 7

veículos pequenos, facilitam o acesso às áreas. Para trabalhar de forma mais eficiente, todos os agentes precisam estar disponíveis para o mutirão. E a quantidade ideal de frotas para operar de maneira eficiente é de 4 vans.

- Comunicação com os moradores - durante a semana que antecede o LIRAa, os agentes devem informar os moradores sobre a ação com antecedência, para que possam ser recebidos nos domicílios.

Execução do Levantamento

- Inspeção nos imóveis - as equipes visitam os imóveis da amostra definida e verificam a existência de focos de Aedes aegypti. São inspecionados todos os recipientes que podem acumular água e servir de criadouro para o mosquito.
- Coleta e registro de dados - os dados sobre a presença de larvas ou pupas de Aedes aegypti, tipos de criadouros e quantidade de recipientes são registrados em formulários. A correta identificação dos tipos de criadouros é crucial para ações de controle.

Análise e Compilação dos Dados

Após a finalização do LIRAa, inicia-se o processo de compilação e análise detalhada dos dados coletados em campo. A supervisão geral faz o levantamento dos resultados de cada estrato, registrando-os no programa LIRAa, que é uma ferramenta essencial para consolidar e organizar essas informações. Durante esse processo, são computados os dados referentes a cada bairro incluído em cada estrato, sendo quantificado o número de imóveis visitados e os criadouros específicos encontrados.

Para cada estrato, o tipo de depósito onde as larvas do Aedes aegypti foram encontradas é especificado, classificando-se os criadouros de acordo com sua tipologia, como depósitos móveis (baldes, garrafas), fixos (calhas, ralos), naturais (plantas com acúmulo de água) ou grandes reservatórios (caixas d'água, cisternas). Esses dados são fundamentais para identificar quais tipos de recipientes representam maior risco em cada área do município.

Após o registro completo das informações, o sistema LIRAa calcula o Índice de Infestação Predial (IIP) para cada bairro e estrato, que indica o percentual de imóveis com focos do mosquito. Com base nesse índice, o sistema classifica o nível de risco de infestação de cada estrato, utilizando parâmetros que podem variar entre baixo, médio ou alto risco, de acordo com os valores de referência do Ministério da Saúde.

Elaboração de Relatório e Definição de Ações de Controle

- Relatório do LIRAa - o setor elabora um relatório com os resultados do levantamento, destacando as áreas com maior infestação e os criadouros predominantes. Esse relatório é usado para ajustar o plano de ação de combate às endemias.
- Planejamento de ações corretivas - com base nos resultados, são definidas medidas imediatas de controle, como campanhas educativas, bloqueio mecânico, bloqueio químico e aplicação de larvicidas.
- Monitoramento contínuo - após a implementação das ações de controle, as áreas com maior infestação devem ser monitoradas mais de perto até o próximo ciclo do LIRAa.

Comunicação dos Resultados

- Divulgação para a comunidade - os resultados do LIRAa devem ser amplamente divulgados para a população, a fim de conscientizar sobre os níveis de infestação e reforçar a importância da colaboração na eliminação dos criadouros. Além de, oficializar a 2ª Promotoria de Justiça, Conselho Municipal de Saúde, 20ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária.
- Interação com órgãos de saúde - os resultados também são enviados para os órgãos estaduais e federais de saúde pública, a partir do programa LIRAa, como parte do monitoramento nacional das arboviroses.

Recursos Necessários

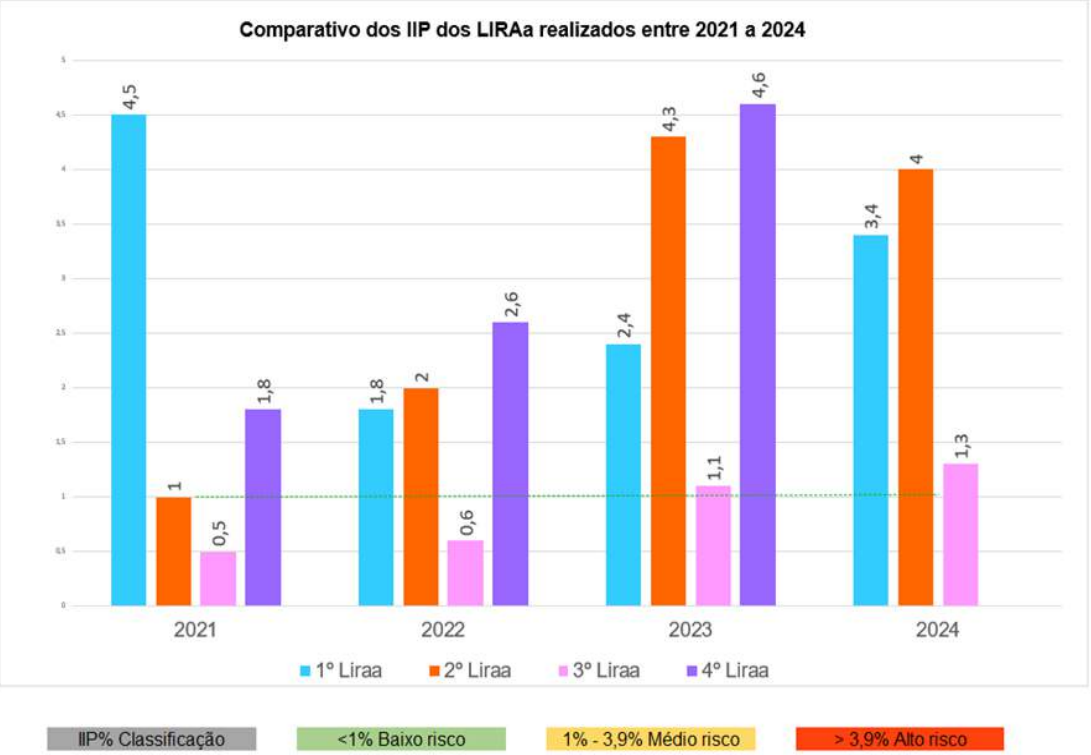
- Recursos humanos - agentes de campo, supervisores e técnicos.
- Materiais e equipamentos - mapas, formulários, larvicidas, frotas, EPIs, insumos para campanhas educativas.
- Tecnologia de informação - softwares LIRAa de coleta e análise de dados.

Resultados

Os resultados são avaliados em quatro ciclos realizados durante o ano, o que permite a identificação dos criadouros predominantes e a verificação da situação de infestação do Município, o que possibilita direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas. Como resultado ideal se espera que o índice de infestação predial seja inferior a 1%, ou seja, que dentre os imóveis vistoriados sejam encontrados focos de vetores em apenas 1% deles.

Como citado anteriormente, incluiu-se como proposta no Plano de ação e contingência da dengue 2024/2025 que a partir de 2025 sejam realizados 6 LIRAas por ano e não somente 4, ou seja, um LIRAa ao final de cada ciclo de vistorias.

Segue abaixo o resultado do Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti, entre os anos de 2021 e 2024 no município de Toledo.



8. PROGRAMA AGENTE MIRIM

É uma iniciativa voltada para a conscientização e prevenção de doenças transmitidas pelo mosquito Aedes aegypti. Esse projeto de Lei nº 85 de 2022, tem como objetivo principal engajar estudantes da rede municipal de ensino em atividades educativas relacionadas à saúde pública e combate às endemias. O programa tem um impacto muito positivo, já que as escolas privadas também buscaram o setor de endemias para implementar esse programa.

Um ponto de destaque é o desenvolvimento da capacidade crítica das crianças, que passam a conscientizar os adultos sobre o papel de cada cidadão na prevenção de doenças. Dessa forma, o programa não só educa as gerações mais jovens, mas também contribui diretamente para a melhoria da saúde pública a longo prazo.

Além de receberem coletes e materiais específicos para as atividades, os agentes mirins participam de aulas teóricas e práticas. Uma parte significativa do programa envolve visitas a campo, onde as crianças vivenciam

a rotina dos agentes de combate às endemias, realizando inspeções em seus ambientes escolares e domésticos, incentivando a formação de hábitos saudáveis desde cedo.

Essa iniciativa deve ser vista como um legado de impacto social, contribuindo para a redução de focos do Aedes aegypti e ajudando a salvar vidas.

9.PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

A Abertura de Processos de Multas no combate às endemias é uma ação regulatória fundamental para garantir o cumprimento das normas de controle de vetores, como o *Aedes aegypti*, nas áreas urbanas e rurais. Esse processo é iniciado quando as tentativas de conscientização e notificações anteriores não resultam na regularização das condições do imóvel. As multas têm como objetivo não apenas punir, mas reforçar a importância da participação ativa da população no controle de doenças como a dengue, zika e chikungunya.

Funcionamento

Identificação de irregularidade

Durante as visitas domiciliares, os agentes de endemias inspecionam os locais, verificando a existência de criadouros do mosquito. Quando identificadas irregularidades, focos em locais com acúmulo de água parada ou o não cumprimento das orientações prévias, o proprietário é notificado.

Abertura de processo

O processo é iniciado após duas notificações em um período de dois anos, Ele é baseado nas Lei “R” nº 121, de 2 de outubro de 2015 e Lei “R” n 165, de 28 de dezembro de 2009, que definem valores, infrações e trâmites.

Pesquisa de dados

Antes de abrir um processo, é realizada uma pesquisa minuciosa para

confirmar os dados do proprietário do imóvel, que incluem nome, CPF ou CNPJ e informações sobre o imóvel. Essa etapa é crucial para assegurar que o auto de infração seja corretamente dirigido ao responsável.

Elaboração do auto de infração

Após a pesquisa, confecciona-se o auto de infração, que deve incluir, a numeração das notificações anteriores, um detalhamentos das infrações encontradas e as assinaturas em duas vias, sendo uma para o morador e a outra para o arquivo do setor.

Procedimento de entrega

O auto de infração é entregue ao morador do imóvel, para assinatura. Se o morador estiver ausente, são realizadas três tentativas de entrega. Após essas tentativas, a pessoa que faz a entrega assina como testemunha, registrando a justificativa para a ausência de assinatura do morador, do mesmo modo quando o morador se recusa a assinar.

Prazo para defesa

O morador tem 30 dias para apresentar sua defesa, seja online ou presencialmente no setor de protocolos da prefeitura. Ele também pode solicitar uma cópia do auto de infração e das notificações. A defesa é então encaminhada ao Departamento de Vigilância em Saúde e, posteriormente, ao setor de endemias para anexação ao processo.

Análise e julgamento

A diretora do Departamento de Vigilância em Saúde analisa a defesa e define pelo deferimento ou não. Caso indeferida a defesa, será confeccionado o termo de imposição de penalidade conforme legislação municipal, com entrega para ciência do contribuinte. No deferimento da defesa, ocorrerá o arquivamento do processo no setor de combate às endemias.

Imposição de penalidade

Constam detalhes sobre a infração, o número de focos encontrados, a quantidade de URT (Unidade de Referência Tributária), e o valor total da multa. O termo é novamente entregue ao morador, seguindo o mesmo procedimento de entrega do auto de infração.

Emissão da multa

Após a entrega do Termo de Imposição de Penalidade, o setor de endemias emite um ofício à Secretaria da Fazenda, que confecciona o boleto para pagamento da multa. Toda a documentação do processo é arquivada no setor de combate às endemias.

Implantação de Melhorias

Para otimizar o processo, algumas melhorias estão sendo propostas:

- Reformulação de leis específicas que reforcem o combate ao Aedes aegypti.
- Envio de ofícios por e-processos, garantindo maior eficiência e rastreabilidade na comunicação.
- Acesso a um sistema atualizado e integrado às informações sobre moradores e imóveis (CPF, CNPJ, endereço).
- Atualização do Geoportal.

10. PONTOS ESTRATÉGICOS

Os Pontos Estratégicos (PEs) no combate às endemias são locais considerados de alto risco para a proliferação de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, devido ao grande potencial de acúmulo de criadouros. Esses pontos incluem ferros-velhos, borracharias, oficinas, cemitérios, depósitos de sucata, e outros locais que frequentemente acumulam água parada. O trabalho nos PEs é contínuo e exige monitoramento intensivo e regular.

O planejamento e a execução desse trabalho envolvem visitas periódicas, inspeções detalhadas e ações corretivas para eliminar focos de

vetores. Além disso, é fundamental a mobilização da comunidade e dos proprietários desses locais para garantir que medidas preventivas sejam adotadas de forma permanente. Uma vez conscientizado os responsáveis sobre a manutenção adequada dos locais pode ajudar a reduzir significativamente os criadouros.

A interrupção do monitoramento e controle desses locais poderia levar ao aumento significativo das arboviroses. Manter um cronograma de visitas quinzenal e a implementação de novas tecnologias no monitoramento são estratégias fundamentais para garantir a eficácia do controle vetorial e a saúde da população.

Atualmente, contamos com duas duplas responsáveis pelas visitas quinzenais. As agentes designadas para essas vistorias são responsáveis por agendar diretamente com as empresas os próximos retornos. A exceção é a empresa BRF, para a qual é necessário enviar um e-mail a fim de marcar e confirmar a visita na data específica indicada pelas agentes.

11. ACOMPANHAMENTO DE ACUMULADORES

É importante destacar que esse tipo de situação envolve uma ação conjunta e intersetorial, que normalmente requer a parceria dos setores da saúde, meio ambiente e assistência social. Esse trabalho tem como objetivo principal garantir que as condições de vida do acumulador não prejudiquem a saúde pública, prevenindo a proliferação de doenças, pois essas pessoas tendem a armazenar objetos e materiais em excesso, muitas vezes em condições que podem gerar riscos à saúde pública, como o acúmulo de lixo ou itens que se tornam potenciais criadouros de mosquitos Aedes aegypti, e pragas urbanas.

Além disso, é fundamental oferecer suporte para que o acumulador e seus familiares possam viver em um ambiente saudável e seguro, com dignidade e respeito. A continuidade desse trabalho é essencial para evitar que novas situações de risco sanitário surjam e garantir que as intervenções feitas tenham efeito a longo prazo, promovendo bem-estar coletivo.

A identificação ocorre durante as visitas domiciliares dos agentes, ou através de denúncias feitas pela comunidade. Quando o agente identifica esta situação ou quando chega a partir de ouvidoria, é repassado para a supervisão. A supervisão vai até o local para verificar a situação. Após isso é contatado a família do acumulador para explicar a situação e solicitar autorização para a limpeza do imóvel.

Definido uma data, a supervisão geral realiza um planejamento para a remoção dos materiais acumulados de forma adequada, garantindo que não haja risco de proliferação de doenças e a saúde e segurança dos envolvidos. É contatado a Secretaria de Meio Ambiente, para solicitar caçamba de entulho e a Secretaria de Assistência Social, para apoiar os acumuladores e suas famílias no processo de conscientização e tratamento das causas psicológicas que motivam o comportamento de acumulação. E na data, os supervisores e os agentes de endemias vão até o local para fazer a limpeza do imóvel.

Esses ambientes, com grande quantidade de objetos acumulados, muitas vezes dificultam a higienização adequada e facilitam a proliferação de pragas urbanas. Assim, o foco das ações com acumuladores é reduzir esses riscos sanitários, ao mesmo tempo em que se respeita a condição psicológica e social da pessoa.

12. ORGANIZAÇÃO DE HORAS EXTRAORDINÁRIAS NO SETOR

No setor de combate às endemias, foi estabelecido um processo estruturado para a realização de horas extras, visando uma organização eficiente e justa. Para tanto, foram definidos critérios que organizam as escalas de trabalho e respeitam a disponibilidade dos agentes.

As horas extras são distribuídas de acordo com uma lista de agentes em ordem alfabética, assegurando que a oportunidade seja oferecida de maneira equitativa. Além disso, foi desenvolvido um formulário de horas extras específico com as opções de atividades disponíveis, no qual os novos agentes devem registrar suas preferências, indicando se têm ou não interesse em realizar horas extras e, caso positivo, em quais ações. Essas informações são

registradas em uma planilha para facilitar o controle e acompanhamento.

Toda quarta-feira de manhã, a supervisão geral avalia a necessidade de agentes para as atividades previstas para o sábado. Com base nessa demanda, até as 09:00, a lista dos agentes em ordem alfabética é compartilhada no grupo geral de endemias para verificar quem está disponível para trabalhar no sábado. A escala final de participantes é concluída até sexta-feira ao meio-dia, garantindo tempo hábil para organização. Em casos de atividades específicas, como a busca ativa de escorpiões, a confirmação do agente deve ocorrer no mesmo dia.

Caso algum agente não possa participar da ação, é necessário apresentar justificativa plausível, como atestado ou declaração médica própria ou de familiares próximos, compromissos acadêmicos ou situações pessoais imprevistas de gravidade. Essas justificativas são avaliadas pela supervisão e comissão, assegurando transparência e responsabilidade no processo. Os agentes que recusarem três convites consecutivos para realizar horas extras aos sábados, sem justificativa adequada, serão excluídos da listagem, evitando desigualdades e desestimulando desistências injustificadas.

A continuidade desse processo é essencial para manter o equilíbrio nas oportunidades de horas extras, assegurando que todos os agentes interessados possam participar e que o trabalho adicional não recaia apenas sobre alguns. Essa medida promove um ambiente de trabalho justo e engajado.

Referente ao lançamento das horas extras trabalhadas, são digitadas na planilha de controle de horas extras e lançadas em um sistema online específico. As horas extras realizadas aos sábados devem ser registradas e enviadas até segunda-feira, para que possam ser analisadas e aprovadas pela diretora de Vigilância em Saúde. Após essa análise, os registros são encaminhados à Secretaria de Saúde e, em seguida, à Secretaria de Recursos Humanos, respeitando o prazo estabelecido pelo sistema.

Para as horas extras realizadas durante a semana, é necessário que o lançamento seja feito no mesmo dia ou no dia seguinte. Cada entrada deve

conter informações detalhadas, incluindo o nome do agente, a data, o horário, a opção de compensação ou pagamento, e uma descrição minuciosa do motivo das horas trabalhadas. Essa organização é fundamental para garantir a transparência e a eficiência no gerenciamento das horas extras, além de facilitar o processo de aprovação.

13. RELATÓRIO DO CICLO DE ATIVIDADES

Esses documentos reúnem informações detalhadas que permitem a tomada de decisões estratégicas, especialmente em bairros com um alto índice de imóveis fechados e focos do mosquito Aedes aegypti. O monitoramento constante e a análise cuidadosa desses dados são essenciais para a implementação de ações direcionadas e eficazes.

Diariamente, os agentes realizam vistorias em diversos imóveis, registrando todas as informações relevantes no documento FAD – Registro diário do serviço antivetorial. Essas fichas são fechadas ao final de cada dia, garantindo que os dados sejam atualizados e reflitam a situação real do município. Semanalmente, os dados coletados são consolidados em um resumo semanal do serviço antivetorial, permitindo uma visão geral das atividades realizadas.

Após a conclusão do movimento semanal, as informações são inseridas na planilha de ciclo de atividades, que inclui indicadores cruciais como, bairro, semana, atividade realizada, imóveis vistoriados, fechados, recuperados, recusas, notificações, focos, tratamentos e entre outros.

Essas informações são não apenas lançadas na planilha, mas também inseridas no sistema estadual SISPNCD. Essa prática garante que as informações sejam acessíveis para análises mais amplas e tomadas de decisões em nível municipal e estadual.

A coleta sistemática e a análise rigorosa dos dados proporcionam uma visão abrangente do cenário epidemiológico local, facilitando a identificação de áreas críticas que requerem intervenções urgentes. Com esses relatórios,

conseguimos planejar e executar ações mais eficazes, priorizando os bairros com maior necessidade e otimizando o uso de recursos.

14. RELATÓRIO DO INSETICIDA

Esse documento, elaborado após cada aplicação de inseticida, reúne informações detalhadas que garantem a eficiência e a rastreabilidade dos tratamentos realizados nas áreas afetadas.

Cada aplicação de inseticida é meticulosamente registrada, contendo dados essenciais que vão desde a identificação do município e localidade até informações específicas como a semana epidemiológica, data e horário da aplicação. Outros elementos relevantes incluem o ciclo de aplicação, identificação do motorista e operador, o tipo de inseticida utilizado, a vazão do equipamento, quarteirões tratados, tempo de aplicação (em minutos), consumo de litros da calda e do combustível, além dos quilômetros percorridos.

Essas informações são fundamentais para um controle rigoroso dos bairros que receberam tratamento, permitindo a análise do número de ciclos aplicados e a eficácia do inseticida utilizado. Além disso, os dados registrados servem para a atualização e baixa no sistema SIES, referente à quantidade de inseticida efetivamente utilizada em campo.

Embora o lançamento desses registros seja feito no sistema do estado SISPNCD, atualmente, o sistema encontra-se fora de operação. Isso requer que os dados sejam armazenados em uma planilha de controle de passagem do inseticida, assegurando que todas as informações sejam mantidas organizadas e acessíveis para futuras consultas e auditorias.

15. RELATÓRIO MENSAL

O relatório mensal é um documento essencial para o monitoramento e transparência das ações realizadas pelo setor de combate às endemias. Este relatório é elaborado com base nas planilhas do ciclo de atividades, onde se registram as ações e procedimentos executados ao longo do mês.

Complementando, são incorporadas informações das planilhas de ações, que incluem atividades desenvolvidas pelos agentes a fim de, conscientizar a comunidade, e as planilhas de processos, coletando a quantidade de processos abertos no mês. Além disso, o relatório abrange a quantidade de ouvidorias recebidas e atendidas. Por fim, são adicionados dados epidemiológicos fornecidos pelo setor de epidemiologia.

Até o dia 05 de cada mês, um ofício com o relatório completo deve ser encaminhado à 2ª Promotoria de Justiça e ao Conselho Municipal de Saúde, proporcionando a estes órgãos uma visão clara e detalhada das atividades desenvolvidas, os avanços obtidos e os desafios encontrados, promovendo uma prestação de contas transparente.

16. RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO

O Reconhecimento Geográfico (RG) é uma atividade essencial no setor de combate às endemias, voltada para o mapeamento detalhado de todo o território sob supervisão, abrangendo tanto áreas urbanas quanto rurais. Por meio desse processo, é possível registrar com precisão os imóveis, terrenos baldios, estabelecimentos e outros locais, além de enumerar quarteirões e residências, oferecendo uma visão completa e atualizada das localidades. Esse levantamento detalhado é fundamental para identificar áreas de risco e aprimorar as estratégias de intervenção.

Para manter a eficácia desse monitoramento, a atualização do RG é realizada bimestralmente, ou seja, a cada ciclo, garantindo que quaisquer mudanças no território sejam registradas e incorporadas ao planejamento do setor. Atualmente, contamos com quatro agentes dedicados exclusivamente à atualização do reconhecimento geográfico, que desempenham um papel vital no levantamento de dados em campo. O correto preenchimento dos formulários utilizados nessa atividade é descrito no documento de Procedimento Operacional Padrão de Reconhecimento Geográfico, que orienta cada etapa do processo, assegurando a qualidade e a padronização das informações coletadas.

17. MANUAL ADMINISTRATIVO

O Manual Administrativo, em fase de construção por agente de endemias que trabalha no escritório, é um documento essencial que visa padronizar e estruturar os processos de trabalho do setor. Servirá como uma referência abrangente, proporcionando diretrizes claras para a execução das atividades diárias, garantindo a eficiência e a eficácia das ações empreendidas. Sendo os objetivos deste manual administrativo:

Padronização de processos

O manual estabelecerá normas e procedimentos a serem seguidos por todos os membros da equipe, promovendo a uniformidade nas operações e minimizando a variabilidade nos resultados.

Instruções para execução de atividades

Incluirá orientações detalhadas sobre como realizar tarefas específicas, desde o planejamento até a execução e monitoramento das atividades, garantindo que cada etapa seja realizada de forma adequada e dentro dos padrões estabelecidos.

Soluções para problemas

Serão fornecidas orientações sobre como lidar com situações adversas que possam surgir durante a execução das atividades, oferecendo soluções práticas e efetivas para os desafios cotidianos.

Organização de áreas

O manual descreverá a organização e a divisão das responsabilidades em cada área do setor, facilitando a coordenação entre as equipes e promovendo um ambiente de trabalho colaborativo.

Relações operacionais

Serão detalhadas as relações entre as diferentes funções e equipes, esclarecendo a comunicação e a interação necessária para um fluxo de

trabalho eficiente e integrado.

18. MANUAL DE NORMAS

O manual de normas é crucial para garantir que todos dentro de uma organização, sigam os mesmos padrões, minimizando erros e aumentando a eficiência. Eles definem diretrizes claras para comportamentos aceitáveis e ações esperadas, tornando o ambiente de trabalho mais coeso e profissional. O manual inclui três componentes principais: o Regimento Interno do Setor, o Regimento Interno da Comissão e o Procedimento Operacional Padrão (POP). Esses documentos estão sendo desenvolvidos pela comissão com o suporte da supervisão geral.

Regimento interno do setor

Este documento aborda aspectos cruciais da relação laboral, incluindo direitos e deveres dos funcionários, normas de conduta, horários de trabalho e procedimentos disciplinares. Ele serve como um guia para o comportamento esperado dentro do setor, promovendo um clima organizacional harmonioso e respeitoso.

Regimento interno da comissão

Embora ainda esteja em desenvolvimento, este documento terá um papel igualmente importante, definindo as atribuições e responsabilidades dos membros da comissão.

Procedimento operacional padrão (POP)

Contém instruções detalhadas sobre a execução das vistorias, o preenchimento de documentos e a realização de tarefas específicas. Ao padronizar esses processos, o POP reduz a variação no desempenho das atividades, assegurando qualidade e conformidade com as normas legais e de segurança. Além disso, facilita o treinamento de novos funcionários, garantindo que todos recebam as mesmas orientações e possam atuar de maneira eficaz desde o início.

19. NOVAS TECNOLOGIAS

O combate ao mosquito *Aedes aegypti*, transmissor de doenças como dengue, zika e chikungunya, tem avançado significativamente com a utilização de novas tecnologias. Essas inovações são essenciais não apenas para o controle imediato da população do vetor, mas também para a prevenção de epidemias a médio e longo prazo. Entre as tecnologias mais eficazes, destacam-se as Ovitrampas, o BTI (Bacillus thuringiensis israelensis), o EDL (Estação Disseminadora de Larvicida) e o método Wolbachia. Estudos realizados em regiões do país, incluindo Foz do Iguaçu, Londrina e Maringá, demonstram resultados positivos na redução da incidência de dengue.

Durante a Oficina de Novas Tecnologias, Estratificação de Risco e Assistência para o Enfrentamento da Dengue, foi ressaltada a importância da adoção de tais estratégias no Estado do Paraná.

Ovitrampas

São armadilhas projetadas para monitorar e capturar ovos do *Aedes aegypti*. Elas consistem em recipientes que imitam condições favoráveis para a oviposição, atraindo as fêmeas do mosquito. A coleta dos ovos permite avaliar a densidade populacional e as áreas de maior infestação, possibilitando um direcionamento mais eficiente das ações de controle. A utilização regular das Ovitrampas também possibilita o monitoramento em tempo real, auxiliando na tomada de decisões rápidas para o combate ao mosquito.

BTI (Bacillus Thuringiensis Israelensis)

É uma bactéria natural que age como um larvicida biológico. Quando aplicado em pontos de água parada, onde o mosquito costuma depositar seus ovos, o BTI libera toxinas que afetam as larvas do *Aedes aegypti*, levando à sua morte. Esta tecnologia é eficaz, segura para o meio ambiente e não prejudica outras espécies, tornando-se uma alternativa sustentável para o controle de larvas.

EDL (Estação Disseminadora de Larvicida)

São dispositivos que permitem a disseminação controlada de larvicidas em áreas estratégicas. Essas estações podem ser instaladas em pontos críticos, como em áreas públicas e próximas a residências, onde há risco de proliferação do mosquito. A utilização das EDL garante um controle mais eficaz do larvicida, reduzindo a quantidade necessária e minimizando o impacto ambiental.

Método Wolbachia

O método Wolbachia consiste na infecção de mosquitos com uma bactéria chamada Wolbachia. Eles têm uma vida reprodutiva normal, mas sua capacidade de transmitir o vírus é drasticamente reduzida. Este método tem se mostrado promissor em estudos, reduzindo as taxas de dengue em áreas onde foi implementado. Mas apenas as cidades selecionadas pelo Ministério da Saúde podem adotar essa tecnologia.

Implantação das Ovitrampas

A implantação das Ovitrampas no setor de controle de endemias exige um planejamento estruturado, que envolve etapas detalhadas para garantir a eficácia no monitoramento e combate ao mosquito Aedes aegypti. As cidades de Foz do Iguaçu, Londrina e Maringá, no Paraná, bem como outras cidades em diversos estados brasileiros, têm adotado essa tecnologia com resultados promissores. A seguir, o passo a passo detalhado para a implantação das Ovitrampas com base em práticas utilizadas nesses municípios.

Diagnóstico da situação local

Antes de implantar as Ovitrampas, é essencial realizar um diagnóstico detalhado das áreas com maior incidência de arboviroses.

- Análise de dados epidemiológicos de casos de dengue, zika e chikungunya.
- Identificação de áreas com condições favoráveis ao acúmulo de água, como terrenos baldios, locais de construção e regiões periféricas.
- Levantamento de dados climáticos e sazonais, uma vez que o clima

úmido e quente favorece a reprodução do mosquito.

Aquisição de materiais e preparação das Ovitrampas

- Recipientes de plástico preto, que simulam um ambiente propício para o mosquito colocar seus ovos.
- Palhetas de madeira que servem como substrato para a oviposição das fêmeas do mosquito.
- Água, que será colocada nos recipientes, simulando ambientes de criadouro.
- Soluções para preservação e identificação dos ovos coletados (álcool, se necessário).
- Atualmente o setor possui 500 ovitrampas e 500 palhetas, sendo o recipiente plástico preto e as palhetas marrons.

Capacitação das equipes de campo

O treinamento técnico é crucial para que os agentes de endemias estejam preparados para instalar, monitorar e coletar os dados gerados pelas Ovitrampas. O treinamento deve incluir:

- Montagem e manutenção das armadilhas.
- Métodos de coleta e preservação dos ovos.
- Identificação dos ovos de Aedes aegypti sob microscópio.
- Análise dos dados gerados para planejamento das ações de combate.

Definição dos locais de instalação

Os critérios de escolhas para a localização das Ovitrampas devem ser estratégicos, sendo utilizado um grid regular ao longo de uma área, com foco em áreas de risco previamente mapeadas, levando em conta:

- Regiões com alta densidade populacional e maior circulação de pessoas.
- Próximas a escolas, hospitais, mercados e espaços públicos.
- Residências e estabelecimentos com histórico de focos do mosquito.

- Nas áreas onde as ovitrampas serão colocadas, não deverá ser aplicado inseticida.

Monitoramento regular e coleta de dados

A rotina de monitoramento deve ser regularmente, com um intervalo semanal ou quinzenal, dependendo da estratégia de cada município. A rotina de monitoramento inclui:

- Inspeção das armadilhas para verificar a presença de ovos.
- Coleta das palhetas para análise laboratorial.
- Limpeza e reposição da água nas armadilhas, garantindo que permaneçam funcionais.

Análise dos dados e tomada de decisão

A análise dos dados obtidos permite identificar padrões de oviposição e classificar as áreas de acordo com o nível de infestação. Essa etapa é fundamental para ajustar as ações de combate ao mosquito, como campanhas de orientação e mutirões de limpeza.

Engajamento da comunidade

A participação ativa da população é fundamental para o sucesso da estratégia de controle. A comunidade deve ser orientada corretamente sobre a importância das Ovitrampas e incentivada a colaborar com o monitoramento e eliminação de criadouros.

Avaliação e ajustes

É importante que o plano de implantação das Ovitrampas seja constantemente avaliado. O acompanhamento dos resultados permite identificar falhas e realizar ajustes no plano, como a redistribuição das armadilhas ou a intensificação das campanhas em áreas de maior risco.

Conclusão

A implantação das Ovitrampas em um município requer um

planejamento cuidadoso, que inclui diagnóstico inicial, aquisição de materiais, capacitação de equipes, definição estratégica dos locais de instalação, monitoramento contínuo, análise de dados e engajamento da comunidade. As experiências de cidades como Foz do Iguaçu, Londrina e Maringá demonstram que, quando bem implementadas, as Ovitrampas podem ser uma ferramenta poderosa no combate ao Aedes aegypti.

As Ovitrampas são instaladas em recipientes simples, com baixo custo, que facilitam o monitoramento semanal. As armadilhas são distribuídas em pontos críticos da cidade, tanto em áreas residenciais quanto em locais de grande circulação de pessoas.

A capacitação dos agentes, através de oficinas de treinamento técnico com ênfase em novas tecnologias, como as ovitrampas, e o treinamento contínuo garantem um melhor conhecimento e aprimoramento prático das atividades de monitoramento.

O monitoramento constante e a reavaliação das estratégias de controle será fundamental para ajustar as ações em resposta a surtos sazonais de dengue.

Implementar campanhas educativas que explicam o funcionamento das Ovitrampas e a importância de os moradores permitirem a instalação em suas residências, ajuda na conscientização comunitária e é um fator decisivo para o sucesso da iniciativa.

ESTRATIFICAÇÃO CARTOGRÁFICA

A estratificação cartográfica é uma técnica vital para a gestão de saúde pública, pois permite a análise detalhada dos dados epidemiológicos e ambientais, facilitando a tomada de decisões estratégicas no combate às endemias. Essa abordagem permite que as áreas do município sejam categorizadas e visualizadas de forma clara, de acordo com diferentes critérios de risco. O uso de mapas facilita o planejamento de ações preventivas e

corretivas mais eficazes, otimizando os recursos e os esforços da equipe.

Atualmente, a ACE que trabalha no escritório, está desenvolvendo mapas específicos que fazem parte da estratificação cartográfica. Esses mapas estão sendo elaborados com base em dados atualizados sobre a infestação do mosquito Aedes aegypti e os casos prováveis de dengue no município. Os mapas em desenvolvimento e suas respectivas funções:

Mapa de calor de casos prováveis de dengue por bairro

Este mapa apresenta a distribuição segmentada dos casos prováveis de dengue por bairro, permitindo uma análise mais granular da situação epidemiológica. Ele é fundamental para identificar onde os surtos estão ocorrendo e como estão se espalhando pelo município. Essa visualização também contribui para a identificação de áreas vulneráveis e fortalece as ações preventivas. Utilizando gradientes de cor, o mapa evidencia as áreas com maior número de casos prováveis de dengue, facilitando a identificação rápida dos 'hotspots' ou pontos críticos de disseminação. Isso otimiza a alocação de recursos, como equipes de campo e novas tecnologias, para as áreas mais afetadas, permitindo uma resposta mais ágil e eficaz no controle da doença.

Mapa por estratos de Pontos Estratégicos

Este mapa destaca a localização dos Pontos Estratégicos (PE), como depósitos de sucata, borracharias, desmanches, indústrias e outros locais de grande porte, que são potenciais focos de proliferação e apresentam maior índice de infestação. Os extratos utilizados no mapa permitem priorizar as áreas de inspeção e tratamento, classificando os locais de maior risco. Isso torna as visitas de campo mais direcionadas e eficientes, facilitando a aplicação de mecanismos de controle.

Mapa por estratos do LIRAa (Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti

Este mapa divide a cidade em setores, cada um com um índice de infestação calculado com base em amostras coletadas periodicamente. Essas

informações são representadas visualmente, mostrando quais áreas apresentam os índices mais altos de infestação, ajudando a definir ações prioritárias de combate, como mutirões de limpeza e campanhas de conscientização.

A importância desses mapas vai além da simples visualização de dados. Eles são ferramentas cruciais para:

Planejamento de ações

Ao identificar as áreas mais críticas, é possível planejar ações mais eficazes e direcionadas, otimizando os esforços das equipes de campo e os recursos disponíveis.

Monitoração e avaliação

Os mapas permitem acompanhar o progresso das ações de combate e verificar a evolução dos casos de dengue ao longo do tempo, ajustando as estratégias conforme necessário.

Engajamento comunitário

Ao apresentar dados claros e acessíveis, os mapas também podem ser usados em campanhas de conscientização, envolvendo a população nas ações de prevenção e controle.

Identificação de padrões de propagação

Permitem identificar padrões geoespaciais, mostrando como a dengue se propaga no território ao longo dos anos. Isso ajuda a compreender melhor fatores ambientais e comportamentais que contribuem para a disseminação da doença, como a densidade populacional e a proximidade de áreas críticas.

Análise temporal e projeção de tendências

A criação e a atualização contínua desses mapas permitem realizar análises temporais. Comparando os dados de diferentes períodos, como estações do ano ou anos anteriores, é possível identificar tendências e prever

surtos futuros de dengue. Com isso, as ações preventivas podem ser planejadas de forma proativa, antes que um surto ocorra, baseadas na projeção de áreas de risco.

Suporte à tomada de decisões em políticas públicas

As informações geradas são fundamentais para embasar a criação de políticas públicas voltadas à saúde. Os gestores podem usar esses dados para justificar a necessidade de mais investimentos em campanhas de combate, equipamentos e infraestrutura de saúde, além de orientar a criação de leis e regulamentos que possam reduzir os focos de proliferação de mosquitos.

Monitoramento de intervenções e avaliação de impacto

Além de planejar ações, servem para monitorar o impacto de intervenções já realizadas. Após campanhas e mutirões de limpeza, por exemplo, os mapas podem mostrar como os índices de infestação e os casos de dengue se alteram ao longo do tempo, permitindo avaliar a eficácia das medidas adotadas e ajustar as estratégias conforme necessário.

Planejamento de infraestrutura urbana e ambiental

A análise espacial é fundamental para o planejamento urbano e ambiental, pois identifica áreas com problemas como escoamento de água, coleta de lixo e drenagem inadequada, que favorecem a proliferação de mosquitos. Ao cruzar esses dados com os dados das estratificações, é possível localizar regiões que precisam de melhorias no saneamento e infraestrutura, contribuindo para a redução de focos de mosquito e promovendo um ambiente mais seguro para a população.

20. IMPLANTAÇÃO DE DASHBOARDS

A crescente complexidade e volume de dados relacionados ao controle de arboviroses demandam soluções que possibilitem uma análise eficaz e uma visualização clara dessas informações. Nesse contexto, a implantação de dashboards se tornam fundamentais para a estratégia de combate a essas

doenças.

Os dashboards são ferramentas visuais que permitem a apresentação de dados de forma intuitiva e interativa, facilitando a compreensão e a interpretação das informações. Eles integram dados provenientes de diferentes fontes, permitindo que os profissionais de saúde pública monitorem indicadores-chave e tendências em tempo real. Por meio de gráficos, tabelas e mapas interativos, é possível observar rapidamente variações nos índices de infestação, notificações de casos e outras métricas relevantes.

Os dashboards deverão ser alimentados por uma planilha mestre que centraliza todas as informações de controle do setor. Essa planilha deverá ser atualizada semanalmente, servirá como base de dados, garantindo que os dados utilizados para a análise e visualização estejam sempre precisos e atualizados. Para a criação do dashboard, será utilizado o Google Data Studio, uma plataforma que permite integrar dados de maneira eficiente e criar relatórios dinâmicos. A importância da adoção de dashboards se dá por vários motivos:

Tomada de decisões informadas

Com acesso a dados atualizados e organizados, os gestores podem tomar decisões estratégicas com maior agilidade e precisão, priorizando ações em áreas com maior risco de surtos.

Identificação de tendências

A análise visual de dados permite identificar padrões e tendências que podem ser cruciais para prever surtos e implementar medidas preventivas.

Aprimoramento da comunicação

A visualização interativa dos dados facilita a comunicação entre os diferentes setores envolvidos, permitindo uma colaboração mais eficaz e uma abordagem integrada no enfrentamento das arboviroses.

Capacitação e inovação

A utilização de tecnologias modernas, como dashboards, representa um avanço significativo na capacitação da equipe, proporcionando um ambiente propício à inovação e à implementação de novas práticas de gestão.

21. NEBULIZADOR COSTAL - EQUIPE DA BOMBA

Contamos com quatro agentes especializados na operação das bombas costais, responsáveis pela aplicação do controle químico. Esses agentes são capacitados, e passaram por treinamentos teóricos e práticos que asseguram a aplicação correta e segura do procedimento. Manter a capacitação e atualização desses agentes é fundamental para garantir que o uso da tecnologia continue sendo feito de forma eficiente e segura.

Alguns pontos devem ser observados como: Seguir as recomendações do Ministério e da Regional de Saúde; Sempre prezar por um padrão de aplicação diário, sendo obrigatória a realização de todos os bloqueios químicos necessários além de finalizar todos os bloqueios iniciados, há menos que existam condições adversas de Clima e Temperatura.

O bloqueio em torno do caso suspeito, geralmente é de 9 quarteirões para mais ou para menos. Diariamente pela nossa logística é aplicado até 5 bloqueios ou um bairro inteiro, podendo chegar a 75 quarteirões como em localidade do interior.

Quando é o dia de realização de aplicação de inseticida a equipe da “BOMBA” fica envolvida estritamente para isso no decorrer do dia, além de solicitar a supervisão geral a reposição de insumos (óleo, gasolina e inseticida), realizando limpeza e manutenção básica das bombas, além de ser essa própria equipe que realiza a limpeza do depósito e higienização dos banheiros e periodicamente entrega de roupas contaminada com inseticida para lavagem na lavanderia.

Seguindo recomendações de que o início do dia é o melhor horário para aplicação de inseticidas, ficou definido e aprovado juntamente ao RH que o horário a ser realizado pelos profissionais em dias de bloqueio é das 05:30 às 11:00 e das 12:00 às 14:30. Na parte da tarde, por ser mais próxima do meio

dia e período curto de tempo para Vistorias, são realizados os relatórios e reposição dos insumos quando necessário.

Mantemos sempre contato com o grupo de whatsapp de melicultores de abelhas sem ferrão de Toledo sempre informando com antecedência (até as 14 horas do dia anterior a aplicação) quando e onde serão os bloqueios, para que não ocorra mortalidade de abelhas e prejuízo aos criadores.

22. AMPLIAÇÃO NÚMERO DE BANHEIROS E ALMOXARIFADO, ALÉM DE ABERTURA DE JANELAS NO SETOR

Devido ao grande número de ACEs no setor de combate às endemias e a existência de apenas 2 banheiros (1 feminino e 1 masculino), foi encaminhado para o setor de planejamento municipal ofício justificando a necessidade de ampliação de banheiros. Além disso, foi incluído na licitação a necessidade de construção de um almoxarifado para guarda de materiais e insumos e também abertura de janelas em almoxarifado atual e salão grande onde os ACEs permanecem nos dias de chuva ou reuniões com objetivo de circulação de ar e iluminação.

Diante disso, no mês de setembro de 2024 ocorreu a licitação com assinatura do contrato em outubro e previsão de início das obras nos próximos dias.

23. IMPLANTAÇÃO DE APLICATIVO QUE FAVOREÇA O PROCESSO DE TRABALHO NO SETOR

A equipe de combate a Endemias de Toledo iniciou os testes com o Aplicativo definitivamente no mês de maio de 2024, sendo essa a fase de homologação e melhoria contínua do aplicativo junto a equipe de desenvolvimento. O aplicativo funciona como uma versão digital do FAD (documento em papel utilizado durante o trabalho dos agentes).

OPERAÇÃO

A equipe responsável cadastra os agentes como usuários na plataforma

do aplicativo dando-lhes acesso ao App por meio de login e senha individuais. Após o login o usuário tem acesso aos mapas das regiões/ atividades que foi designado a desempenhar. Essas atividades são chamadas “fluxos de Trabalho “e são criadas a partir das plataformas online dos desenvolvedores, nessa criação é onde se determina a Localidade, os agentes e quais serão as atividades.

Após a criação desse fluxo de trabalho, os agentes designados para executarem a atividade nele atribuído obtém acesso a ele por meio do aplicativo mobile e acessam o mapa do local no qual vão trabalhar, sendo assim, na tela o agente tem acesso a todos os quarteirões da localidade por meio de GPS e seleciona o quarteirão que vai trabalhar, após isso, o aplicativo exibe uma lista com todos os imóveis cadastrados naquele quarteirão e o agente seleciona a casa que irá vistoriar, quando o imóvel não está na lista o agente pode adiciona-lo por meio da opção “inserir imóvel”. Quando seleciona o imóvel o aplicativo exibe uma lista de atividades que podem ser executadas (no momento são “Vistoria”, “Coleta de amostra” e “Tratamento”, porém, é possível criar variados tipos de formulários dinâmicos para coleta de dados e informações, é o caso do “Apicultura” que atribui a aquele imóvel a informação de que nele há criação de abelhas, sendo assim, é possível gerar um mapa temático dessas criações de abelhas e minimizar danos com o inseticida).

O formulário mais utilizado é o de “Vistoria”, quando selecionado ele exibe campos para preenchimento dados sobre o imóvel que seriam marcados no FAD, (Lado, Tipo de imóvel, primeira, segunda ou terceira visita, tipo da visita (Aberto, Fechado, Recusa ou Recuperação), Inspecionados (A1, A2, B, C, D1, D2, E), Quantidade de Eliminados). Porém o aplicativo também fornece um campo para observações sobre a vistoria ou imóvel, a opção de anexar imagens capturadas no local e também o campo “notificação” que permite marcar o imóvel como notificado ou não. Após a Vistoria, o agente pode salvar de três maneiras diferentes, Refazer Visita: usado quando a casa está fechada e será necessário retornar ao local, após salvar, o imóvel irá aparecer em cor vermelha na lista. Retorno de notificação: usado quando há a necessidade de retornar em um local após um prazo dado para resolver/ regularizar alguma situação

relacionada a focos que não puderam ser eliminados na hora da vistoria, após salvar, o imóvel irá aparecer em cor alaranjada na lista. Confirmar: usado quando a vistoria é efetuada normalmente, sem necessidade de retorno, após salvar, o imóvel aparece em cor verde na lista.

O formulário “Coleta de amostra” serve para informar uma amostra de foco coletada e seu número de identificação. O formulário “Tratamento” serve para informar sobre tratamento com larvicida, onde são informados o tipo e a quantidade do larvicida.

Durante o processo de teste de operação e uso do app com os Agentes foram coletadas muitas opiniões sobre como foi o uso, de maneira resumida pode-se concluir que, mesmo os mais idosos, tiveram um ótimo desempenho e aprendizado com o app. Isso pode ser atribuído ao fato de o app ser intuitivo e simples de entender, agiliza o trabalho, diminui a quantidade de material a ser carregado.

PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES

O maior benefício do aplicativo além da operabilidade está na imensidão de informações coletadas e na maneira que são coletadas, o aplicativo funciona online e também offline, sendo a online a mais recomendada pois traz todas a informações coletadas em tempo real, sendo assim, é possível gerar diversos tipos de relatórios de acompanhamento das áreas e do município como um todo. Atualmente com o uso do papel essa é uma atividade mais difícil e demorada, pois, é necessário transcrever as informações do meio papel para o meio eletrônico ou até mesmo contar manualmente um grande fluxo de informações para que possa processar as informações e levantar estatísticas, inclusive todas a contagens de fechamento de vistorias feitas pela supervisão são de maneira manual, folha por folha, o que gera um prejuízo no quesito tempo e agilidade, e também no armazenamento de todos os documentos. A Contagem manual dos dados é encaminhada semanalmente ao sistema “SisPNCD”, com o aplicativo há um ganho de tempo imenso nessa parte.

Toda a informação das vistorias coletadas pelos agentes vão para o

banco de dados e transformados em um relatório detalhado que pode ser tratado e usado para obter relatórios específicos de acordo com a necessidade do município ou estado de maneira rápida e eficaz ganhando mais tempo para a tomada de ações preventivas ou corretivas e implementação de equipamentos específicos, tendo o relatório dos dados coletados da plataforma do aplicativo, é muito mais fácil e pratico acompanhar informações importantes do setor, como, casas que nunca são vistoriadas, lugares onde são encontrados mais focos e até mesmo um tipo específico de depósito (muito interessante para atividade Liraa), tudo isso e muito mais com planilhas e relatórios dinâmicos (Power BI).

A plataforma possibilita transformar as informações em um Mapa Temático, que dispõe as informações precisamente no local que foram coletadas (mapa de casas abertas e fechadas, mapas de calor de maior incidência de focos, maior incidência de casos, casas onde há abelhas, casas onde há piscinas, ou qualquer outro mapa que for solicitado pois basta criar um formulário para coletar os dados).

TRANSPARÊNCIA E AUDITABILIDADE

Com o uso do aplicativo temos um controle mais rigoroso e ativo da atividade individual de cada um dos agentes, desde a quantidade de visitas até a data hora e local de cada uma das vistorias, (está sendo desenvolvida uma ferramenta que irá designar até mesmo a localização de onde o formulário foi salvo), sendo assim, cada um é avaliado qualitativamente e quantitativamente quanto ao seu trabalho, quanto possíveis crimes de adulteração de documentos que poderiam acontecer em papel, são auditáveis no aplicativo pois não há como excluir dados de uma vistoria já salva, toda informação alterada permanece salva como um “formulário inativo” e pode ser consultada pelos líderes de equipe, todo o trabalho dos agentes será mais fácil de fiscalizar e auditar (verificar a veracidade das informações”.

MELHORIA CONTÍNUA

A equipe de desenvolvimento está sempre disposta a realizar melhorias

(inclusive já foram diversas desde o início dos testes), e também correções de quaisquer falhas encontradas durante o uso das ferramentas oferecidas.

Foram designados dois agentes por meio de votação realizada no setor, sendo que estes são responsáveis pelos testes e acompanhamento do andamento e avaliação dos resultados junto a supervisão.

24. AGENDAMENTOS DE VISTORIAS

O processo de agendamento de vistorias é um serviço prestado a fim de tornar mais disponíveis as fiscalizações de criadouros, através de visitas agendadas nas residências.

Para isso se tornar possível, os Agentes de Combate às Endemias deixam duas formas de contato nos quais as vistorias não podem ser realizadas, via whatsapp e ligação.

Uma vez que os moradores estabelecem contato, há dois procedimentos operacionais padrão a serem seguidos para maior eficiência no atendimento, um para whatsapp, e o outro para telefonemas.

Para os agendamentos via whatsapp, tem um procedimento inicial específico a ser seguido para atendimento. Para os agendamentos via telefone, o procedimento se torna mais humanizado, a fim de extrair as informações necessárias para que o agente possa realizar seu trabalho posteriormente. Todas as informações são extremamente necessárias, nome completo, data de nascimento, endereço completo, tipo de moradia (casa ou apartamento), telefone, data e horário para vistoria. E caso não seja possível obter mesmo que um uma das informações, o agendamento não pode ser concluído ou marcado.

Sendo concluído o processo de agendamento, as informações são organizadas no caderno de vistorias agendadas, de acordo com o dia e horário combinado, sendo que, caso a vistoria seja agendada para um sábado, deve ser colocado no caderno de vistorias agendadas para sábado, vistorias as

quais serão organizadas assim como descrito no tópico de Horas Extras, para que os agentes realizem o trabalho de modo eficiente e organizado.

As vistorias que serão realizadas aos sábados, deverão ser digitadas no word na sexta-feira, em ordem de bairros próximos para melhor locomoção dos agentes, para o trabalho ser eficiente.

Todos os agendamentos são incluídos no Sistema Integrado de Gestão de Serviço de Saúde – SIGSS, pesquisando pelo nome do morador que agendou a vistoria, a fim de ter registros detalhados.

25. OUVIDORIAS

O processo de organização de ouvidorias é necessário para melhor eficiência a fim de certificar que ao chegar no setor sejam, de fato, respondidas, para que nunca haja pendências referente às mesmas.

As ouvidorias são enviadas para o e-mail do webservidor do setor, o qual deve ser checado periodicamente, ao menos uma vez por dia. Quando uma ouvidoria é recebida, o conteúdo da ouvidoria deve ser copiado e então colado no modelo de impressão padrão já definido.

Após a formatação, deve-se imprimir uma cópia e documentar no caderno de ouvidorias as seguintes informações, de número do protocolo, a data do recebimento da ouvidoria, e o endereço da situação a ser fiscalizado.

Após isso, a supervisão de campo vai até o local, os mesmos redigir sua resposta na folha da ouvidoria. Finalizando o processo, basta formatar a resposta conforme o modelo de resposta padrão já definido. E marcar como respondida a ouvidoria no caderno, para ter um melhor controle.

26. MAPAS DE LOCALIDADE

Os mapas das localidades são necessários para os agentes de endemias localizarem as quadras e ruas que realizarão as vistorias e anotar nos formulários, para os supervisores identificarem em qual quadra está localizado o paciente suspeito ou confirmado com dengue, para a realização do bloqueio mecânico e químico, para a realização do reconhecimento geográfico, para a estratificação do LIRAa, para a localização de pontos estratégicos e para ajudar na estratificação cartográfica por quadras.

O que temos atualmente foram desenhados a mão e digitalizados para o computador, e ficaram com a digitalização ou visualização fraca. Por esse motivo, todos os mapas urbanos e rurais, estão sendo refeitos em programa próprio de edição de imagens e vetorização, proporcionando um mapa mais claro para identificação das informações contidas.

27. PLANO MUNICIPAL DE AÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS

O Plano Municipal de Ação para Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus do município de Toledo é um documento norteador que contempla ações dos cinco componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (Vigilância Epidemiológica, Vigilância e Controle Vetorial, Atenção à Saúde, Gestão e Comunicação).

Este plano deve ser confeccionado em conjunto com os demais departamentos da secretaria Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e posteriormente encaminhado à 20ª Regional de Saúde.

A proposta do plano de ação para Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus do município para o ano 2025 será apresentada na reunião do Conselho Municipal de Saúde que acontecerá no mês de novembro de 2024.

TEMAS A DELIBERAR

Dar suporte na finalização do Manual Administrativo e Manual de Normas necessário para a padronização de todo trabalho interno e externo no setor, com frequente repasse aos profissionais, principalmente aos novos que

ingressam através do concurso público.

Adquirir insumos e bens necessários para implantação de novas tecnologias no combate ao vetor, reduzindo a cadeia de transmissão e consequentemente os casos de arbovirose e óbitos.

Dar continuidade à implantação de Dashboards para permitir acesso em tempo real a produtividade do setor de combate às endemias favorecendo a tomada de decisão assertiva e com base em dados fidedignos.

Com relação a ampliação de banheiros, almoxarifado e abertura de janelas, bem provável que a obra que será iniciada em 2024 seja finalizada apenas em 2025, portanto a nova gestão deve acompanhar o processo de construção, identificando pontos divergentes do projeto arquitetônico, assegurando que o contrato com construtora seja cumprido na íntegra.

Visto os benefícios e a inegável evolução das ferramentas de trabalho que seguem para a informatização e automação atualmente, o uso de um aplicativo no setor se faz ferramenta necessária e útil para nosso município que terá um grande salto na agilidade e praticidade na tomada de decisão e fornecimento de dados para os sistemas do SUS e também relatórios detalhados para entes municipais e estaduais, mais praticidade no dia a dia dos agentes. Portanto, diante do exposto, a implantação de um aplicativo para uso na rotina do setor deve ser vista como prioridade.

Dar continuidade às ações previstas no plano de ação para Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus do município para o ano de 2025, incorporando novas ações conforme necessidade identificada pela gestão.

CONCLUSÃO

A entrega deste relatório ao Prefeito eleito marca uma virada de página de nossa história recente, que não deve ser jamais esquecida. Ao final dos trabalhos realizados, apresentamos o relatório consolidado de cada departamento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toledo - PR, destacando as principais informações, desafios e oportunidades que foram identificados ao longo deste processo. O relatório reflete um esforço colaborativo entre os membros das equipes dos diferentes setores da Secretaria, visando a continuidade e o aprimoramento dos serviços públicos prestados à população.

Toda a equipe técnica trabalhou com dedicação e rigor para garantir uma análise detalhada e precisa das atividades, recursos e necessidades de cada departamento. Realizamos reuniões técnicas, revisamos documentos, analisamos indicadores de desempenho junto aos gestores e servidores das diversas áreas. Esse trabalho permitiu uma visão ampla e objetiva da atual situação do município, criando uma base sólida para as decisões que o novo governo poderá tomar.

É importante destacar o profissionalismo e o compromisso dos integrantes da SMS, que, com zelo e responsabilidade, se dedicaram a assegurar que as informações fossem levantadas e documentadas de forma transparente, objetiva e fiel à realidade da administração pública. Acreditamos que o trabalho realizado nesta transição será fundamental para embasar as ações do novo governo e contribuirá diretamente para uma gestão eficiente, ética e voltada ao interesse público.

Que este relatório sirva como um guia útil e eficaz para o início deste novo ciclo de gestão, e que cada recomendação aqui presente seja considerada

com atenção e compromisso pela nova administração.

Estamos confiantes de que, com a devida continuidade dos projetos relevantes e com as melhorias que este documento propõe, a Secretaria de Saúde Municipal estará cada vez mais preparada para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades que o futuro nos reserva.

SIGLAS

O setor da saúde abrange uma ampla gama de áreas e departamentos, caracterizando-se pelo uso intensivo de siglas para facilitar a comunicação e padronizar termos técnicos. Tendo em vista a extensão e especificidade das siglas utilizadas ao longo deste documento, optou-se pela criação de uma seção separada dedicada à listagem e explicação de cada uma. Essa medida visa tornar a leitura mais acessível, mantendo o texto principal mais conciso.

Para facilitar o acesso, o documento completo de siglas estará disponível por meio do link: Lista de Siglas.pdf.

Resumo da Programação Anual de Saúde - 2025

Município: Toledo - PR

Estado: Paraná

Região de Saúde: 20ª RS Toledo

Período do Plano de Saúde: 2022-2025

Data de finalização: 04/09/2024 14:51:21

Status da PAS: Aprovado

Relação de Diretrizes, Objetivos, Metas Anualizadas e Indicadores

DIRETRIZ Nº 1 - IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

OBJETIVO Nº 1.1 - Proporcionar saúde individual e coletiva à população, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ampliando e fortalecendo as equipes que atuam na atenção primária em saúde e sua articulação com os demais serviços da rede de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
1.1.1	Atingir 90% da Cobertura Populacional da Atenção Básica, até 2025	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	84,47	2020	Percentual	90,00	90,00	Percentual
Ação Nº 1 - Ampliar número de profissionais da Atenção Primária à Saúde - APS com novas contratações e/ou reorganização das equipes existentes possibilitando credenciamento de novas equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde - MS.								
Ação Nº 2 - Implantar novas equipes de ESF e/ou EAP.								
1.1.2	Realizar o cadastramento de 90% da população pelas Equipes de Atenção Primária em Saúde, até 2025	Percentual de cadastramento realizados da população, pelas equipes de Atenção Primária em Saúde	74,80	2020	Percentual	90,00	90,00	Percentual
Ação Nº 1 - Contratação de ACSs.								
Ação Nº 2 - Manter capacitação e/ou atualização às equipes para o cadastramento adequado.								
Ação Nº 3 - Identificação constante da população não cadastrada e realizar o cadastro dos mesmos conforme preconizado pela legislação vigente.								
Ação Nº 4 - Ofertar horários alternativos para realizar o cadastramento.								
Ação Nº 5 - Informatizar e fornecer equipamentos tecnológicos para cadastramento ágil e automatizado.								
1.1.3	Ampliar 2 grupos por ano junto à população de seus territórios, para executar atividades voltadas ao controle do tabagismo.	Número de grupos formados e executando atividades voltadas ao controle do tabagismo	1	2020	Número	2	8	Número

Ação Nº 1 - Fazer a identificação das pessoas que fazem uso do tabaco em cada território de atuação da APS.								
Ação Nº 2 - Distribuir material informativo sobre a oferta desse serviço para os interessados em fazer o tratamento.								
Ação Nº 3 - Ofertar atividades em grupos para falar sobre o tabagismo, oportunizando o tratamento para cessação do mesmo.								
Ação Nº 4 - Estimular os profissionais a realizar abordagem individual (estabelecer CID).								
Ação Nº 5 - Realizar abordagens coletivas em espaços públicos (CEJUs, CERTIs, Universidades, Escolas Estaduais, etc.).								
Ação Nº 6 - Monitorar os fluxos de encaminhamentos abrangendo territorialização para participação nos grupos instituídos.								
Ação Nº 7 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
1.1.4	Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil	70,98	2020	Percentual	85,00	85,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar a identificação dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil no território de atuação das equipes de APS.								
Ação Nº 2 - Ofertar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde aos grupos específicos conforme estabelecido pelo Programa.								
Ação Nº 3 - Disponibilizar aos profissionais da APS o mapa de acompanhamento.								
Ação Nº 4 - Capacitação dos profissionais em relação aos critérios de manutenção do vínculo do programa.								
Ação Nº 5 - Monitorar a descentralização do lançamento referente aos acompanhamentos dos beneficiários do programa								
1.1.5	Implantar equipes multidisciplinares de apoio às equipes de APS	Numero de equipes multidisciplinares de apoio às equipes de APS implantadas	0	2020	Número	1	2	Número
Ação Nº 1 - Manter as equipes de Apoio Multiprofissional atuantes nos territórios da APS.								
Ação Nº 2 - Monitorar os territórios de atuação e fluxos de atendimento às equipes da APS.								
1.1.6	Realizar 84%, de consultas para acompanhamento do paciente com HAS na APS, até 2025.	Percentual de pacientes HAS que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico.	84,00	2019	Percentual	84,00	84,00	Percentual
Ação Nº 1 - Identificar os usuários portadores de HAS no território de atuação das equipes de APS.								
Ação Nº 2 - Manter uma rotina de acompanhamento aos usuários portadores de HAS.								
1.1.7	Realizar 84% de consultas para acompanhamento do paciente com DM na APS até 2025.	Percentual de pacientes DM que realizaram no mínimo 1 consulta o ano por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico.	84,00	2019	Percentual	84,00	84,00	Percentual
Ação Nº 1 - Identificar os usuários portadores de DM no território de atuação das equipes de APS.								
Ação Nº 2 - Manter uma rotina de acompanhamentos aos usuários portadores de DM.								
1.1.8	Realizar a identificação do Índice de Massa Corporal de 50% da população, até 2025.	Percentual da população com IMC identificado	33,71	2019	Percentual	50,00	50,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar atividades coletivas na Unidade Básica de Saúde - UBS e Instituições de ensino para a identificação de IMC nas diversas faixas etárias da população.								
Ação Nº 2 - Realizar o registro correto dos dados antropométricos no sistema para fins de identificação da situação nutricional da população.								
Ação Nº 3 - Reforço da realização dos dados antropométricos de forma adequada na triagem de pré-consulta.								

1.1.9	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura por DCNT (de 30 a 69 anos), até 2025.	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	324,54	2020	Taxa	318,04	318,04	Taxa
Ação Nº 1 - Capacitar as equipes da Atenção Básica em saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado de pessoas com condições crônicas.								
Ação Nº 2 - Ações de busca e identificação precoce de portadores de doenças crônicas.								
Ação Nº 3 - Identificação e cadastramento dos portadores de doenças crônicas com estratificação do risco cardiovascular global.								
Ação Nº 4 - Promover ações intersetoriais, através de parcerias com outras secretarias, para o encaminhamento de pacientes as práticas de atividade física, disponíveis nos equipamentos públicos do município.								
Ação Nº 5 - Promover atividades individuais e coletivas de orientações a população sobre hábitos de vida saudáveis relacionados a alimentação, atividade física, saúde mental, entre outras formas de prevenção as doenças crônicas.								
Ação Nº 6 - Realizar acompanhamento regular compartilhado (APS e Rede Especializada) aos portadores de doenças crônicas conforme linhas guias de hipertensão arterial e diabetes mellitus.								
Ação Nº 7 - Realizar o monitoramento clínico e laboratorial dos portadores de doenças crônicas conforme protocolo e linhas guias.								
Ação Nº 8 - Estimular a produção da autonomia do usuário através do Autocuidado apoiado.								
Ação Nº 9 - Desenvolver ações de prevenção e de cessação do tabagismo com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade).								
Ação Nº 10 - Realizar ações educativas voltadas à prevenção e à redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.								

DIRETRIZ Nº 2 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

OBJETIVO Nº 2.1 - Organizar e qualificar o cuidado à Saúde da Mulher e da Gestante

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
2.1.1	Implementar a linha guia materna nas unidades básicas de saúde.	Percentual de unidades básicas de saúde com linha guia materna implementada	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Monitorar o processo de trabalho da equipe para o cumprimento da linha guia de cuidado a saúde materna.								
Ação Nº 2 - Capacitar e atualizar os profissionais de saúde.								
2.1.2	Estratificar 100% das gestantes, conforme linha guia materna, anualmente.	Percentual de gestantes estratificadas	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar estratificação da gestante durante todo o pré-natal ou sempre que for necessário.								
2.1.3	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	93,17	2020	Percentual	95,00	95,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar o agendamento prévio de todas as consultas do pré-natal conforme disponibilidade da gestante e equipe.								
Ação Nº 2 - Realizar a identificação precoce de gestantes para dar início ao acompanhamento e pré-natal.								
Ação Nº 3 - Realizar busca ativa de faltosas e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados.								

Ação Nº 4 - Orientar a gestante sobre o Programa Mãe Dedicada e os critérios para ter direito a esse benefício, bem como, onde solicitar a sua inclusão para recebimento.								
Ação Nº 5 - Monitorar o protocolo de pré-natal municipal.								
2.1.4	Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% das puérperas até o 5° dia pós parto	Percentual de visitas realizadas à puérpera, até o 5º dia pós parto	1,06	2020	Percentual	5,00	5,00	Percentual
Ação Nº 1 - Organizar agenda para as visitas domiciliares às puérperas no tempo previsto.								
Ação Nº 2 - Sensibilizar profissionais sobre a importância do cumprimento das visitas até o 5 dias pós-parto.								
Ação Nº 3 - Monitorar o Projeto Acalanto.								
2.1.5	Alcançar no mínimo 50% de consultas puerperais em até 42 dias após o parto, até 2025.	Percentual de gestantes com consulta puerperal realizadas em até 42 dias.	41,88	2020	Percentual	50,00	50,00	Percentual
Ação Nº 1 - Identificar em tempo oportuno as puérperas.								
Ação Nº 2 - Organizar agenda de consultas para o atendimento às puérperas no tempo previsto, de forma prioritária.								
Ação Nº 3 - Busca ativa das pacientes puérperas, principalmente das faltosas.								
Ação Nº 4 - Sensibilizar a equipe sobre a importância da adequada atenção a puérpera.								
Ação Nº 5 - Monitorar o adequado registro da consulta puerperal								
2.1.6	Atingir 0,56 de razão na realização de exames citopatológico em mulheres de 25 – 64 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,39	2020	Razão	0,56	0,56	Razão
Ação Nº 1 - Identificação e rastreamento de mulheres prioritárias para as ações de detecção precoce e controle do câncer do colo do útero na Atenção Primária.								
Ação Nº 2 - Realizar o agendamento das mulheres desta faixa etária para o exame citopatológico.								
Ação Nº 3 - Realizar a busca ativa das faltantes e realizar o reagendamento.								
Ação Nº 4 - Realizar a busca ativa das mulheres com exames citopatológicos alterados para o adequado seguimento.								
Ação Nº 5 - Ampliar a disponibilidade de horários para a coleta de citologia do colo do útero, oferecendo horários alternativos sempre que possível.								
Ação Nº 6 - Discutir com os serviços de oncologia a correta contrarreferência preenchida.								
Ação Nº 7 - Promover campanhas de realizações de exames fora do horário comercial para ampliação da cobertura do exame cito patológico.								
Ação Nº 8 - Realizar parcerias com empresas, universidades, entre outros, para a liberação e/ou realização dos exames.								
Ação Nº 9 - Acompanhar e monitorar a planilha municipal de exames citopatológicos.								
Ação Nº 10 - Manter o CNES das Universidades que realizam procedimentos para correta exportação dos dados ao MS.								
2.1.7	Aumentar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária a cada 2 anos.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,38	2020	Razão	0,53	0,53	Razão
Ação Nº 1 - Identificação e rastreamento de mulheres prioritárias para as ações de detecção precoce e controle do câncer de mama na Atenção Primária.								
Ação Nº 2 - Realizar o agendamento das mulheres desta faixa etária para o exame de mamografia.								

Ação Nº 3 - Realizar a busca ativa das faltantes na data agendada.								
Ação Nº 4 - Realizar a busca ativa das mulheres identificadas com exames alterados para o adequado seguimento e investigação.								
2.1.8	Manter acima de 36% o percentual de parto normal.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	36,41	2020	Percentual	36,00	36,00	Percentual
Ação Nº 1 - Ações educativas com grupo de gestantes.								
Ação Nº 2 - Ações de Educação Permanente sobre o Protocolo de Pré-Natal, com as equipes da APS.								
2.1.9	Zerar o número de óbitos maternos até 2025	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2	2020	Número	0	0	Número
Ação Nº 1 - Realizar busca ativa para identificação precoce da gestante, fazendo assim, o encaminhamento para o Serviço de Saúde.								
Ação Nº 2 - Realizar todo atendimento à gestante, cumprindo o Protocolo de Pré-Natal estabelecido pelo Município.								
Ação Nº 3 - Realizar busca ativa às gestantes faltosas e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso.								
Ação Nº 4 - Realizar a imunização das gestantes conforme preconizado em protocolo.								
Ação Nº 5 - Realizar o acompanhamento das gestantes encaminhadas para ambulatório de referência (AMI, HOESP e/ou CISCOPAR) para gestação de risco intermediário e alto risco.								
Ação Nº 6 - Manter a carteira da gestante preenchida com as informações sobre o curso da gravidez, anotando o risco gestacional encontrado a cada atendimento.								
Ação Nº 7 - Manter de forma ativa o comitê de investigação do óbito materno/infantil no município.								
Ação Nº 8 - Oportunizar a participação dos diversos setores da Secretaria de Saúde nos comitês de investigação do óbito materno e infantil.								
Ação Nº 9 - Manter diálogo permanente com a 20ª Regional de Saúde e hospital de referência.								
Ação Nº 10 - Abordar o tema de identificação precoce de sinais de alerta na gestação e pós-parto durante as ações educativas nos grupos de Gestantes.								
2.1.10	Ampliar o percentual de atendimento das gestantes em primeira consulta odontológica programática.	Percentual de gestantes atendidas em primeira consulta odontológica programática.	40,65	2020	Percentual	50,00	50,00	Percentual
Ação Nº 1 - Promover a integralidade do cuidado a gestante com inserção das ações de saúde bucal na rotina do pré-natal.								
Ação Nº 2 - Abordar o tema de saúde bucal nos grupos de gestantes.								
Ação Nº 3 - Vincular pré-natal odontológico às demais ações desenvolvidas pela equipe de Saúde da Unidade.								

DIRETRIZ Nº 3 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO Á SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

OBJETIVO Nº 3.1 - Organizar e qualificar o cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			

3.1.1	Implementar a linha de cuidado da saúde da Criança nas unidades básicas de saúde	Percentual de unidades básicas de saúde com linha guia da Saúde da Criança implementada	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Monitorar o processo de trabalho da equipe para o cumprimento da linha guia de cuidado a saúde da criança.								
3.1.2	Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% dos recém-nascidos até o 5° dia após o nascimento	Percentual de unidades básicas de saúde com linha guia da Saúde da Criança implementada	0,40	2020	Percentual	5,00	5,00	Percentual
Ação Nº 1 - Organizar a rotina de trabalho do profissional para realizar as visitas domiciliares aos recém-nascidos no tempo previsto.								
Ação Nº 2 - Criar estratégia junto a gestante para que a mesma, ou algum familiar, informe a equipe sobre o nascimento do bebê.								
Ação Nº 3 - Monitorar o Projeto Acalanto.								
3.1.3	Realizar 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	Percentual de crianças com 7 consultas de puericultura realizadas do Ano Anterior.	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Organizar agenda de consultas para o atendimento das crianças no primeiro ano de vida na rede SUS.								
Ação Nº 2 - Estratificar o risco de todos os recém-natos, realizando o adequado acompanhamento de Puericultura conforme previsto na Linha Guia com adequado registro em prontuário e na Carteira da Criança, bem como, seguindo os fluxos estabelecidos na mesma quanto ao encaminhamento para serviços de referência.								
Ação Nº 3 - Fazer a busca ativa dos faltosos em ações de Puericultura, Imunização e demais necessidades de saúde.								
Ação Nº 4 - Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, identificando sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco ou de violência.								
Ação Nº 5 - Monitorar o registro adequado da consulta de puericultura.								
3.1.4	Manter abaixo de 5% o número de crianças menores de 02 anos com atraso vacinal	Percentual de crianças abaixo de 02 anos com atraso vacinal	-	2020	Percentual	5,00	5,00	Percentual
Ação Nº 1 - Verificar a situação vacinal em todas as ações desenvolvidas pela equipe, visando a adequada cobertura vacinal conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações.								
Ação Nº 2 - Realizar a busca ativa dos faltosos para o esquema vacinal e consultas.								
Ação Nº 3 - Realizar orientações a cada atendimento realizado aos usuários quanto a importância da imunização.								
3.1.5	Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	7,10	2020	Percentual	9,99	9,99	Percentual
Ação Nº 1 - Desenvolver ações educativas em parceria com as Escolas, em especial, através das ações do Programa Saúde na Escola.								
Ação Nº 2 - Capacitação dos profissionais para o acolhimento adequado desse público.								
Ação Nº 3 - Incentivar a realização do planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde, disponibilizando métodos contraceptivos conforme a necessidade desse público.								
Ação Nº 4 - Realizar capacitação técnica sobre anticoncepção na adolescência.								
Ação Nº 5 - Atualizar REMUME para anticoncepção.								
3.1.6	Manter a adesão ao PSE nos 4 anos de vigência deste Plano Municipal de Saúde	Estar aderido ao PSE	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar o planejamento entre as duas políticas para o desenvolvimento das ações.								
Ação Nº 2 - Desenvolver as ações pactuadas entre a Secretaria de Saúde e a Educação referentes ao PSE.								
Ação Nº 3 - Registrar de forma adequada as ações realizadas pela Educação e Saúde referentes ao PSE.								

3.1.7	Manter em 1 digito a taxa de mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil	7,59	2020	Taxa	9,00	9,00	Taxa
Ação Nº 1 - Monitorar o desenvolvimento das práticas das equipes de APS em relação ao cumprimento dos protocolos implantados e aos fluxos e parâmetros de qualidade estabelecidos em relação ao cuidado da gestante e da criança.								
Ação Nº 2 - Manter de forma ativa o comitê de investigação do óbito materno/infantil no município.								
Ação Nº 3 - Oportunizar a participação dos diversos setores da Secretaria de Saúde nos comitês de investigação do óbito materno e infantil.								
Ação Nº 4 - Realizar o acompanhamento da criança através das ações de puericultura.								
Ação Nº 5 - Incentivar a prática do aleitamento materno.								
Ação Nº 6 - Abordar o tema de identificação precoce de sinais de alerta na primeira infância durante as ações educativas nos grupos de gestantes.								
3.1.8	Ofertar anualmente, no mínimo 1 consulta odontológica, por ano, para crianças e adolescentes.	Percentual de crianças e adolescentes com, no mínimo, uma consulta odontológica	11,50	2020	Percentual	12,00	12,00	Percentual
Ação Nº 1 - Monitorar e atualizar, se necessário, protocolo de atenção em saúde bucal.								
Ação Nº 2 - Realizar capacitações em saúde bucal infantil para a Rede.								
Ação Nº 3 - Realizar avaliação de saúde bucal como parte das ações do PSE e encaminhar para tratamento odontológico aqueles os quais se identifique tal necessidade.								
3.1.9	Realizar capacitação às equipes de ESFs e EAPs, quanto a saúde nutricional para crianças e adolescentes	Número de capacitações realizadas	0	2020	Número	2	8	Número
Ação Nº 1 - Realizar capacitação sobre a Saúde Nutricional de Crianças e Adolescentes que aborde a importância do acompanhamento e orientação dos pais e/ou responsáveis.								
Ação Nº 2 - Realizar ações intersetoriais para a identificação de crianças em situação de sobrepeso e obesidade e conscientização sobre práticas de alimentação saudável.								
Ação Nº 3 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
Ação Nº 4 - Articular com instituições de ensino que tenham o curso de nutrição e estejam no COAPES para fins de ofertar capacitações para as equipes, voltada a temática deste indicador.								
3.1.10	Acompanhar 30% das crianças em idade escolar (0 a 10 anos) identificada em situação de sobrepeso e obesidade do Território assistido, matriculadas na Rede Municipal de Ensino.	Percentual de crianças acompanhadas, em situação de sobrepeso e obesidade, matriculados na Rede Municipal de Ensino, do Território assistido.	0,00	2020	Percentual	30,00	30,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar avaliação antropométrica das crianças menores de 10 anos matriculadas nas escolas municipais.								
Ação Nº 2 - Realizar identificação de crianças em situação de sobrepeso e obesidade matriculadas na rede municipal de ensino para o devido acompanhamento.								
3.1.11	Promover ações de qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	Número de ações de qualificação promovidas	0	2020	Número	5	5	Número
Ação Nº 1 - Realizar as ações Educativas realizadas pelo Núcleo Intersetorial de Prevenção as Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz - NPV no município de Toledo junto aos profissionais da rede Intersetorial.								
Ação Nº 2 - Promover ações com os profissionais da rede de saúde para a identificação de violências e a notificação conforme estabelece a Normativa nº 05/2019 da Prefeitura de Toledo.								
Ação Nº 3 - Promover capacitação referente aos temas.								
Ação Nº 4 - Monitorar o fluxo de registros de atividades coletivas e/ou de Educação Permanente em Saúde, conforme Instrução Normativa.								
Ação Nº 5 - Proporcionar a capacitação para os profissionais da rede de saúde a respeito dos protocolos 4 e 5 da Rede Intersetorial de Proteção Social - RIPS								

3.1.12	Reduzir em 80% o número de crianças aguardando em fila de espera para acolhimento do CAPS i, até 2025.	Número de crianças, aguardando em fila de espera para acolhimento.	118	2021	Número	24	24	Número
Ação Nº 1 - Organizar processo de trabalho para diminuir fila de espera de acolhimento e desenvolver ações para otimizar o acolhimento dos pacientes em fila de espera.								
Ação Nº 2 - Fazer gestão da fila de espera, qualificando-a de forma regular conforme programação da equipe.								
Ação Nº 3 - Fomentar o matriciamento entre as equipes do Caps i e da APS para o devido acompanhamento e monitoramento da unidade referência até inclusão do tratamento no Caps i.								
Ação Nº 4 - Desenvolver ações intersetoriais para promoção de saúde mental.								
Ação Nº 5 - Realizar semestralmente o levantamento da capacidade instalada e a demanda existente para o serviço.								
Ação Nº 6 - Revisar a linha guia de cuidade a saúde a pessoa com deficiência, planejar e organizar os pontos de atenção adequados e estruturar o Núcleo de Atenção a Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.								
3.1.13	Reduzir em 60% o número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	Número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria	399	2020	Número	159	159	Número
Ação Nº 1 - Organizar processo de trabalho otimizando o atendimento para diminuir fila de espera.								
Ação Nº 2 - Fazer gestão da fila de espera, qualificando-a de forma regular conforme programação da equipe.								
Ação Nº 3 - Monitorar Plano de Cuidado com o paciente e equipe da UBS do seu território de residência para o devido acompanhamento e monitoramento pela equipe da APS, através do matriciamento às equipes da APS.								
Ação Nº 4 - Desenvolver ações para otimizar o acolhimento dos pacientes em fila de espera.								
Ação Nº 5 - Desenvolver ações intersetoriais para promoção de saúde mental.								
Ação Nº 6 - Realizar semestralmente o levantamento da capacidade instalada e a demanda existente para o serviço.								
Ação Nº 7 - Avaliar parcerias público-privada com universidades.								
Ação Nº 8 - Avaliar a implantação de terapias em grupos.								

DIRETRIZ Nº 4 - FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE DO IDOSO

OBJETIVO Nº 4.1 - Promover e implementar ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população idosa, visando a integralidade do cuidado.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
4.1.1	Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur, em pessoas idosas	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, por fratura de fêmur	22,79	2020	Taxa	22,99	22,99	Taxa
Ação Nº 1 - Realizar ações educativas quanto à prevenção de queda em idosos e incentivo a autonomia e independência para as atividades de vida diária em conjunto com as ações do Projeto Casa Segura, em espaços coletivos e nas diversas faixas etárias (Escola, CERTIs, Associações de Moradores, Conselhos de direitos, etc.).								
Ação Nº 2 - Realizar parcerias com faculdades (Educação Física, Nutrição, Fisioterapia) para desenvolvimento de projetos, melhorando a qualidade de vida da terceira idade. Proposta do CMS 88.								
Ação Nº 3 - Aplicar o instrumento IVCF-20 para a identificação dos idosos vulneráveis no território de atuação das equipes de APS.								
4.1.2	Atender com 1 consulta, no mínimo, 78,94% da população idosa até 2025	Percentual de idosos com no mínimo 1 consulta ao ano	68,94	2020	Percentual	78,94	78,94	Percentual
Ação Nº 1 - Identificar a população idosa do território de atuação para cadastro ou atualização do mesmo.								
Ação Nº 2 - Organizar a agenda para o atendimento, avaliação e acompanhamento da pessoa idosa.								
Ação Nº 3 - Realizar busca ativa dos faltantes nas consultas agendadas.								
4.1.3	Realizar atividades coletivas com a população idosa, dos territórios de atuação das equipes de saúde	Número de atividades Coletivas realizados pelas equipes de saúde	0	2020	Número	50	50	Número
Ação Nº 1 - Incentivar os idosos para a prática da atividade física regular nos espaços públicos disponíveis a população como CERTIs, Academia da Saúde no Bairro São Francisco, entre outros locais.								
Ação Nº 2 - Estabelecer parcerias intersetoriais para o desenvolvimento das atividades coletivas.								
Ação Nº 3 - Ações de educação em saúde de caráter coletivo com os grupos de idosos do território.								
Ação Nº 4 - Desenvolver ações em saúde mental voltada a população idosa.								
Ação Nº 5 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
4.1.4	Vacinar 90% da população acima de 60 anos contra a Influenza	Proporção da população acima de 60 anos vacinadas	100,00	2020	Percentual	90,00	90,00	Percentual
Ação Nº 1 - Sensibilizar a pessoa idosa sobre a importância da vacinação.								
Ação Nº 2 - Garantir distribuição de imunizantes em todas as unidades Básicas de saúde com rotina de supervisão do setor responsável.								
Ação Nº 3 - Intensificar divulgação das campanhas de vacinas nacionais em mídias sociais buscando parcerias.								
Ação Nº 4 - Intensificar busca ativa de vacinas em atraso através de visitas de Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate a Endemias, contato telefônico e durante atendimentos nos serviços de saúde (UBS, PA, CAPS, Farmácias, etc.).								
Ação Nº 5 - Fomentar ações de vacinação extramuro.								

DIRETRIZ Nº 5 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO Á SAÚDE DO HOMEM

OBJETIVO Nº 5.1 - Promover e implementar ações de prevenção e promoção à saúde do Homem

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
5.1.1	Atingir 40% pré-natal do parceiro conforme protocolo vigente na rede municipal, até 2025	Percentual de pré natal do parceiro realizado (Pré do parceiro/Nascidos vivos)	14,58	2019	Percentual	40,00	40,00	Percentual
Ação Nº 1 - Incentivar a participação do homem no pré-natal.								
Ação Nº 2 - Sensibilizar os profissionais quanto ao fornecimento de atestado quando da participação do homem no pré-natal.								
Ação Nº 3 - Sensibilização das empresas e associações comerciais (ACIT).								
Ação Nº 4 - Proporcionar a abertura do pré-natal do parceiro e gestante no mesmo dia.								
Ação Nº 5 - Padronizar a carteirinha de gestante e pré-natal do homem com modelo municipal.								
Ação Nº 6 - Conscientizar sobre o risco de ISTs na gestação e amamentação.								
5.1.2	Realizar ações coletivas referente a Saúde do Homem.	Quantidade de ações coletivas realizadas.	1	2021	Número	1	4	Número
Ação Nº 1 - Organizar ação coletiva/campanha dedicada ao público masculino sobre a importância do cuidado com a sua saúde, enfatizando na campanha do Novembro Azul.								
Ação Nº 2 - Ampliar testes rápidos (hepatites, HIV, sífilis) durante o período das ações.								
Ação Nº 3 - Fortalecer o trabalho intersetorial com outras secretarias e/ou instituições externas para ações referentes a saúde do homem.								
Ação Nº 4 - Desenvolver ações em saúde mental direcionada ao homem.								
Ação Nº 5 - Articular com a APS ações de cuidado farmacêutico junto aos grupos na unidades de saúde.								

DIRETRIZ Nº 6 - IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO Á PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBJETIVO Nº 6.1 - organizar e qualificar os pontos de atenção à pessoa com deficiência, promovendo a sua articulação no desenvolvimento do cuidado e atenção integral dessa população, tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária em Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
6.1.1	Realizar oficina de capacitação sobre a atenção em saúde da Pessoa com Deficiência	Número de Unidades com profissionais capacitadas	0	2021	Número	4	16	Número
Ação Nº 1 - Dar continuidade no processo de capacitação das equipes de saúde.								
Ação Nº 2 - Oportunizar a participação dos profissionais da saúde em capacitações externas.								
Ação Nº 3 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								

DIRETRIZ Nº 7 - FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA REDE SAÚDE BUCAL

OBJETIVO Nº 7.1 - Promover a ampliação da atenção a saúde Bucal, voltadas integralidade da atenção, à qualificação das práticas e à gestão do cuidado, de forma a promover a resolubilidade dos serviços prestados e o acesso com equidade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
7.1.1	Atingir 30% de cobertura populacional estimada de Saúde Bucal, até 2025.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	18,71	2021	Percentual	30,00	30,00	Percentual
Ação Nº 1 - Reposição de servidores aposentados e/ou exonerados.								
Ação Nº 2 - Monitorar a cobertura frente a necessidade da implantação de novas equipes da Estratégia Saúde Bucal.								
7.1.2	Aumentar o número de atendimentos para o Centro Especializado Odontológico/CEO as pessoas com deficiência.	Número de Atendimentos no CEO, para atendimento de pessoas com deficiência	21	2021	Número	27	27	Número
Ação Nº 1 - Manter discussões sobre a demanda reprimida com o Centro de Especialidades Odontológicas.								
Ação Nº 2 - Fomentar o aumento do número de profissionais para os atendimentos no CEO.								
Ação Nº 3 - Monitorar os atendimentos realizados.								
7.1.3	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos	6,67	2020	Percentual	3,00	3,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realização de atividades coletivas com a comunidade e demais ações complementares.								
Ação Nº 2 - Monitorar os encaminhamentos para o CEO.								
Ação Nº 3 - Ampliar o atendimento clínico realizado pelo profissional Técnico em Saúde Bucal (TSB).								
7.1.4	Realizar 170 ações coletivas da escovação dental supervisionada (nas Escolas Municipais)	Número de ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas	146	2019	Número	50	170	Número
Ação Nº 1 - Organizar cronogramas para as Equipes de Estratégia de Saúde Bucal realizarem ações coletivas nos seus territórios.								

Ação Nº 2 - Disponibilizar profissionais (Odontólogos, TSB, ASB) para realizar atividades.								
Ação Nº 3 - Buscar articulações intersetoriais.								
Ação Nº 4 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
7.1.5	Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática.	Cobertura da primeira consulta odontológica programática	1,31	2020	Percentual	10,00	10,00	Percentual
Ação Nº 1 - Monitorar o processo de trabalho para garantir adequada atenção à demanda programada e espontânea e ações complementares.								
Ação Nº 2 - Aumentar a cobertura em saúde bucal.								
7.1.6	Atingir anualmente a razão de 1 entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	Razão entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	1,53	2020	Razão	1	1	Número
Ação Nº 1 - Realizar busca ativa dos faltosos e lembretes das consultas odontológicas e ações complementares.								
Ação Nº 2 - Ampliar o acesso à primeira consulta odontológica programática.								
Ação Nº 3 - Monitorar os registros da primeira consulta odontológica frente a consulta de conclusão de tratamento.								
7.1.7	Realizar anualmente 10 atividades educativas, com orientações à população, visando o diagnóstico precoce do câncer de boca	Número de atividades educativas realizadas	12	2019	Número	10	40	Número
Ação Nº 1 - Realização de atividade educativa visando o diagnóstico precoce de câncer de boca nas UBS, comunidade e empresas.								
Ação Nº 2 - Realização de exames periódicos de rotina ou em campanhas na população com maior vulnerabilidade.								
Ação Nº 3 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								

DIRETRIZ Nº 8 - INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO Nº 8.1 - Realizar a prevenção e promoção da Saúde, por meio das ações da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental e Endemias, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos, de forma integrada com os demais serviços da Rede de Atenção a Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
8.1.1	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Promover a integração entre departamento de atenção primária e vigilância em saúde na investigação dos óbitos em MIF através da implementação de fluxo municipal.								
8.1.2	Atingir 100% da proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,90	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Sensibilizar os profissionais a nível municipal sobre o adequado preenchimento da DO.								
Ação Nº 2 - Oficiar estabelecimentos sobre necessidade de cumprimento da legislação referente ao preenchimento das DO.								

Ação Nº 3 - Capacitar o maior número de profissionais da Vigilância Epidemiológica para análise de investigação das causas básicas.								
8.1.3	Alcançar, em pelo menos 75% de cobertura das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75,00	2020	Percentual	75,00	75,00	Percentual
Ação Nº 1 - Garantir distribuição de imunizantes em todas as unidades Básicas de saúde com rotina de supervisão do setor responsável.								
Ação Nº 2 - Intensificar divulgação das campanhas de vacina nacionais em mídias sociais, buscando parcerias.								
Ação Nº 3 - Intensificar busca ativa de vacinas em atraso através de visitas de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias, contato telefônico e durante atendimentos nos serviços de saúde (UBS, PA, CAPS, Farmácia, etc.).								
Ação Nº 4 - Sensibilizar a população sobre importância da vacinação na erradicação e/ou redução de doenças.								
Ação Nº 5 - Promover a integração com a Secretaria de Educação apoiando e orientando na identificação de vacinas em atraso (PSE).								
Ação Nº 6 - Sensibilizar para o cumprimento da lei estadual nº 10.202/2018.								
8.1.4	Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Fortalecer a integração entre departamento de Atenção Primária e Vigilância em Saúde no preenchimento e seguimento das notificações compulsórias imediatas.								
Ação Nº 2 - Garantir a adequada e oportuna alimentação do Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN.								
8.1.5	Atingir 90%, a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, até 2025	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	76,90	2020	Percentual	90,00	90,00	Percentual
Ação Nº 1 - Realizar busca ativa de contatos intradomiciliares de pacientes em tratamento.								
Ação Nº 2 - Realizar capacitação das equipes da APS para avaliação de contatos e suspeitas de casos de Hanseníase.								
Ação Nº 3 - Manter a distribuição de medicamentos para o tratamento da Hanseníase.								
Ação Nº 4 - Realizar campanha anual de sensibilização para a população e trabalhadores de saúde sobre a Hanseníase.								
Ação Nº 5 - Confeccionar material educativo para distribuição (cartazes, panfletos).								
Ação Nº 6 - Organizar a atenção para acolhimento e adequado seguimento dos pacientes de hanseníase pelas equipes de APS.								
8.1.6	Manter em 0 a incidência de aids em menores de 5 anos	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	2020	Número	0	0	Número
Ação Nº 1 - Sensibilizar população em geral sobre importância da testagem na rotina ou após exposição a situação de risco.								
Ação Nº 2 - Reforçar os cuidados sobre a transmissão vertical.								
Ação Nº 3 - Fomentar junto a 20ª Regional de Saúde capacitação para os novos profissionais que realizam testes rápidos nas unidades de saúde e pronto atendimentos.								
Ação Nº 4 - Garantir distribuição uniforme de testes rápidos para todas as unidades Básicas de saúde, pronto atendimentos e maternidades.								
Ação Nº 5 - Garantir testagem as gestantes nos três trimestres gestacionais e para parceiros no primeiro trimestre, realizando busca ativa dos faltosos.								
8.1.7	Manter em zero o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2020	Número	0	0	Número

Ação Nº 1 - Fomentar junto a 20ª Regional de Saúde capacitação para os novos profissionais que realizam testes rápidos nas unidades de saúde e pronto atendimentos.								
Ação Nº 2 - Garantir distribuição uniforme de testes rápidos para todas as unidades Básicas de saúde, pronto atendimentos e maternidades.								
Ação Nº 3 - Sensibilizar população em geral sobre importância da testagem na rotina ou após exposição a situação de risco.								
Ação Nº 4 - Garantir testagem as gestantes nos três trimestres gestacionais e para parceiros no primeiro trimestre, realizando busca ativa dos faltosos.								
Ação Nº 5 - Garantir capacitação aos profissionais médicos e enfermeiros no que se refere a interpretação de exames, tratamento, monitoramento das titulações e situações que indicam necessidade de retratamento.								
Ação Nº 6 - Realizar busca ativa das gestantes para verificação da titulação e acompanhar o tratamento.								
Ação Nº 7 - Intensificar o estadiamento das crianças nascidas de mães com sífilis após o nascimento conforme protocolo vigente.								
Ação Nº 8 - Garantir aplicação de penicilina em todas as unidades básicas de saúde e pronto atendimentos.								
Ação Nº 9 - Reforçar as ações de prevenção as IST¿s na população com comportamento de risco.								
8.1.8	Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura dos imóveis, para controle da dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	0	2020	Número	4	4	Número
Ação Nº 1 - Prover número mínimo de agentes de combate a endemias ativos conforme preconizado pelo PNCD.								
Ação Nº 2 - Prover número mínimo de supervisores de área conforme preconizado pelo PNCD.								
Ação Nº 3 - Prover veículos, EPI e insumos para o desenvolvimento do trabalho diário.								
Ação Nº 4 - Capacitar de forma permanente as equipes de controle vetorial.								
Ação Nº 5 - Planejar ações integradas com a Secretaria de Meio Ambiente, Atenção Primária, Vigilância Epidemiológica e Secretaria de Comunicação quando identificadas situações de risco (eliminação dos problemas encontrados durante as visitas).								
Ação Nº 6 - Integrar os diversos departamentos na sensibilização da população para reduzir as recusas e aumentar número de agendamentos objetivando redução do índice de imóveis fechados.								
Ação Nº 7 - Realizar atividades educativas sobre o combate ao mosquito Aedes Aegypti em escolas e comunidade em geral.								
Ação Nº 8 - Manter reuniões periódicas do Comitê Municipal de combate a dengue.								
Ação Nº 9 - Atualizar anualmente o zoneamento dos Agentes de Endemias e reconhecimento geográfico (exceto em períodos epidêmicos).								
8.1.9	preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Sensibilizar os profissionais sobre adequado preenchimento das fichas de notificação.								
8.1.10	Realizar 100% ao ano da proporção de análises programadas, das amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Garantir insumos para realização das coletas e análises de água.								
8.1.11	Realizar 100% do atendimento das denúncias/reclamações recebidas sobre o setor regulado.	Percentual de atendimento as denúncias/reclamações sobre Setor Regulado	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Manter fluxo interno de verificação de denúncias e reclamações recebidas através dos canais de ouvidoria.								

Ação Nº 2 - Sensibilizar profissionais sobre importância da resposta em tempo oportuno, de forma clara e objetiva, permitindo o adequado entendimento do solicitante.

DIRETRIZ Nº 9 - PROMOÇÃO DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO Nº 9.1 - Promover a educação permanente entre os profissionais de saúde, usuários e a comunidade, realizando o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos, assegurando assim, o uso racional de medicamentos na perspectiva de obter resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
9.1.1	Atingir 15% do número de pacientes HAS, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	Percentual de pacientes HAS, com consulta farmacêutica realizada.	4.847	2019	Número	727	727	Número
Ação Nº 1 - Organizar agenda do profissional para a consulta farmacêutica.								
Ação Nº 2 - Estabelecer diálogo com a APS para o agendamento do paciente à consulta farmacêutica.								
Ação Nº 3 - Realizar o registro de atendimento.								
Ação Nº 4 - Busca ativa do público-alvo para agendar consulta farmacêutica articulada juntamente com a APS através do ACS em seu território.								
9.1.2	Atingir 15% do número de pacientes DM, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	Percentual de pacientes com DM, com consulta farmacêutica realizada.	1.854	2019	Número	278	278	Número
Ação Nº 1 - Organizar agenda do profissional para a consulta farmacêutica.								
Ação Nº 2 - Estabelecer diálogo com a APS para o agendamento do paciente à consulta farmacêutica.								
Ação Nº 3 - Realizar o registro de atendimento.								
Ação Nº 4 - Busca ativa do público-alvo para agendar consulta farmacêutica articulada juntamente com a APS através do ACS em seu território.								
9.1.3	Manter abaixo de 5% a perda de medicamentos vencidos do estoque.	Percentual de perda de medicamentos do estoque	0,37	2020	Percentual	5,00	5,00	Percentual
Ação Nº 1 - Acompanhar regularmente a validade dos medicamentos em estoque.								
Ação Nº 2 - Nos dispensários e farmácias controle de estoque, sendo o que se vence primeiro colocar na frente da prateleira.								
Ação Nº 3 - Remanejamento dos medicamentos e produtos próximos da data de vencimento para locais de maior fluxo.								
Ação Nº 4 - Entrega de medicamentos para os serviços de saúde pela CAF conforme consumo.								
9.1.4	Realizar anualmente a avaliação e monitoramento do Programa Municipal de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos de Toledo, conforme Lei Municipal nº "R" 24/2020.	Avaliação e monitoramento do PROFITOO realizadas.	0	2020	Número	1	4	Número
Ação Nº 1 - Realizar o monitoramento e avaliação do PROFITOO.								

DIRETRIZ Nº 10 - FORTALECIMENTO REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE MENTAL

OBJETIVO Nº 10.1 - Qualificar e implementar o cuidado em Saúde Mental em toda a rede municipal de Atenção à Saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
10.1.1	Realizar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por caps, com equipes de Atenção Primária em Saúde.	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	66,67	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Capacitação dos novos servidores sobre matriciamento e estratificação de risco em saúde mental para os servidores da APS e equipes de Saúde Mental.								
Ação Nº 2 - Seguir o cronograma estabelecido para o desenvolvimento das ações de matriciamento das equipes de APS por CAPS e Ambulatório de Saúde Mental (ASM).								
Ação Nº 3 - Realizar o registro das ações no sistema de informação municipal.								
10.1.2	Realizar anualmente 12 ações Educativas na rede intersetorial, sobre as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas à saúde mental do individuo.	Número de Ações educativas realizadas	5	2020	Número	12	12	Número
Ação Nº 1 - Desenvolver ações preventivas entre equipes de Saúde Mental, APS e demais setores da Secretaria de Saúde.								
Ação Nº 2 - Realizar ações em parceria com a Secretaria de Assistência Social (SMAS), Secretaria de Políticas Para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano (SMDH), Secretaria de Educação (SMED), entre outras instituições.								
Ação Nº 3 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
Ação Nº 4 - Realizar o registro das ações no sistema de informação municipal.								
10.1.3	Reduzir em 60% o número de pacientes aguardando em fila de espera para atendimento de psiquiatria e psicologia no ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	Número de pessoas aguardando em fila de espera de redução da fila de espera	1.095	2020	Número	438	438	Número
Ação Nº 1 - Definir e/ou avaliar com as equipes de APS os fluxos de encaminhamento para os serviços especializados de Saúde Mental.								
Ação Nº 2 - Monitoramento da capacidade instalada e necessidade.								
Ação Nº 3 - Manter o agendamento de 100% das vagas dos concursados de psiquiatria e psicologia do CISCOPAR.								
Ação Nº 4 - Consulta compartilhada entre médico APS e psiquiatra da rede de saúde mental.								
Ação Nº 5 - Ação concentrada vinculada ao procedimento de acolhimento do ASM.								

DIRETRIZ Nº 11 - FORTALECIMENTO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

OBJETIVO Nº 11.1 - Qualificar e ampliar o acesso equânime dos cidadãos ao conjunto dos serviços especializados de media e alta complexidade de forma regulada

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
11.1.1	Reduzir a menos de 3 anos o tempo máximo de espera para consultas médicas especializadas, até 2025	Tempo de espera (dias) para consultas especializadas.	1.095	2021	Número	1.094	1.094	Número
Ação Nº 1 - Elaborar e implantar fluxos para confirmação e cancelamento de consultas a serem utilizados pelo setor de agendamento.								
Ação Nº 2 - Realizar a qualificação da fila.								
Ação Nº 3 - Monitoramento da demanda versus capacidade instalada.								
Ação Nº 4 - Manter o agendamento 100% das vagas dos concursados do CISCOPAR.								
Ação Nº 5 - Organizar cotas para serviços credenciados via CISCOPAR.								
Ação Nº 6 - Buscar novos credenciamentos e oficializar SESA de nossas demandas.								
11.1.2	Implantar 4 protocolos de regulação para solicitação de Exames Especializados, até 2025.	Nº de Protocolos Implantados de Exames Especializados	0	2020	Número	1	4	Número
Ação Nº 1 - Elaborar o protocolo frente a demanda de exames de Ressonância e Tomografia.								
Ação Nº 2 - Definir os profissionais da Rede de Atenção a Saúde para a elaboração do protocolo.								
Ação Nº 3 - Definir cronograma para início e previsão do término da construção do protocolo.								
Ação Nº 4 - Capacitação da rede de atenção a saúde.								
11.1.3	Implantar 4 protocolos de regulação para solicitação de Consultas Especializados, até 2025.	Nº de Protocolos Implantados de Consultas Especializados	0	2020	Número	1	4	Número
Ação Nº 1 - Definir os profissionais da Rede de Atenção a Saúde para a elaboração do protocolo.								
Ação Nº 2 - Dar continuidade na elaboração do protocolo de Nefrologia e elaborar o protocolo de Ortopedia frente a demanda de consultas.								
Ação Nº 3 - Definir cronograma para início e previsão do término da construção do protocolo.								
Ação Nº 4 - Capacitação da rede de atenção a saúde.								

DIRETRIZ Nº 12 - FORTALECIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

OBJETIVO Nº 12.1 - Oferecer uma resposta em tempo oportuno e qualificada nos atendimentos em situações de urgência e emergência

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
12.1.1	Manter 100% do acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de pronto atendimento (UPA e PAM)	Percentual de acolhimento com classificação de risco realizados	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Aplicar o protocolo de acolhimento com classificação de risco conforme o Sistema de Manchester.								
Ação Nº 2 - Intensificar através de mídia (comunicação) e dos serviços de atenção a saúde o Sistema de Manchester nos prontos atendimentos municipais.								
Ação Nº 3 - Conter em edital para PSS de Enfermeiro pontuação quando houver o curso do sistema de Manchester.								
Ação Nº 4 - Monitoramento das classificações realizadas na sala de emergência.								
12.1.2	Reduzir a 1,40 o Coeficiente de mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal, até 2025.	Taxa de Mortalidade	1,55	2021	Taxa	1,40	1,40	Taxa
Ação Nº 1 - Realizar acolhimento conforme estabelecido no protocolo de Manchester.								
Ação Nº 2 - Solicitar a equipe de urgência e emergência as necessidades de capacitações e/ou atualizações.								
Ação Nº 3 - Avaliar frequentemente necessidade de profissionais em escala para pronto atendimento.								
Ação Nº 4 - Incluir na central de leitos todos os pacientes com indicação de vaga hospitalar.								
Ação Nº 5 - Fortalecimento e implementação das ações de CCIH.								
Ação Nº 6 - Levar para discussões na CIR as dificuldades relacionadas à carência de leitos hospitalares para determinadas especialidades								
Ação Nº 7 - Fomentar a retomada do Grupo Técnico da Rede de Urgência e Emergência - GT RUE.								

DIRETRIZ Nº 13 - ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA COVID-19

OBJETIVO Nº 13.1 - Realizar o enfrentamento da situação de emergência pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, buscando reduzir os impactos em termos de morbidade e mortalidade, otimizando recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunas, inclusive direcionando o atendimento dos pacientes com sequelas pós covid.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
13.1.1	Realizar a testagem dos casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, durante o período pandêmico, conforme protocolos instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde.	Proporção de casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, com testagem realizada	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Identificar e notificar todos os casos de Síndrome Gripal (SG) atendidas nas Unidades de Saúde, em especial, os casos suspeitos de COVID-19.								
Ação Nº 2 - Realizar em tempo oportuno a investigação de todos os casos suspeitos de síndrome gripal, em especial, aquelas que preenchem os critérios como casos suspeitos para o Coronavírus.								
13.1.2	Implantar serviço de atendimento as pessoas com sequelas no pós COVID-19.	Serviço implantado	0	2020	Número	0	1	Número
Ação Nº 1 - Organizar local e equipe para atendimento de pessoas com sequelas pós Covid (Nota Técnica 28/2020 MS(Conass)).								
Ação Nº 2 - Acompanhamento pelo EMAD e equipe multi (EMAP) dos pacientes considerados AD2 e AD3.								
13.1.3	Realizar imunização da população contra o COVID 19, de acordo com o estabelecido no plano Nacional de Imunização	Percentual da população imunizada contra COVID-19	53,78	2021	Percentual	90,00	90,00	Percentual
Ação Nº 1 - Sensibilizar a população em geral para realização da imunização contra o coronavírus conforme orientações dos órgãos competentes.								
Ação Nº 2 - Realizar busca ativa dos faltosos por atrasado vacina covid-19.								
Ação Nº 3 - Realizar de forma adequada o registro individual vacinas aplicadas.								
Ação Nº 4 - Garantir o acesso à vacinação para o público conforme previsto em Plano de Contingência da imunização contra o coronavírus.								

DIRETRIZ Nº 14 - FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

OBJETIVO Nº 14.1 - Qualificar a Gestão do Trabalho, desenvolvendo e coordenando a política de educação permanente.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
14.1.1	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	Percentual de Servidores da Saúde que participaram de ações de Educação Permanente e/ou Continuada.	35,51	2020	Percentual	40,00	40,00	Percentual
Ação Nº 1 - Planejar as capacitações do ano vigente levando em consideração: as capacitações iniciadas e as não realizadas no ano anterior, o quantitativo do público-alvo atingido, identificando o quantitativo de servidores novos e proporcionando novas turmas no ano vigente se necessário.								
Ação Nº 2 - Promover atualizações das capacitações que já foram realizadas, caso necessário.								
Ação Nº 3 - Realizar levantamento das categorias profissionais que foram contempladas com capacitações e ofertar capacitações para as que não foram atingidas, levando em consideração as sugestões dos servidores.								
Ação Nº 4 - Proporcionar acesso as capacitações a todas as categorias profissionais.								
Ação Nº 5 - Monitoramento de Instrução Normativa quanto ao fluxo e registro de atividades coletivas e/ou Educação Permanente em Saúde.								
14.1.2	Ampliação do quadro efetivo dos servidores da saúde, em relação a Dezembro de 2020.	Número de servidores efetivos	963	2020	Número	30	120	Número
Ação Nº 1 - Meta atingida no ano de 2022 com a contratação de 130 servidores.								
Ação Nº 2 - Contratação de novos servidores frente ao orçamente existente.								
14.1.3	Realizar parcerias com instituições de ensino, a partir dos cursos na área da saúde, no sentido de melhoria do atendimento e aproveitamento do capital humano das instituições.	Número de Parcerias realizadas	0	2020	Número	0	4	Número
Ação Nº 1 - Divulgar e, quando possível, oportunizar para rede sobre cursos, capacitações, pós-graduação e educação continuada nas diversas áreas.								
Ação Nº 2 - Executar o projeto elaborado com o estabelecimento da parceria e vínculo com Instituições de Ensino nos cursos voltados as áreas de saúde.								
Ação Nº 3 - Renovar contratos com as instituições através do COAPES								

OBJETIVO Nº 14.2 - Intensificar ações visando ampliação do número de atendimentos e desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
14.2.1	Alcançar e manter em, no mínimo 85%, a satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS	Percentual de satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS	81,30	2019	Percentual	85,00	85,00	Percentual
Ação Nº 1 - Manter instrumento para realizar a pesquisa de satisfação dos usuários da Ouvidoria do SUS.								
Ação Nº 2 - Disponibilizar instrumento de pesquisa a ser preenchido pelo usuário atendido pela Ouvidoria do SUS nos meios de comunicação adequados.								
Ação Nº 3 - Estabelecer cronograma de visitas da ouvidoria nas unidades de saúde para ampliar o conhecimento sobre o serviço de atendimento da ouvidoria.								

OBJETIVO Nº 14.3 - Implantação do Setor de regulação, controle, avaliação e auditoria

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
14.3.1	Implantar setor de regulação, controle avaliação e auditoria	Serviço/setor implantado	0	2021	Número	0	1	Número
Ação Nº 1 - Implementar ações no setor.								

DIRETRIZ Nº 15 - FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

OBJETIVO Nº 15.1 - Ampliar os componentes da gestão participativa e fortalecer o Conselho Municipal de Saúde - CMS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
15.1.1	Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos juntamente com o Conselho Municipal de Saúde	Nº de conferências realizada	1	2019	Número	0	1	Número
Ação Nº 1 - Evento realizado em 25 e 26/11/2022.								
15.1.2	Participar das reuniões da CIR	Percentual de participação em reuniões	80,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Garantir a presença do Gestor municipal e um técnico.								
Ação Nº 2 - Repassar aos interessados a pauta discutida e encaminhamentos.								
15.1.3	Participar das reuniões do CRESEMS	Percentual de participação em reuniões	80,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Garantir a presença do Gestor municipal e um técnico.								
Ação Nº 2 - Repassar aos interessados a pauta discutida e encaminhamentos.								
15.1.4	Realizar prestação de contas quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde através das audiências públicas	Prestações de contas quadrimestrais realizadas, através de audiência pública	3	2020	Número	3	12	Número
Ação Nº 1 - Realizar a apresentação das Audiências Públicas na Câmara de Vereadores e também Conselho Municipal de Saúde.								
Ação Nº 2 - Promover divulgação dos Eventos: Audiência Pública, Reuniões do Conselho, Reunião com Associações de Bairros para orientações do funcionamento da Política de Saúde, Conferencias.								
15.1.5	Elaborar instrumentos de planejamento e submetê-los ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação: Plano Municipal de Saúde (PMS) para 4 anos, Programação Anual em Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)	Percentual de Instrumentos de Gestão elaborados e submetidos a apreciação e aprovação do CMS	100,00	2020	Percentual	100,00	100,00	Percentual
Ação Nº 1 - Submeter a apreciação e aprovação dos instrumentos de gestão ao CMS.								

DIRETRIZ Nº 16 - FORTALECIMENTO DA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO A SAÚDE

OBJETIVO Nº 16.1 - Avaliar e controlar os recursos financeiros direcionando e distribuindo de forma adequada de acordo com as necessidades programadas para a saúde, com investimentos em infraestrutura dos serviços de saúde municipais.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Prevista 2025	Meta Plano(2022-2025)	Unidade de Medida
			Valor	Ano	Unidade de Medida			
16.1.1	Construir Unidades de Saúde	Número de Unidade de Saúde construída	0	2019	Número	0	1	Número
Ação Nº 1 - Não há previsão de construção para este ano.								
16.1.2	Reformar e/ou ampliar Unidades de Saúde	Número de Unidades de Saúde Reformadas e/ou ampliadas	4	2020	Número	2	6	Número
Ação Nº 1 - Manutenção regular das Unidades de Saúde.								
Ação Nº 2 - Realizar processo licitatório para reforma da UBS Europa e ampliação da UBS do Pancera e Centro de Endemias.								
16.1.3	Adquirir veículos para repor e/ou ampliar a frota da rede	Nº de veículos adquiridos	63	2020	Número	2	20	Número
Ação Nº 1 - Solicitar a aquisição de novos veículos e manutenção da frota existente.								
16.1.4	Aplicar no mínimo 15%, por exercício, da receita líquida de impostos em gastos em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	26,30	2020	Percentual	15,00	15,00	Percentual
Ação Nº 1 - Monitorar os gastos realizados com ações de saúde conforme programado.								
16.1.5	Concluir Unidade Hospitalar – HRT.	Unidade Hospitalar concluida	0	2019	Número	0	1	Número
Ação Nº 1 - Monitorar o contrato da Gestão Hospitalar por meio da Concessão onerosa.								
Ação Nº 2 - Disponibilizar os leitos hospitalares do Hospital Regional de Toledo à Central Estadual de Regulação de Leitos Hospitalares.								
Ação Nº 3 - Desenvolver ações de orientação e aperfeiçoamento dos fluxos, estruturando adequado e oportuno acesso a atenção hospitalar, de média e alta complexidade (leitos de UTI e demais especialidades comtempladas), avaliando a possibilidade de oferecer adequado acesso a procedimentos eletivos e de urgência, com diminuição do tempo de espera, conforme demandas identificadas pela Rede de Atenção a Saúde, bem como, desenvolver ações visando fortalecer o vínculo entre os usuários do serviço hospitalar e as								

Demonstrativo da vinculação das metas anualizadas com a Subfunção		
Subfunções	**Descrição das Metas por Subfunção**	**Meta programada para o exercício**
122 - Administração Geral	Realizar oficina de capacitação sobre a atenção em saúde da Pessoa com Deficiência	4
	Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos juntamente com o Conselho Municipal de Saúde	0
	Implantar setor de regulação, controle avaliação e auditoria	0
	Alcançar e manter em, no mínimo 85%, a satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS	85,00
	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	40,00
	Ampliação do quadro efetivo dos servidores da saúde, em relação a Dezembro de 2020.	30
	Participar das reuniões da CIR	100,00
	Realizar parcerias com instituições de ensino, a partir dos cursos na área da saúde, no sentido de melhoria do atendimento e aproveitamento do capital humano das instituições.	0
	Adquirir veículos para repor e/ou ampliar a frota da rede	2
	Participar das reuniões do CRESEMS	100,00
	Realizar prestação de contas quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde através das audiências públicas	3
	Aplicar no mínimo 15%, por exercício, da receita líquida de impostos em gastos em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	15,00
	Elaborar instrumentos de planejamento e submetê-los ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação: Plano Municipal de Saúde (PMS) para 4 anos, Programação Anual em Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)	100,00
	Concluir Unidade Hospitalar – HRT.	0
	Promover ações de qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	5
301 - Atenção Básica	Atingir 90% da Cobertura Populacional da Atenção Básica, até 2025	90,00
	Construir Unidades de Saúde	0
	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	40,00
	Realizar a testagem dos casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, durante o período pandêmico, conforme protocolos instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde.	100,00
	Atingir 15% do número de pacientes HAS, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	727
	Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	100,00
	Atingir 30% de cobertura populacional estimada de Saúde Bucal, até 2025.	30,00
	Realizar oficina de capacitação sobre a atenção em saúde da Pessoa com Deficiência	4
	Atingir 40% pré-natal do parceiro conforme protocolo vigente na rede municipal, até 2025	40,00

Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur, em pessoas idosas	22,99
Implementar a linha de cuidado da saúde da Criança nas unidades básicas de saúde	100,00
Implementar a linha guia materna nas unidades básicas de saúde.	100,00
Realizar o cadastramento de 90% da população pelas Equipes de Atenção Primária em Saúde, até 2025	90,00
Reformar e/ou ampliar Unidades de Saúde	2
Ampliação do quadro efetivo dos servidores da saúde, em relação a Dezembro de 2020.	30
Atingir 15% do número de pacientes DM, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	278
Atingir 100% da proporção de registro de óbitos com causa básica definida	100,00
Aumentar o número de atendimentos para o Centro Especializado Odontológico/CEO as pessoas com deficiência.	27
Realizar ações coletivas referente a Saúde do Homem.	1
Atender com 1 consulta, no mínimo, 78,94% da população idosa até 2025	78,94
Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% dos recém-nascidos até o 5° dia após o nascimento	5,00
Estratificar 100% das gestantes, conforme linha guia materna, anualmente.	100,00
Ampliar 2 grupos por ano junto à população de seus territórios, para executar atividades voltadas ao controle do tabagismo.	2
Realizar imunização da população contra o COVID 19, de acordo com o estabelecido no plano Nacional de Imunização	90,00
Manter abaixo de 5% a perda de medicamentos vencidos do estoque.	5,00
Alcançar, em pelo menos 75% de cobertura das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	75,00
Reduzir o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	3,00
Realizar atividades coletivas com a população idosa, dos territórios de atuação das equipes de saúde	50
Realizar 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	100,00
Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	95,00
Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil	85,00
Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação	100,00
Realizar 170 ações coletivas da escovação dental supervisionada (nas Escolas Municipais)	50
Vacinar 90% da população acima de 60 anos contra a Influenza	90,00
Manter abaixo de 5% o número de crianças menores de 02 anos com atraso vacinal	5,00
Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% das puérperas até o 5° dia pós parto	5,00
Implantar equipes multidisciplinares de apoio às equipes de APS	1

Atingir 90%, a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, até 2025	90,00
Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática.	10,00
Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência	9,99
Alcançar no mínimo 50% de consultas puerperais em até 42 dias após o parto, até 2025.	50,00
Realizar 84%, de consultas para acompanhamento do paciente com HAS na APS, até 2025.	84,00
Manter em 0 a incidência de aids em menores de 5 anos	0
Atingir anualmente a razão de 1 entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	1
Manter a adesão ao PSE nos 4 anos de vigência deste Plano Municipal de Saúde	100,00
Atingir 0,56 de razão na realização de exames citopatológico em mulheres de 25 – 64 anos	0,56
Realizar 84% de consultas para acompanhamento do paciente com DM na APS até 2025.	84,00
Manter em zero o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	0
Realizar anualmente 10 atividades educativas, com orientações à população, visando o diagnóstico precoce do câncer de boca	10
Manter em 1 digito a taxa de mortalidade infantil.	9,00
Aumentar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária a cada 2 anos.	0,53
Realizar a identificação do Índice de Massa Corporal de 50% da população, até 2025.	50,00
Ofertar anualmente, no mínimo 1 consulta odontológica, por ano, para crianças e adolescentes.	12,00
Manter acima de 36% o percentual de parto normal.	36,00
Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura por DCNT (de 30 a 69 anos), até 2025.	318,04
preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100,00
Realizar capacitação às equipes de ESFs e EAPs, quanto a saúde nutricional para crianças e adolescentes	2
Zerar o número de óbitos maternos até 2025	0
Ampliar o percentual de atendimento das gestantes em primeira consulta odontológica programática.	50,00
Acompanhar 30% das crianças em idade escolar (0 a 10 anos) identificada em situação de sobrepeso e obesidade do Território assistido, matriculadas na Rede Municipal de Ensino.	30,00
Promover ações de qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	5
Reduzir em 80% o número de crianças aguardando em fila de espera para acolhimento do CAPS i, até 2025.	24
Reduzir em 60% o número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	159

302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Realizar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por caps, com equipes de Atenção Primária em Saúde.	100,00
	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	40,00
	Realizar a testagem dos casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, durante o período pandêmico, conforme protocolos instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde.	100,00
	Manter 100% do acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de pronto atendimento (UPA e PAM)	100,00
	Reduzir a menos de 3 anos o tempo máximo de espera para consultas médicas especializadas, até 2025	1.094
	Realizar anualmente 12 ações Educativas na rede intersetorial, sobre as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas à saúde mental do individuo.	12
	Ampliação do quadro efetivo dos servidores da saúde, em relação a Dezembro de 2020.	30
	Implantar serviço de atendimento as pessoas com sequelas no pós COVID-19.	0
	Reduzir a 1,40 o Coeficiente de mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal, até 2025.	1,40
	Implantar 4 protocolos de regulação para solicitação de Exames Especializados, até 2025.	1
	Ampliar 2 grupos por ano junto à população de seus territórios, para executar atividades voltadas ao controle do tabagismo.	2
	Reduzir em 60% o número de pacientes aguardando em fila de espera para atendimento de psiquiatria e psicologia no ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	438
	Implantar 4 protocolos de regulação para solicitação de Consultas Especializados, até 2025.	1
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Realizar anualmente a avaliação e monitoramento do Programa Municipal de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos de Toledo, conforme Lei Municipal nº “R” 24/2020.	1
304 - Vigilância Sanitária	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	40,00
	Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação	100,00
	preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100,00
	Realizar 100% ao ano da proporção de análises programadas, das amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100,00
	Realizar 100% do atendimento das denúncias/reclamações recebidas sobre o setor regulado.	100,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Realizar a testagem dos casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, durante o período pandêmico, conforme protocolos instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde.	100,00
	Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	40,00
	Atingir 100% da proporção de registro de óbitos com causa básica definida	100,00
	Reformar e/ou ampliar Unidades de Saúde	2
	Realizar imunização da população contra o COVID 19, de acordo com o estabelecido no plano Nacional de Imunização	90,00
	Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação	100,00
	Realizar no mínimo 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura dos imóveis, para controle da dengue	4

	preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100,00
	Promover ações de qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	5
306 - Alimentação e Nutrição	Realizar a identificação do Índice de Massa Corporal de 50% da população, até 2025.	50,00
	Realizar capacitação às equipes de ESFs e EAPs, quanto a saúde nutricional para crianças e adolescentes	2

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Categoria Econômica e Fonte de Recursos										
Subfunções	**Categoria Econômica**	**Recursos ordinários - Fonte Livre (R$)**	**Receita de impostos e de transferência de impostos (receita própria - R$)**	**Transferências de fundos à Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Federal (R$)**	**Transferências de fundos ao Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Estadual (R$)**	**Transferências de convênios destinados à Saúde (R$)**	**Operações de Crédito vinculadas à Saúde (R$)**	**Royalties do petróleo destinados à Saúde (R$)**	**Outros recursos destinados à Saúde (R$)**	**Total(R$)**
0 - Informações Complementares	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
122 - Administração Geral	Corrente	1.097.168,41	273.403,40	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1.370.571,81
	Capital	25.929,76	10.371,90	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	36.301,66
301 - Atenção Básica	Corrente	26.020.022,84	85.868.035,50	17.639.777,33	604.266,93	N/A	N/A	N/A	40.673,48	130.172.776,08
	Capital	542.990,97	611.270,08	33.758,99	147.102,42	N/A	N/A	N/A	N/A	1.335.122,46
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	64.963.487,51	20.400.756,83	14.788.037,15	2.856.647,65	N/A	N/A	N/A	N/A	103.008.929,14
	Capital	935.251,49	833.013,20	121,85	60.924,92	N/A	N/A	N/A	N/A	1.829.311,46
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	36.443,55	35.096,41	1.316,12	438,71	N/A	N/A	N/A	N/A	73.294,79
	Capital	87,74	87,74	2.018,04	1.316,12	N/A	N/A	N/A	N/A	3.509,64
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	3.477.491,53	144.523,89	88.991,32	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3.711.006,74
	Capital	15.488,24	1.025,71	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	16.513,95
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	6.712.217,15	25.399,50	2.260.883,05	22.745,82	N/A	N/A	N/A	N/A	9.021.245,52
	Capital	23.693,56	23.693,56	94,77	2.748,45	N/A	N/A	N/A	N/A	50.230,34
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	419,05	N/A	8.380,95	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	8.800,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



Plano Decenal

DOS DIREITOS HUMANOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

2017-2026



c.m.d.c.a.

TOLEDO
PREFEITURA

Depende de nós
Quem já foi ou ainda é criança
Que acredita ou tem esperança
Quem faz tudo pra um mundo melhor

Depende de nós
Que o circo esteja armado
Que o palhaço esteja engraçado
Que o riso esteja no ar
Sem que a gente precise sonhar

Que os ventos cantem nos galhos
Que as folhas bebam orvalhos
Que o sol descortine mais as manhãs

Depende de nós
Se esse mundo ainda tem jeito
Apesar do que o homem tem feito
Se a vida sobreviverá

Que os ventos cantem nos galhos
Que as folhas bebam orvalhos
Que o sol descortine mais as manhãs

Depende de nós
Se esse mundo ainda tem jeito
Apesar do que o homem tem feito
Se a vida sobreviverá

Depende de nós
Quem já foi ou ainda é criança
Que acredita ou tem esperança
Quem faz tudo pra um mundo melhor

(Ivan Lins)

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Data de elaboração: 2014 e 2016

Coordenação geral
Ires Damian Scuzziato

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA
Elis Francini Souza Coelho
Ivone Laguna

Secretaria Municipal da Juventude
Rodrigo Assufi Dallanol

Secretaria Municipal de Esportes e Lazer
Franz Menegasso
Tatiana Figueiredo Pedroso

Secretaria Municipal da Saúde
Rosmari Gatto Bordignon
Cristhiane Loiva Novello Silva
Marciela Fernanda Pagliari

Secretaria Municipal da Educação
Giovana Ferrari Barcellos Lazzeri
Patricia Fabiane Schnorenberger

Secretaria Municipal da Cultura
Magda Ritter

Secretaria do Planejamento Estratégico
Ires Damian Scuzziato

Ministério Público

Susana Karen Hans Sasson

UNIOESTE – Projeto de Apoio à Política de Proteção à Criança e ao adolescente

Luciana Vargas Netto Oliveira

Eugenia Aparecida Cesconetto

Conselho Tutelar

Secretaria de Assistência Social

Bruna Torri Saldanha

Secretaria de Desenvolvimento Econômico

Rafael Gustavo Cavalli

Secretaria de Políticas para Mulheres

Florinda Aparecida de Oliveira

MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

REPRESENTAÇÃO	NOME	MANDATO	
		INICIO	FINAL
Ação Social São Vicente de Paulo	Ivone Laguna	2015	2017
	Luiza Menin	2015	2017
Associação de Pais, Amigos, Deficientes Auditivos e Surdos – APADA	Luciana Caroline Kulzer	2015	2017
	Denize Debus de Mello	2015	2017
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Toledo – APAE	Lucimar Recalcatti Vieira	2015	2017
	Roseli Terezinha Gass	2015	2017
Centro Assistencial da Diocese de Toledo - Casa de Maria	Edmara de Souza	2015	2017
	Maria Inês Borges Mânica	2015	2017
Centro Beneficente de Educação Infantil "Ledi Maas" – Lions	Alini Cristini Pedrini Neves	2015	2017
	Michele Regina Rugel	2015	2017
Centro Comunitário e Social Dorcas	Cristiano Paulo Gerhardt	2015	2017
	Jessica Maiara da Silva dos Santos	2015	2017
Centro Social e Educacional Aldeia Infantil Betesda	Patricia Brandl da Silva Mani	2015	2017
	Suelaine Cristhina Feldkircher da Costa	2015	2017
Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família	Elis Francini Souza Coelho	2015	2017
	Raquel Cassol da Silva	2015	2017
Secretaria da Cultura	Magda Ritter	2015	2017
	Rosselane Liz Giordani	2015	2017
Secretaria da Educação	Gleci Terezinha Herkert	2015	2017
	Patricia Fabiane Schnorenberger	2015	2017
Secretaria de Esporte e Lazer	Franz Menegasso	2015	2017
	Tatiana Figueiredo Pedroso	2015	2017
Secretaria do Planejamento Estratégico	Ires Damian Scuzziato	2015	2017
	Regina Nanami Ikeda Angnes	2015	2017
Secretaria de Política para Mulheres	Florinda Aparecida de Oliveira	2015	2017
	Jaqueline Fernanda Machado	2015	2017
Secretaria da Saúde	Valdenice dos Santos Souza	2015	2017
	Cristhiane Loiva Novello e Silva	2015	2017

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13
1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO 15
1.1 COLONIZAÇÃO DE TOLEDO 17
1.2 EMANCIPAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO 19
1.3 HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO A FAMÍLIA, AS CRIANÇAS E OS JOVENS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO 20
1.3.1 Evolução do Desenvolvimento Social de Toledo 20
1.3.2 A Assistência Social nos Anos 60, 70 e 80 23
1.3.3 O Processo de Autonomia da Assistência Social 26
1.3.4 A Lei Orgânica da Assistência Social e o Fim do Assistencialismo 27
2 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO 29
2. 1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS, LOCACIONAIS, FÍSICOS-TERRITORIAIS E INFRAESTRUTURA FÍSICA DO MUNICIPIO DE TOLEDO PR 29
2.1.1 Aspectos Geográficos 29
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO 30
2.2.1 Posição e Extensão Geográfica 30
2.2.2 Clima 32
2.2.3 Relevo 33
2.2.4 Altitude 33
2.2.5 Solo 33
2.2.6 Vegetação 33
2.2.7 Hidrografia 34
2.3 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO 34
2.4 ASPECTOS POPULACIONAIS 36
2.4.1 População Absoluta 37
2.5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS 37
3 PRINCIPIOS E EIXOS NORTEADORE 39
3.1 PRINCÍPIOS 39
3.1.1 Universalidade dos Direitos com Equidade e Justiça Social 39
3.1.2 Igualdade e Direito à Diversidade 39
3.1.3 Proteção Integral para a Criança e o Adolescente 40
3.1.4 Prioridade Absoluta para a Criança e o Adolescente 40

3.1.5 Reconhecimento das Crianças e dos Adolescentes como Sujeitos de Direitos 41
3.1.6 Descentralização Político-Administrativa 41
3.1.7 Participação e Controle Social 42
3.1.8 Intersetorialidade e Trabalho em Rede 42
3.1.9 Melhor Interesse da Criança e do Adolescente 43
4 EIXO 1 - DIREITO À VIDA E À SAÚDE 45
4.1 MARCO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESFERA NACIONAL E NO MUNICIPIO DE TOLEDO 47
4.2 MARCO SITUACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO 48
4.2.1 Mortalidade Materna 59
4.2.2 Consultas de Pré-natal 60
4.2.3 Cobertura vacinal 61
4.2.4 Mortalidade Infantil (menores de 01 ano) e em menores de 05 anos 62
4.2.5 Gravidez na Adolescência 63
PLANO DE AÇÃO - DIREITO À VIDA E À SAÚDE 67
5 EIXO 2 - DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE 73
5.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 75
5.1.1 Dados do Serviço PAEFI Somente Referente às Crianças 90
5.1.2 Dados do Serviço PAEFI Somente Referente aos Adolescentes 91
PLANO DE AÇÃO - COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 93
5.2 A VIOLÊNCIA COMETIDA POR ADOLESCENTES: OS ATOS INFRACIONAIS E AS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM TOLEDO 97
5.2.1 O Cumprimento das Medidas Socioeducativas no CREAS I em 2015 101
5.2.2 O Cumprimento das Medidas Socioeducativas no CREAS II em 201 108
PLANO DE AÇÃO - CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS PELOS ADOLESCENTES AUTORES DE ATOS INFRACIONAIS 113
5.3 A QUESTÃO DO TRABALHO INFANTIL 115
PLANO DE AÇÃO - DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE 123
6 EIXO 3 - DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA 129
6.1 SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS – SCFV ... 134
6.2 SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 137

PLANO DE AÇÃO - DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA..... 153
7 EIXO 4 - DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E AO LAZER 159
7.1 DIREITO A EDUCAÇÃO..... 161
7.1.1 Educação Infantil em Toledo 164
7.1.2 Ensino Fundamental em Toledo..... 165
7.1.3 Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva em Toledo..... 166
7.1.4 A Educação em Tempo Integral no Município de Toledo 168
7.1.5 Educação em Tempo Integral na Rede Privada 168
7.1.6 Educação de Jovens e Adultos – EJA 168
7.1.7 Controle à Infrequência e Evasão Escolar..... 170
7.1.8 Programas com a Rede de Serviços 172
7.1.8.1 Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos 172
7.1.8.2 Circo da Alegria 173
7.1.8.3 Justiça também se Aprende na Escola..... 173
7.1.8.4 Programa Saúde na Escola 174
7.1.9 Estatística Geral Final das Escolas Municipais de Toledo..... 174
PLANO DE AÇÃO - DIREITO À EDUCAÇÃO 179
7.2 DIREITO À CULTURA 197
7.2.1 Cenário Histórico da Cultura em Toledo 198
7.2.3 Projetos desenvolvidos pela Secretaria de Cultura 202
PLANO DE AÇÃO - DIREITO À CULTURA..... 209
7.3 DIREITO AO ESPORTE E AO LAZER..... 211
7.3.1 Programas da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer..... 215
PLANO DE AÇÃO - DIREITO AO ESPORTE E AO LAZER 227
8 EIXO 5 - DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO NO TRABALHO..... 229
8.1 MARCO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESFERA NACIONAL E NO MUNICIPIO DE TOLEDO..... 231
8.2 MARCO SITUACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO..... 237
PLANO DE AÇÃO – DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO AO TRABALHO 241
9 EIXO 6 – FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS DO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES..... 245

9.1 SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇAS E DO ADOLESCENTE 247
9.1.1 A Implantação da Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente no Município de Toledo..... 250
PLANO DE AÇÃO – FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS DO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES 259
10 ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO..... 261
REFERÊNCIAS 265
ANEXOS 273

INTRODUÇÃO

O Plano de Decenal Atendimento à Criança e ao Adolescente do município de Toledo – PR subsidia a Política Municipal para a Criança e o Adolescente, sendo o principal instrumento aprovado pelo Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) que à luz do diagnóstico define as prioridades para garantir que os direitos desta população sejam assegurados e que os direitos já violados sejam resgatados, com absoluta prioridade.

O documento tem como base os Planos Municipais de Educação, de Saúde, e de Assistência Social, Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária, Plano Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil, Plano Municipal de Atendimento Sócio Educativo, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Deliberações das Conferências Municipais, Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF nº 101/00, Instrução Normativa nº 036 do Tribunal de Contas do Estado e Legislações que referenciam o trabalho com crianças e adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da Juventude, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE), Constituição Federal (CF) bem como normativas dos Conselhos Estadual e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA e CONANDA.

O Plano delineia as decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e define responsabilidades para os mais diversos órgãos que executam as políticas de atendimento e garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes, devendo ser formulado de forma clara e simples, a fim de nortear os demais níveis de cada proposta. É tomado como um marco de coerência para estudos setoriais, e/ou regionais, com vistas à elaboração de programas e projetos específicos, dentro de uma perspectiva de coerência interna da organização e externa em relação ao contexto no qual ele se insere. O Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes traz em seu arcabouço o fator histórico das mais diversas políticas de atendimento a população infanto-juvenil a nível nacional, estadual e principalmente do nosso município. Irá nos mostrar ainda como está atualmente a rede de proteção e de atendimento, bem como a elaboração de planilhas com objetivos, metas e ações para os próximos dez anos e finaliza com a formação de um comitê intersetorial de monitoramento e avaliação de todas as metas preconizadas no plano, procurando com isso otimizar o uso dos recursos da organização planejadora.

1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Segundo pesquisa histórica realizada pelas equipes técnicas na elaboração do Plano Diretor de 2016, o município de Toledo e grande parte do Oeste do Paraná formam região de colonização recente. A ocupação definitiva iniciou na década de 1940 e se intensificou em 1950. Em 1960 já havia cinco municípios na região: Toledo, Foz do Iguaçu, Cascavel, Guaíra e Guaraniaçu. A história do território de Toledo, no entanto, tem registros de mais de cinco séculos, desde o tempo em que Portugal e Espanha transformaram a América Latina em palco de rivalidades coloniais. Os conflitos atingiram entre outras regiões, o Oeste do Paraná. O atual município de Toledo e áreas próximas estavam no mapa desde a dominação espanhola, com confrontos com os portugueses, no início da chamada Era Colonial.

A partir do século XVII começou a ser registrada a presença de missionários jesuítas e colonizadores espanhóis. Os séculos XIX e XX foram períodos de concessões ou obragens, a empresários estrangeiros, para a exploração de recursos naturais da região. Ao tempo da colonização da Bacia do Rio da Prata, o Oeste do Paraná integrava a Província Del Guairá, de administração espanhola. A província foi criada após a assinatura do Tratado de Tordesilhas, em sete de julho de 1494, permitindo aos espanhóis a fundação do Vice-Reinado do Prata, que abrangia os atuais territórios do Uruguai e do Paraguai e de parte da Argentina, Peru, e Bolívia, com capital em Assunção. Na área oriental do Rio Paraná foi criada a Província de Vera e nela estabeleceu-se a Província Jesuítica Del Guairá, com estrutura de redução jesuítica. Em 1554, o governador do Prata, Martinez Irala, para confirmar a propriedade e posse da província, mandou seu preposto Francisco Garcia Vergara, fundar na margem oriental do Rio Paraná, junto à foz do Rio São Francisco, o povoado de Ontiveros. Três anos mais tarde, a povoação foi transferida para as proximidades da foz do Rio Piquiri, passando a chamar-se Ciudad Real del Guairá. Ontiveros foi, portanto, a primeira povoação do atual território do Paraná, antes mesmo da ocupação portuguesa do litoral do Estado.

Como a história registra, em 1905, cidadãos ingleses constituíram em Buenos Aires empresa denominada Companhia de Madeiras del Alto Paraná e com concessão do governo brasileiro para exploração de vasta área de terras no Oeste do Paraná, a qual denominaram de Fazenda Britânia. A sede da empresa foi construída exatamente sobre as ruínas da outrora Ontiveros, agora chamada de localidade de Porto Britânia. Na região ocupada inicialmente pelos espanhóis havia trecho do histórico caminho indígena do Peabiru que ligava por terra os Oceanos Atlântico e Pacífico. O caminho tinha trajeto principal na direção Leste-Oeste, com travessia sobre o Rio Paraná na região de Guayra, em ponto acima das Sete Quedas, hoje

submersas. Antes percorrido apenas por indígenas, após a ocupação pelos colonizadores europeus, o caminho passou a ser movimentado, ligando comunidades recém fundadas. A partir de 1610, os padres jesuítas criaram as reduções, onde reuniam grupos de índios Guarani em pequenas aldeias, para evangelizá-los e ensinar-lhes trabalhos artesanais em couro, madeira, lã, algodão e outros materiais. A Redução de Guayrá constituiu-se em espaço onde a experiência missionária dos jesuítas com os indígenas Guarani foi desenvolvida mesmo sendo região de influência de dois impérios coloniais. Era área de passagem e ligação dos núcleos coloniais de Assunção, no Paraguai, e São Vicente, hoje Estado de São Paulo, facilitando a relação entre os índios Guarani, do interior do continente, e os da tribo Carijó, do litoral brasileiro. A abundância da mão-de-obra submissa atraiu a cobiça de bandeirantes portugueses, que passaram a percorrer as matas dos hoje Estados de São Paulo e Paraná, geralmente pelo Caminho do Peabiru, para capturar índios catequizados pelos jesuítas. Os indígenas eram apreendidos e depois vendidos aos engenhos de açúcar da região litorânea de São Vicente, em São Paulo. Com o seu habitat natural invadido pela colonização e missão religiosa espanhola e incursões de bandeirantes para captura de mão-de-obra escrava, disciplinada e qualificada, os indígenas que ainda conseguiam fugir desses domínios, voltavam a viver em matas isoladas na região.

Outros fugiam para o Sul, sendo acolhidos nas reduções dos Sete Povos das Missões, no hoje Estado do Rio Grande do Sul. Assim teve fim a experiência missionária dos jesuítas com os índios Guarani, destruída em ataques espanhóis e portugueses deflagrados em apenas quatro anos, entre 1629 a 1632. Mais de dois séculos depois, a Guerra do Paraguai acelerou a definição das fronteiras do Oeste do Paraná. Em 1881, o governo brasileiro fundou a Vila Iguaçu, nas margens dos Rios Paraná e Iguaçu, hoje cidade de Foz do Iguaçu. Nessa época, o atual Oeste do Paraná sofria o extrativismo predatório, exercido por empresários estrangeiros. Em consequência, por volta de 1889, foi criada a Colônia Militar de Foz do Iguaçu com o propósito de controle e integração política do Oeste do Paraná ao território brasileiro. Apesar da medida, foi apenas no fim do século XIX, com a delimitação do território nacional após o conflito com o Paraguai, que o Oeste do Paraná conquistou efetivamente a condição de região brasileira, autônoma com relação à atividade econômica de exploração de seus recursos naturais. Os mercados de erva-mate e de madeira em plena expansão na Bacia do Prata exigiam cuidado crescente para a garantia de transporte e abastecimento regular. A demanda cada vez maior desses produtos e a sua disponibilidade nas florestas do Oeste do Paraná atraíam a atenção e o interesse de empresários argentinos e europeus. A erva-mate, da família das aqüifoliáceas, cujo nome cientifico é “ilex paraguariensis”, por exemplo, nascia e crescia

silvestre em toda a Região Sul do País, como Sul do então Estado do Mato Grosso, Paraná, Oeste de Santa Catarina e Norte do Rio Grande do Sul, além do Paraguai. A dificuldade maior estava no transporte do produto, pois a única via de ligação entre exportadores e compradores era a fluvial, mas os negócios enfrentavam o direito de navegação pelo Rio Paraná concedido à Argentina, em troca da livre navegação brasileira na Bacia do Prata, mediante acordos assinados pelos países interessados, no início da década de 1850.

A região, situada entre o Rio Piquiri, em Guaíra, e o Rio Iguaçu, em Foz do Iguaçu, foi a mais explorada por empresas estrangeiras na época, das quais apenas algumas contavam com as devidas licenças do governo brasileiro, para extração principalmente madeira e erva-mate. Não extração desses produtos, havia também o regime escravagista dessas empresas na região, o que também contribuiu para que o governo brasileiro fundasse em 21 de novembro de 1889, a Colônia Militar de Foz do Iguaçu.

O município de Foz do Iguaçu, do qual fez parte o atual território de Toledo, foi criado pela Lei n° 313, de 14 de março de 1914. O município abrangia o Extremo-Oeste Paranaense, entre os Rios Piquiri e Iguaçu, região então coberta por matas e habitada por indígenas. Como território brasileiro, em 1924, o Oeste do Paraná também foi palco de enfrentamentos da Revolução Tenentista Sulista, movimento que percorreu as picadas ervateiras e expulsou estrangeiros da região, preparando caminho para a Marcha para o Oeste, deflagrada pelo então presidente Getulio Vargas, visando a ocupação definitiva das fronteiras brasileiras.

Entre as empresas estrangeiras que operavam no Oeste do Paraná na extração de erva-mate e madeira, estava a Companhia de Maderas del Alto Paraná, proprietária da Fazenda Britânia, com sede em Buenos Aires. Para operar no Oeste do Paraná construiu o Porto Britânia, junto a foz do Rio São Francisco no Rio Paraná, em 1905, onde estabeleceu sua sede na região. O território chamado Fazenda Britânia foi colocado a venda pelos seus proprietários ingleses em 1945 e despertou o interesse de empreendedores do Sul do Brasil, decididos a investir no ramo de exploração de madeiras e de colonização no Oeste do Paraná, o que resultou na fundação de Toledo, apenas um ano depois.

1.1 COLONIZAÇÃO DE TOLEDO

Até 1946, o Oeste do Paraná só era conhecido por seus limites fronteiriços, belezas naturais das Cataratas do Rio Iguaçu e Sete Quedas do Rio Paraná e pelas númerosas picadas das obrages que formavam rede de caminhos abertos na mata, pelos quais escoava a riqueza da erva-mate e da madeira exploradas pelos estrangeiros. Com a fundação da cidade de

Toledo se iniciou, de forma efetiva, o processo de reconquista brasileira do Oeste do Paraná, a partir de ousado projeto de colonização.

De início, a intenção não era criar uma nova cidade. Daí o fato de todos considerarem o acampamento junto ao Arroio Toledo, como a sede dos trabalhos da empresa colonizadora, referindo-se a ela como "Sede Toledo". Para ajudar nessa tarefa, chegaram paraguaios em busca de serviços. Vieram também descendentes de poloneses de lugar próximo a Cascavel, chamado São João, onde havia comunidade de imigrantes instalados pelo governo do Estado. Todos constituíram a mão-de-obra indispensável aos trabalhos de implantação do projeto de colonização do território e de fundação da cidade.

A atividade econômica inicial da Colonizadora Maripá na Fazenda Britânia, foi a exportação de madeira para a Argentina e Uruguai. Era prioridade naquele momento alavancar recursos para dar continuidade ao processo de colonização.

Em dezembro de 1946, utilizando somente força braçal, em sua maioria de trabalhadores paraguaios, já que os sulistas inicialmente tiveram dificuldades para se adaptar às condições de acampamentos e suportar as adversidades da rotina na mata.

No ano seguinte iniciou o corte de madeira para exportação e a instalação da primeira serraria da região, próximo as três primeiras casas da futura cidade, na hoje Vila Operária, região de grande concentração de araucárias. A presença de trabalhadores paraguaios no início da colonização de Toledo foi decisiva para continuidade das ações da Colonizadora Maripá, pois constituíram a mão-de-obra necessária aos serviços de derrubada das matas, abertura de estradas, medições das terras e carregamento de barcos.

Além disso, sujeitavam-se a trabalhos mais penosos, como construção de jangadas de toras para exportação, quando o trabalhador ficava com parte do corpo imerso nas águas dos Rios São Francisco e Paraná. Entre fatos pitorescos da fundação da cidade de Toledo, há registros curiosos. Como o relato de que seguidamente o caminhão disponível tinha de viajar até Cascavel em busca de madeira e, às vezes, cargas de arroz, farinha ou outro produto necessário para o abastecimento dos desbravadores.

Logo foram também fixados alguns pontos para construções importantes, como igrejas, escritório da empresa, casa comercial, hotel, etc. Surgiram então as primeiras quadras da vila, entre as atuais Ruas Sete de Setembro, Rui Barbosa, São João, Barão do Rio Branco, Avenida Maripá e outras próximas. Os interessados em residir na sede adquiriram lotes urbanos, tendo os imóveis apenas valor simbólico e podendo ser pagos em parcelas.

No começo da colonização de Toledo não se pensava em agricultura mecanizada ou extensiva, embora as terras planas e férteis viabilizassem o uso de tratores e implementos

modernos. O objetivo inicial era povoar densamente o município, com pequenos proprietários e grande produção de alimentos, transformando a região em celeiro do Paraná e implantando para isso núcleos populacionais de apoio. A Colonizadora Maripá implantou plano de colonização fundamentado em pequenas áreas de terras, como média 10 alqueires paulistas, e objetivo de criar estrutura de propriedade com produção voltada à subsistência da família, com diversificação de atividades que estimulasse economia de mercado, reforçando as relações comerciais da agropecuária.

1.2 EMANCIPAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

No início de 1951, quando Toledo contava com cerca de 400 habitantes, o diretor da Colonizadora Maripá que cuidava dos interesses da empresa em Curitiba, apresentou ao governo do Estado relatório com dados estatísticos sobre a nova localidade e o município de Foz de Iguaçu dando ciência de sua existência e solicitando visita de autoridades para a confirmação das informações se necessário. Neste mesmo ano ocorreu o desmembramento da Vila Toledo do município de Foz do Iguaçu, pela Lei Estadual n° 790, de 14 de novembro de 1951.

A administração municipal de Toledo iniciou com a posse do primeiro prefeito e primeiros vereadores no dia 14 de dezembro de 1952, fato que marcou a instalação oficial do município e sua emancipação definitiva de Foz do Iguaçu, e passou a ser considerada a data de aniversário de Toledo. Na época a população era de 1.720 habitantes com 850 eleitores, dos quais 825 votaram na primeira eleição elegendo como prefeito o médico Ernesto Dall'Oglio, e os vereadores Guerino Antonio Viccari, Rubens Stresser, Clécio Zenni, Ondy Hélio Nierderauer, Leopoldo João Schmidt, Alcebíades Formighieri, Waldi Winter, Wilibaldo Finkler e José Ayres da Silva. Minucioso e inteligente trabalho realizado durante um ano, pelo governo municipal, fez com que Toledo fosse beneficiado com conquista da Comarca, criada pela Lei Estadual n° 1542, de 14 de dezembro de 1953, sancionada pelo governador Bento Munhoz da Rocha Neto, que em visita conhecera pessoalmente o novo município.

Levantamento mostra a migração de colonos para Toledo no início da colonização, até agosto de 1956. Entre 1946 e 1948 havia 1.675 habitantes somando os migrantes e os 1.350 nascidos em Toledo no período, a população de Toledo chegou 9.945 habitantes, em apenas 10 anos após o início da colonização.

1.3 HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO A FAMÍLIA, AS CRIANÇAS E OS JOVENS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

1.3.1 Evolução do Desenvolvimento Social de Toledo

Foi em 1946 que chegaram os primeiros colonizadores de Toledo, oriundos do Rio Grande do Sul. Como o território era coberto por floresta nativa, nas primeiras caravanas estavam apenas homens, incumbidos de abrir clareiras na mata para construção de acampamentos. Somente em 1949, após a edificação de galpões é que chegaram as primeiras famílias, apesar da inexistência de igrejas, hospitais e escolas no projeto de colonização. Sem outra alternativa, as mulheres assumiram grande parte dos trabalhos dos grupos comunitários, especialmente na proteção às famílias, atividades domesticas, plantio de hortas e cuidado com animais domésticos. Além dessas responsabilidades as mulheres também auxiliavam os homens no trabalho do campo e somente a caça e a retirada de madeira da mata eram tarefas exclusivas dos chefes de família. Também cabia às mulheres estabelecer relações de boa vizinhança, receber as famílias recém-chegadas e solucionar problemas diários da comunidade. Elas eram igualmente responsáveis pela organização de atividades sociais e de lazer, como reuniões familiares, piqueniques, bailes e festas, quase sempre ligadas às questões religiosas, como casamentos, batizados e primeira comunhão. Conforme relato da saudosa pioneira Diva Paim Barth, “Toledo era uma família só, onde todos se conheciam e se ajudavam”. Em escritos e depoimentos de pioneiros há relatos da iniciativa das mulheres de se assumirem o comando do projeto de colonização de Toledo, como se o empreendimento lhes pertencesse. O ex-prefeito Wilson Carlos Kuhn relatou em entrevista concedida durante as comemorações dos 50 anos do município, o que caracterizou o movimento chamado de “o levante das mulheres”.

A mobilização aconteceu quando muitos dos colonos que deixaram as localidades de origem para construir nova vida no Oeste do Paraná passaram a reclamar das inúmeras dificuldades enfrentadas no desbravamento do território e começaram a pensar na possibilidade de desistir do projeto e retornar às cidades natais. As esposas, no entanto, não concordaram com a desistência e se rebelaram contra o grupo masculino. A determinação das mulheres se transformou em marco histórico do projeto de colonização e a partir de sua atitude corajosa, o desejo de vencer os obstáculos e concretizar o sonho do desenvolvimento na nova terra só cresceu entre os desbravadores.

Naquela época, as condições de vida na nova morada eram muito difíceis e colonos que retornavam às suas comunidades de origem, mesmo que de passagem, espalhavam entre a população local as péssimas condições de trabalho e de sobrevivência que encontraram no Oeste do Paraná, Essas notícias só aumentavam as dificuldade dos colonizadores para contratar trabalhadores para a retirada da madeira na Fazenda Britânia. Diante do desafio, o empresário Alfredo Ruaro, fundador de Toledo, aceitou trazer para o projeto de colonização grupo de 12 ex-presidiários, da cidade de Farroupilha, Rio Grande do Sul. A tentativa de resolver a falta mão-de-obra, no entanto, não deu o resultado esperado, porque 11 dos ex-detentos fugiram para lugar incerto e não sabido.

A experiência de conviver com pessoas consideradas criminosas fez com que as atenções com a segurança das famílias, principalmente mulheres e crianças fossem redobradas, pois os colonos oriundos do Sul do País não tinham o habito de se relacionar com pessoas com costumes culturais totalmente diferentes de suas tradições.

Outra tentativa de contratar mão-de-obra foi feita com paraguaios da região de Porto Mendes. Segundo, Alfredo Ruaro, “eram homens fortes, tinham pele de cor saudável, eram nativos da região e estavam acostumados com o trabalho braçal no interior da mata”. O problema estava no fato de falarem língua estranha, mas ela acabou entendida pelos colonos do Sul e com isso o território de Toledo começou a ser desbravado com maior rapidez.

No processo de colonização houve também a seleção social na valorização das condições de integração às comunidades locais. Aqueles que não se enquadravam nos critérios dos colonizadores, eram considerados forasteiros indesejados. Eram vistos como pessoas que não aceitavam o modelo étnico-econômico estabelecido no processo de colonização. Essas barreiras inibiam a convivência entre os diferentes segmentos de migrantes e nativos, dificultando o a integração social e empobrecendo as relações humanas.

Na época, se impunha a adesão, sem alternativas, aos projetos articulados por aqueles que se julgavam os únicos com direito de pensar, projetar e direcionar os caminhos das comunidades. A seleção étnica, social e religiosa foi mecanismo utilizado por colonizadores para escolher pessoas e segmentos populacionais aptos a migrarem e estabelecerem residência e atividades econômicas no novo território. Este grupo era necessário como mão-de-obra, mas o maior objetivo de colonizadores era atrair e fixar famílias de colonos para dar continuidade ao projeto de ocupação e exploração do território. Assim, aos colonos que compravam lotes de terras era garantido a moradia, mesmo que em barracão, até que os novos moradores construíssem suas próprias casas, em clareiras abertas na mata. Para garantir a fixação dos colonos e suas famílias, que em quase sua totalidade eram católicos e luteranos, foi necessário

instalar infraestrutura mínima à sua sobrevivência, como estrutura de vilas, com escola, igreja, campo de futebol e outras benfeitorias de uso comunitário.

Por iniciativa do padre Antonio Patui, o primeiro religioso católico de Toledo, que além de orientar as famílias dos colonos sobre questões espirituais, passou também a cuidar de eventos sociais e ações que envolviam a terra em processo de ocupação, visando a alimentação e sobrevivência dos novos moradores. O padre acompanha os colonos até mesmo em caçadas de animais silvestres, especialmente na região do então "banhado da dona Diva", local alagadiço e com uma farta fauna nativa, com catetos, veados e capivaras. Hoje, o local abriga o Parque Ecológico Diva Paim Barth, principal atração paisagística de Toledo.

O religioso também organizava grandes pescarias em riachos das terras dos colonos e até mesmo no Rio Paraná, no Porto Britânia. O resultado da pesca era distribuído entre as famílias. Entre as idas e vindas ao porto, o padre sempre trazia mantimentos encomendados pelas esposas dos colonos como fubá e banha de porco, entre outros, pois não havia mercado na vila e ele negociava com o dono do armazém daquela localidade, obtendo menores preços.

As atitudes do padre Patuí, muitas vezes consideradas enérgicas, pois cobrava trabalho árduo e muita dedicação das religiosas noviças, que chegaram a Toledo pouco depois. Entre as tantas tarefas que deveriam ser realizadas pelas irmãs, estavam lavar roupas e louças, limpar o chão e orientar as famílias sobre as questões espirituais.

Outra exigência do padre quanto aos costumes religiosos, era evidente quando ficava na porta da igreja para receber os fiéis, As mulheres só poderiam participar da celebração se estivessem com vestes apropriadas e a cabeça coberta por véu. As moças solteiras deveriam usar véu branco e as casadas véu preto. Todas, sem exceção, deveriam entrar e sair da igreja afastadas dos homens, pois as mulheres acompanhavam as celebrações religiosas separadas de seus respectivos esposos ou namorados.

Outro fator importante para a fixação das famílias no novo território era escola para os filhos dos colonos e o padre Patui solicitou à congregação religiosa, vinda da Polônia para o Brasil em 1904, denominada " Filhas da Caridade" que fundassem educandário na cidade. Ainda quatro anos antes da instalação do município haviam chegado a então vila de Toledo, as três primeiras religiosas da congregação, as irmãs Lucia Mikosz, Verônica Sawtczuk e Elia Bassani. Neste mesmo ano foram iniciadas as atividades do Instituto Imaculado Coração de Maria, hoje Colégio Incomar, na Rua Sete de Setembro, em prédio da Igreja Católica, enquanto se esperava pela conclusão da primeira escola do município, onde os primeiros toledanos puderam ingressar no mundo dos saberes e do conhecimento. Junto ao educandário passou funcionar pequeno internato para meninos e meninas. Além de professoras da escola,

as irmãs ministravam a catequese e outros cursos, como de trabalhos manuais, entre os quais de corte e costura. Também faziam o papel de orientadoras de famílias mais pobres, através de visitas domiciliares visando sempre amenizar as necessidades básicas das pessoas. Paralela a educação, as irmãs se destacaram pela dedicação especial aos pobres, oferecendo apoio e ajuda em ações continuadas e emergenciais.

1.3.2 A Assistência Social nos Anos 60, 70 e 80

Com a mecanização da agricultura a partir da década de 60, foram favorecidas a monocultura e a concentração de terras, acelerando o êxodo rural e a urbanização do município, especialmente na expansão de bairros na periferia da cidade. Como a população vinda do campo não tinha qualificação profissional para os empregos na cidade, passou a realizar pequenos trabalhos autônomos, para garantir a sobrevivência. Entre essas atividades estavam as de auxiliar de serviços gerais e boias-frias, o que se refletiu na redução considerável de seus ganhos e qualidade de vida. A nova realidade de parcela da população trouxe grandes preocupações para a Igreja Católica e as religiosas, que começaram a buscar soluções e promover para o enfrentamento da situação. Assim em 1961, elas começaram a estruturar trabalhos sociais, ainda que de caráter assistencialista ou imediatista, até porque naquele momento era necessário oferecer às famílias marginalizadas um mínimo de condições de sobrevivência.

A população que necessitava de apoio mais urgente, pois era formada, em sua maioria, de boias-frias ou trabalhadores volantes, que além de serem atendidos em suas carências básicas, passaram a receber também palestras educativas e a orientação de equipe de voluntários, visando sua integração ao processo de desenvolvimento urbano. Receberam também cursos de alfabetização, culinária, tecelagem e artesanato, entre outros, visando o aumento da renda. Entre as décadas 60 a 80 pouco ou quase nada se sabe de ações e políticas sociais na história do município, pois o regime militar impôs o silêncio em assuntos políticos e questões sociais do País. Como reação, surgiram movimentos sociais nos mais diferentes setores da vida nacional, que resultaram na derrubada da ditadura. Foram os casos das organizações camponesas, movimentos pelas reformas políticas e manifestações populares, que resultaram na mobilização da classe trabalhadora e da sociedade, em torno das bandeiras de lutas pelo retorno da democracia.

A política populista vigente no Brasil só conseguia dar respostas paliativas aos movimentos de reivindicação popular, agravando os problemas sociais. Como resultado da

repressão, houve a significativa alteração de mecanismos de gestão e controle de programas sociais, o que por força do contexto político daquele momento, redundou na exclusão da população da formulação e execução de políticas voltadas às pessoas de menor renda.

Um traço peculiar do período ditatorial foi a inclusão nas relações sociais da aceitação do pronunciamento dos falantes dominantes e do silencio dos dominados. A prática imposta rompeu a concepção de cidadania e de legitimidade de organizações democráticas, restringindo os direitos sociais esporádicos, de acordo com a boa vontade e eventual preferência de representantes do poder público.

Analisar as condições socioeconômicas das décadas de 60 a 80 no município é um desafio, por abranger período de transformações radicais nas áreas social, econômica, política e cultural, ainda hoje de difícil avaliação e interpretação. Em meio às tantas mudanças urgentes no País, por força de cultura autoritária e centralizadora de ideias e ações, com total controle do pensar, do construir e do agir para a implantação e implementação de políticas sociais. Foi nessas condições ideológicas, econômicas e culturais que ocorreu a definição e implantação de políticas sociais no município.

Como o poder público local não estava preparado para atender a demanda de programas sociais de excluídos pelo êxodo rural e migrantes de outros municípios, foi necessária a implantação de serviços de assistência pela esfera não governamental, para atender as necessidades elementares dessa população. Este conjunto de situações explica o crescimento de organizações assistenciais não governamentais no município naquele período.

Para organizar as ações sociais do poder público e iniciativas de filantropia de primeiras-damas ou esposas de governantes, foi fundado em 17 de setembro de 1985 o Banco de Promoção Humana (Provopar), de abrangência estadual e municipal. No município a instituição era mantida com recursos financeiros da Prefeitura e doações de entidades, empresas e população, para desenvolver atividades na assistência social filantrópica. Além da primeira-dama como presidente, o Provopar contava com secretaria executiva, composta pela esposa do presidente da Câmara Municipal, esposa de juiz da Comarca local, e representante de entidades inscritas no programa. O comando da instituição era assumido por estas pessoas, pelo fato de terem maior acesso e facilidade na busca de verbas para a prestação dos serviços assistenciais.

Em nível estadual, o Provopar foi criado como instituição da sociedade civil filantrópica, de caráter assistencial, sem fins lucrativos,
com duração indeterminada. A instituição deveria ter atividade semelhante à de qualquer agente financeiro ou banco tradicional,

onde pessoas que necessitassem de credito pudessem solicitar e obter empréstimo, para pagamento posterior em condições
facilitadas. Porém, na prática das atividades a realidade foi outra.

O público alvo era a pobreza extrema, que procurava a instituição para pedir recursos "para tudo", como alimentação, aluguel, passagens, medicamentos e pagamento de conta de energia e água, entre outras despesas. A forma pagamento, especialmente nas questões de moradia e quitação de contas, seria a de trabalhar temporariamente para a Prefeitura, realizando limpeza de lotes públicos, auxiliando na construção e manutenção de alguns equipamentos pertencentes à Prefeitura e prestando outros serviços manuais, sem exigências de qualificação profissional. Os mais diversos tipos de doações recebidas da população eram transferidos para o público atendido e a instituição também tinha a função de organizar formas de arrecadar fundos para entidades sociais vinculadas.

No decorrer dos anos seguintes, os trabalhos desenvolvidos pelo Provopar foram sendo absorvidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, através dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras), implantados em bairros da cidade. Em 2011, após o Conselho Municipal de Assistência Social aprovar o Plano Municipal de Benefícios Eventuais, foi acelerado o processo de encerramento dos serviços e do funcionamento formal do Provopar.

Hoje, autoridades, profissionais e beneficiários destacam o trabalho do Provopar, pois durante mais de quatro décadas desenvolve papel de fundamental importância na coordenação da assistência social no município de Toledo. Destaca-se também o relevante papel exercido pelas primeiras-damas do município neste período, pois prestaram serviços voluntários em beneficio de pessoas que, naquela época, mais necessitavam de todo o tipo de ajuda.

Após a implantação efetiva da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), o Programa de Benefícios Eventuais, desenvolvido através dos Cras e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas), passou a executar as ações antes desenvolvidas pelo Provopar. Entre as quais, fornecimento de passagens para deslocamentos de beneficiários dos programas sociais e de pessoas em situação de rua, distribuição de cobertores em período de frio, doação de cestas básicas, auxílios em situações de intempéries, aluguel social temporário, auxílio-funeral e auxílio-natalidade, entre outros benefícios necessários para atender os usuários da política de assistência social.

Os benefícios eventuais estão na categoria de serviços de provisões suplementares e de caráter provisório, que integram o conjunto de proteções da assistência social. Poderão ainda

ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a mãe que amamenta o filho e as vítimas de calamidade pública. Poderão ainda ser atendidas situações caracterizadas pela casualidade, como evento provável, porém incerto, agravando casos de vulnerabilidade ou riscos, principalmente entre populações carentes. Assim, os benefícios eventuais se caracterizam como contingência social ou prestação de serviços não continuada, mas que deve ser garantida por ser previsível, garantindo direitos dos cidadãos, dentro do conjunto de proteção da política de assistência social.

1.3.3 O Processo de Autonomia da Assistência Social

Durante longo período, as políticas públicas de assistência social de Toledo foram divididas com outras áreas. Em 1965, por exemplo, foi criado o Departamento de Saúde e Previdência Social. Em 1969, a denominação mudou para Departamento de Saúde e Assistência Social e em 1974 para Departamento de Saúde e Bem Estar. Em 1977 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social, em 1995, a Secretaria Municipal de Ação Social e Cidadania e somente em 1997 a política de assistência social passa a ser específica, com a criação da Secretaria Municipal de Assistência Social.

A política de assistência social de Toledo até 1995, sempre esteve vinculada ao Departamento ou Secretaria Municipal de Saúde, embora, na prática, as ações cotidianas das atividades fossem sempre independentes. Até então, estrutura de funcionamento da saúde e da assistência estava no antigo prédio do Centro Social Urbano, na Vila Pioneiro, onde além de atender ambos os serviços funcionava a coordenação de creches, tanto de unidades coletivas como domiciliares. Haviam também programas de atendimento aos jovens do bairro, com atividades esportivas, recreativas e de qualificação profissional, porém o foco principal, no entanto, era a saúde, porque nesse período o gestor responsável pela pasta sempre se tratava de profissional da atividade, ou seja, de medicina ou enfermagem. Daí a visão voltada preferencialmente para a saúde.

Resgatando um pouco da história do desenvolvimento econômico e do processo de industrialização de Toledo, se percebe que o mercado produtivo necessitou cada vez mais de trabalhadores saudáveis, o que explica a maior visibilidade oferecida à saúde nas políticas públicas, inclusive na distribuição de recursos orçamentários. Outro fator que deve ser considerado na área da assistência é que historicamente foi desenvolvida por organizações

não governamentais, mantidas com doações da comunidade, igrejas, repasses de recursos públicos da Prefeitura e verbas parlamentares. Estes fatores fizeram com que as ajudas às pessoas necessitadas não fossem pensadas como política pública de direitos e não de benesses.

Até 1994, o Departamento de Bem Estar Social também foi responsável pelo atendimento da primeira infância, com a manutenção de diversas creches, que atendiam 732 crianças de até seis anos de idade. Elas estavam distribuídas em quatro creches públicas na sede do município com 357 crianças, uma creche particular com 19 crianças, uma creche comunitária com 34 crianças, duas creches de entidades filantrópicas com 120 crianças e 35 creches domiciliares, com 202 crianças. Além das crianças atendidas em creches, o município abrigava outras 250 crianças e adolescentes, na faixa de sete a 17 anos, no Centro Social Urbano (CSU). As atividades do centro incluíam alimentação, higiene corporal, lazer e reforço escolar. A frequência escolar era fundamental para crianças e adolescentes participarem das atividades do programa. Neste período, a industrialização crescia no município e o CSU, voltado às questões de assistência à população de menor renda, visando a melhoria das condições socioeconômicas das famílias, passou a oferecer cursos profissionalizantes, frequentados em quase sua totalidade por jovens e mulheres do bairro.

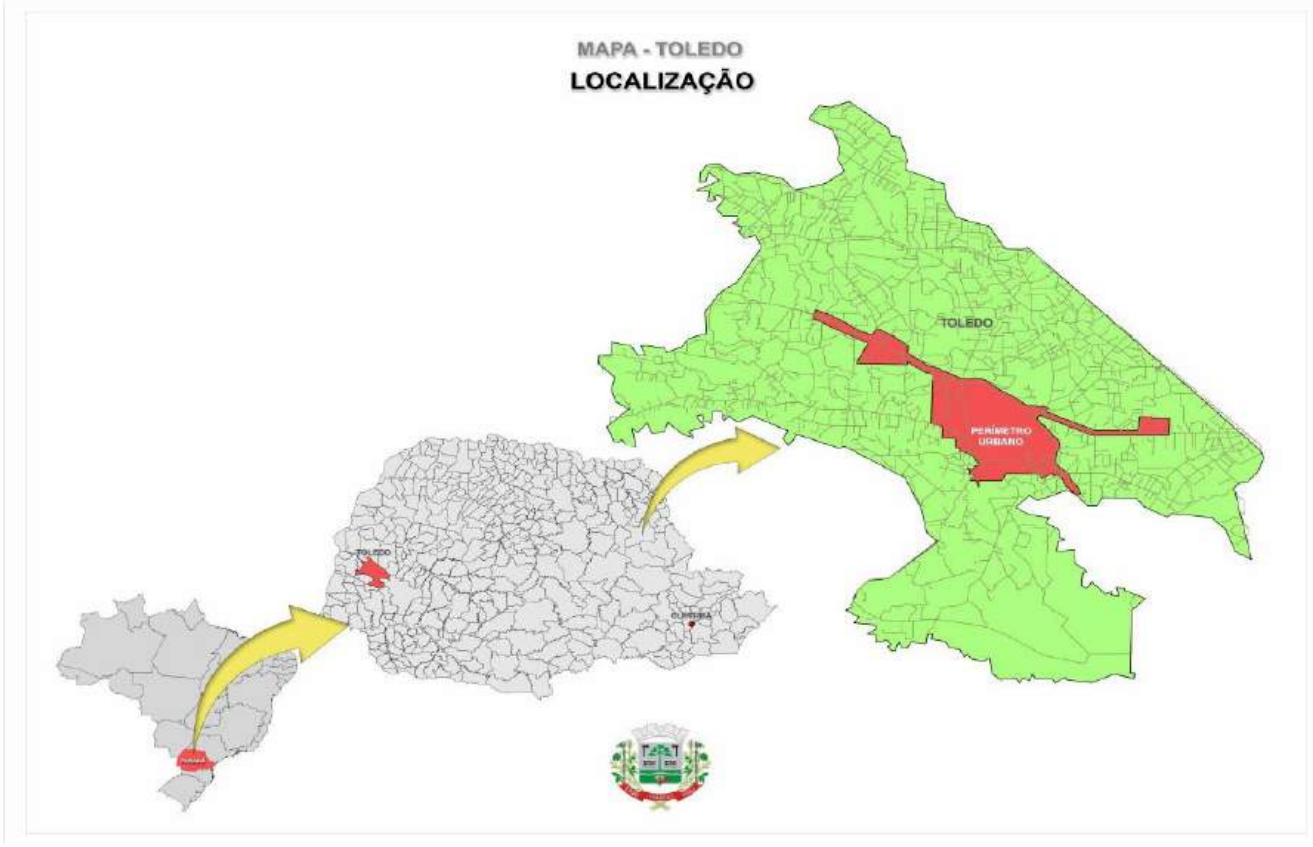
1.3.4 A Lei Orgânica da Assistência Social e o Fim do Assistencialismo

Com a Constituição Federal de 1988, foram estabelecidos deveres do Estado para com a sociedade, incluindo a responsabilidade pelo acesso da população à proteção social, através das políticas sociais. Os compromissos financeiros assumidos pelo governo nesta época, no entanto, não facilitavam o cumprimento desses deveres. Os compromissos, na verdade, acabaram por afastar o Estado do campo das políticas públicas, fazendo com que o ônus da legislação ficasse com a sociedade. Com os cortes de gastos públicos, a universalização e a garantia dos direitos sociais ficaram restritos, contrariando a própria Constituição. Dessa forma, fazer valer os direitos assegurados pela legislação tornou-se tarefa dos cidadãos, incluindo os investimentos necessários ao efetivo funcionamento das políticas públicas. Para isso, foi necessário articular com o Poder Executivo o efetivo controle social sobre como, quanto, em quê e quando esses investimentos privados seriam realizados. Após diversas negociações, a assistência social passa a ser encarada como direito social, que compreende conjunto integrado de ações de iniciativa, de parte dos poderes públicos e da sociedade, assegurando atendimento nas áreas da saúde, a previdência e serviço social.

2 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

2. 1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS, LOCACIONAIS, FÍSICOS-TERRITORIAIS E INFRAESTRUTURA FÍSICA DO MUNICIPIO DE TOLEDO PR

2.1.1 Aspectos Geográficos



2.2 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

2.2.1 Posição e Extensão Geográfica

Área, coordenadas geográficas, distância da sede do município da capital do Estado, densidade demográfica, clima, temperatura, precipitação pluviométrica, vento, evaporação e umidade relativa do ar.

Área (km2) 1.196,999
Altitude (m) 547,00
Latitude 24°45'00"
Latitude Sul 53°41'00"
Densidade Demográfica (hab/km2) 90,75
Clima de Toledo: Temperado
Temperatura média anual – 20ºC.
Temperatura máxima – 37ºC.
Temperatura mínima – 02ºC negativos.
Precipitação pluviométrica – média anual – 948 milibares.
Insolação – 2.371,9 (horas e décimos).
Vento (Velocidade em metros por segundo) – média anual – 2,8.
Evaporação (em milímetros) anual – 1540,1.
Umidade relativa do ar – 71%.
Fonte: Ipardes

Distâncias de Toledo

Distância à Capital (km) 536.60
Cascavel 45 km
Curitiba 572 km
Foz do Iguaçu 140 km
Guaíra 120 km
Guarapuava 330 km
Marechal Cândido Rondon 54 km
Palotina 54 km
Ponta Grossa 450 km
De Toledo aos distritos:
Concórdia do Oeste 10 km
Dez de Maio 22 km
Dois Irmãos 30 km
Novo Sarandi 34 km
Novo Sobradinho 12 km
São Luiz do Oeste 18 km
São Miguel 22 km
Vila Ipiranga 19 km
Vila Nova 28 km
Fonte: Toledo Integração Rural

O Município de Toledo situa-se na Região Oeste do Paraná, no Terceiro Planalto Paranaense, também chamado de planalto de Guarapuava. Sua extensão é de 23.128 km², correspondendo a 11,44 % da área total do Estado do Paraná. A região Oeste limita-se ao Sul pelo rio Iguaçu, ao Norte pelo rio Piquiri, a Leste pelo rio Guarani (afluente do rio Iguaçu) e a Oeste pelo rio Paraná; e faz fronteira com os países: Paraguai e Argentina.

Toledo foi desmembrado do município de Foz de Iguaçú no dia 14 de dezembro de 1952. Sua área territorial consiste em 1.198,607 Km² e a distância do município até a capital é de 536,60 Km.

TABELA 01 – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

HISTÓRICO	INFORMAÇÕES
Origem do município – desmembramento	Foz do Iguaçu
Data de instalação do município[1]	14/12/1952
Data de comemoração do município	14 de dezembro

FONTE: IPARDES

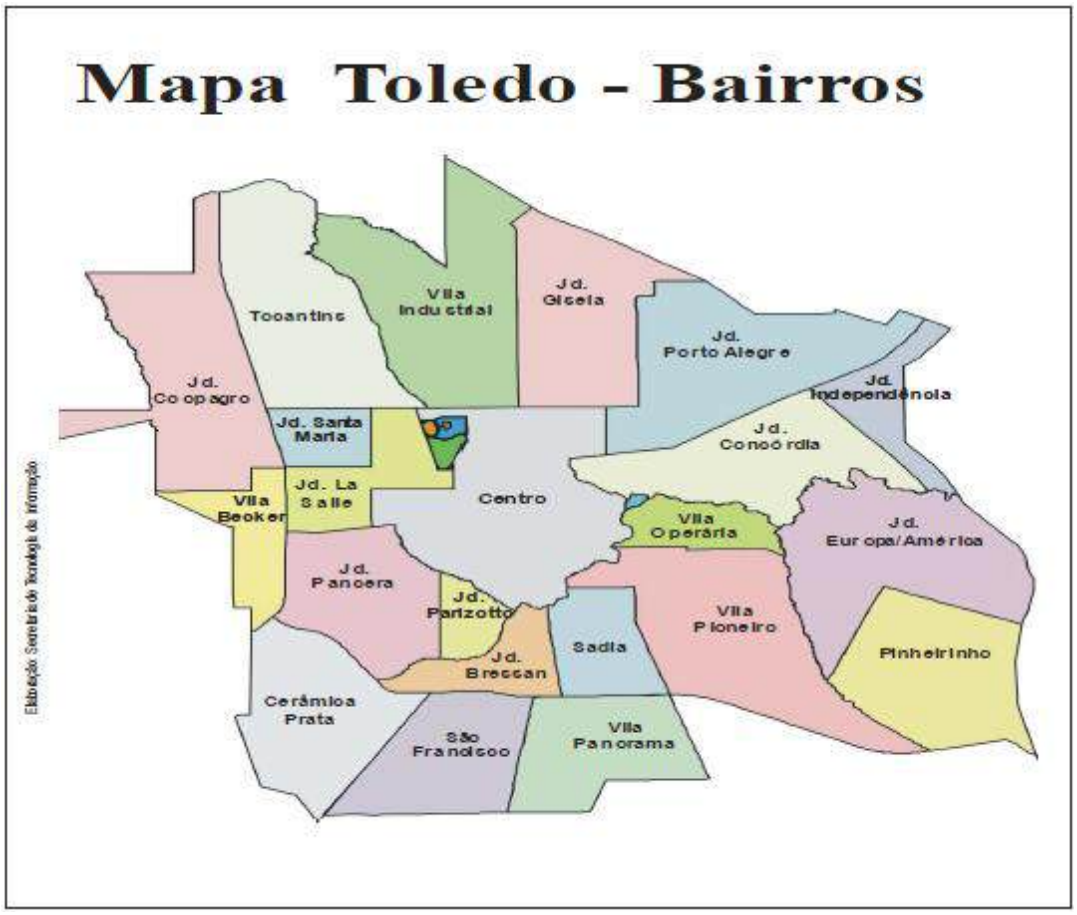
A Região Oeste do Paraná está dividida em três microrregiões: a de Toledo, Cascavel e Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade Polo da microrregião, sendo chamada assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao número de habitantes, o comércio e a indústria ser mais expressivo.

O Município limita-se ao Norte com os municípios de Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul com Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste com Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; a Oeste com Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste (Fonte: Mapa das reservas oficiais do Município de Toledo - 1º semestre de 1996). Possui Área Territorial de 1.205,501 km², e Área Territorial Urbana de 54,564 km², contendo 22 bairros.

O município de Toledo tem 22 bairros em sua zona urbana, sendo os seguintes: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre, Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera, Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, Sadia, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro, Pinheirinho, Vila Operária e Centro.

[1] data em que o município foi instalado independe da data de criação do mesmo, que é através de decreto, lei ou decreto-lei

Ainda em relação à divisão administrativa, Toledo possui 12 distritos, os quais são: Concórdia do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Novo Sarandi, Novo Sobradinho, São Luiz do Oeste, Boa Vista, São Miguel, Vila Ipiranga, Vila Nova, Bom Princípio e Vista Alegre. (FONTE: Lei 1.941, de 27/12/2006).



MAPA DA CIDADE DE TOLEDO COM SEUS BAIRROS – 2009.

2.2.2 Clima

Com base na classificação climática de Wladimir Koeppen de 1993, pode-se dizer que o clima de Toledo é subtropical úmido mesotérmico, com verões quentes e geadas pouco frequentes, com tendência de concentração das chuvas nos meses de verão, sem estação seca definida (Fonte: IAPAR).

2.2.3 Relevo

O Município apresenta um relevo ligeiramente ondulado ao centro, Norte e Leste quase plano, no Nordeste e Sudoeste pouco acidentado. Ao Nordeste, existe uma pequena elevação com o nome de Serra de São Francisco, a Leste de Dez de Maio, entre esta vila e Linha União. Ao Sudoeste, encontra-se a pequena Serra das Palmeiras, que se localiza entre o Município de Ouro Verde do Oeste e a localidade de Cerro da Lola.

A ondulação do relevo toledano é quase simétrica, assinalada pela existência de quatro espigões paralelos, ou semiparalelos, que funcionam como divisores de água. Todos esses espigões situam-se na direção Oeste-Leste e canalizando as águas na grande bacia do Paraná.

2.2.4 Altitude

A altitude do Município é de 547 metros acima do nível do mar, com latitude sul 24º45’ e longitude oeste 53º42’. O ponto mais elevado fica entre o Distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado, com a altitude de 687 metros (dados da folha MI – 281/4 do Ministério do Exército – Departamento de Engenharia e Comunicações – Diretoria de Serviço Geográfico Região Sul do Brasil).

2.2.5 Solo

O solo do Município, na sua maioria, é do tipo latossolo roxo (terra roxa), com boa capacidade de retenção de água, ventilação e permeabilidade. É um tipo de solo caracterizado pelas rochas eruptivas (vulcões), muito fértil, favorável à exploração agrícola, entretanto necessita das práticas de conservação de solo para o controle da erosão.

2.2.6 Vegetação

O município de Toledo, no início era coberto por enormes extensões de pinheirais interrompidas apenas por manchas de campo, conhecida como campina. Devido a exploração desenfreada da madeira e com a mecanização agrícola dos anos 70, atualmente as áreas de mata nativa não passam de 5% no município, com destaque para pequenas reservas e mata ciliar, que está sendo recuperada com o plantio de espécies nativas para proteger os mananciais e a fauna aquática.

As áreas de reflorestamento com eucalipto, pinus e araucária somam aproximadamente 2.700 hectares. As áreas existentes como preservação ambiental são: Complexo Turístico do Rio São Francisco, Parque Ecológico Diva Paim Barth, Parque Linear de Toledo, Parque dos Pioneiros, Viveiro Municipal e quatro Reservas Particulares do Patrimônio Natural, totalizando uma área de 923 hectares, com cobertura de floresta nativa e fauna silvestre diversificada.

2.2.7 Hidrografia

Todos os rios que compõem a hidrografia de Toledo correm no sentido leste-oeste. As principais bacias hidrográficas são as do Rio São Francisco e do Marreco (centro), do Guaçu e Dezoito de Abril (ao norte), Rio Santa Quitéria (sul).

O Rio Toledo é considerado o mais importante, uma vez que corta o perímetro urbano da sede do Município e também suas águas são utilizadas para o abastecimento de água tratada pela SANEPAR (Serviço de Saneamento do Paraná). O Rio Toledo possui uma extensão de 27 km, sendo que a sua nascente fica ao leste da cidade, entre o distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado. As sangas que compõem a bacia hidrográfica do Rio Toledo são: Sanga Perdida, Sanga Golondrina, Sanga Guarani, Sanga Manaus, Sanga Pinheirinho, Sanga Capellari, Sanga Lajes.

Para integrar a bacia hidrográfica do Rio Toledo à cidade, foi desenvolvido um projeto de recuperação ambiental do rio, e faz parte deste, o Projeto Parque Linear, que objetiva integração das margens do rio na malha urbana.

2.3 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

O Município de Toledo está situado em uma região de colonização recente. Sua efetiva ocupação deu-se nas décadas de 1940 e 1950, tanto que em 1960 havia apenas cinco municípios na região: Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo, Guaíra e Guaraniaçu.

Toledo surgiu quando a Industrial Madereira e Colonizadora Rio Paraná S/A – "MARIPÁ", começou a explorar uma área de terra adquirida dos ingleses – Fazenda Britânia. A atividade inicial era a exportação de madeira para Argentina e Uruguai. Progressivamente a Maripá organizou um plano de colonização, fundamentado em pequenas propriedades (em média 10 (dez) alqueires paulistas), com o objetivo de implantar uma estrutura de propriedade que garantisse a produção para a subsistência e que, pela diversificação, estimulasse uma

economia de mercado capaz de reforçar as relações capitalistas de produção. Para tanto havia um produtor e um consumidor em potencial. Eram as famílias de pequenos proprietários do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, fundamentalmente descendentes de alemães e italianos, detentoras de tecnologias herdadas dos seus ancestrais europeus.

O desenvolvimento de Toledo se deu de uma forma acelerada. Inicialmente convergente em torno da economia das comunidades agrícolas, o que emprestou à sociedade um forte espírito gregário. Posteriormente, na passagem da década de 1960/1970, a modernização agrícola imprimiu novas relações no campo e a especialização agrícola favoreceu a monocultura e a concentração da propriedade, ocasionando o êxodo rural e a acelerada urbanização.

O comportamento demográfico do Município e da Região comprova este quadro. Toledo recebera seu primeiro contingente de colonizadores em 1946. Já em 1951 fora decretado Município, que veio a ser instalado oficialmente a 14 de dezembro de 1952.
A suinocultura, que era atividade complementar para os pioneiros, foi desenvolvendo-se na década de 50, levando à fundação do Frigorífico Pioneiro S/A.

O Frigorífico teve seu controle acionário adquirido pela empresa Sadia no ano de 1964, a qual passou a influir decisivamente na atividade, a qual passou a influir decisivamente na atividade, atualmente Empresa BRF – Brasil Foods.

A produção não só é um dos principais itens do PIB (Produto Interno Bruto) como também um símbolo do Município, evidenciado com a realização anual da Festa Nacional do Porco no Rolete, hoje prato típico de Toledo e do Paraná.

A avicultura também teve um grande impulso, a partir do ano de 1979, com a implantação da produção avícola em moldes industriais, representando em valores, o maior item de produção do Município.

Outros segmentos se destacam, indicando uma diversificação de atividades: pecuária de leite, piscicultura, indústria de bebidas e têxtil, metalúrgica, farmacêuticas e outras.

A cidade apresenta ótimos índices de qualidade de vida. A sociedade desperta para a necessidade de preservação e recuperação dos recursos naturais e para a promoção do desenvolvimento sustentável, apresentando indicadores de evolução nos mais diversos setores, como por exemplo, esporte, cultura e gastronomia. O crescimento de Toledo tem gerado desafios que estão sendo enfrentados com atenção voltada à preservação e ampliação da qualidade de vida (Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013).

2.4 ASPECTOS POPULACIONAIS

O espaço que compreende hoje o Município de Toledo e municípios vizinhos como Marechal Cândido Rondon, Nova Santa Rosa, Pato Bragado, Maripá, até março de 1946, era considerado um sertão desabitado. Com o início da colonização, a partir de 1946 até 1949, não houve um aumento significativo da população, devido às dificuldades iniciais e da falta de infraestrutura. Mas com a abertura de estradas, venda de terras, propagação dos planos de colonização, no início dos anos de 1950, houve uma expansão demográfica expressiva.

Em 1990 e 1993, ocorreu o desmembramento de áreas, respectivamente com a criação dos municípios de Ouro Verde do Oeste e São Pedro do Iguaçu. A redução de habitantes, em Toledo, foi de 8.752.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelas frentes pioneiras de colonização, que representaram os fatores de crescimento do Município. Estas frentes oriundas, fundamentalmente, das zonas de colonização do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, vieram em busca de novas fronteiras agrícolas. Assim, até 1970 o crescimento demográfico e, também, econômico se deu em função da expansão das fronteiras agrícolas. É por esta razão que a maioria absoluta da população se concentrou no meio rural, 78,24% em 1970.

Com a progressiva modernização agrícola e a consequente especialização do setor, voltada à produção de grãos para a exportação, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por profundas transformações na região. O modelo de desenvolvimento associado, pelo qual optou-se em nível nacional, atrelou a produção agrícola à demanda do mercado e impôs tecnologias emanadas dos interesses do capital internacional.

A urbanização de Toledo está fortemente associada ao êxodo rural na Região Oeste do Paraná. Em 1970, Toledo concentrava, apenas, 21,76% da sua população no meio urbano. Já em 1980, este contingente populacional aumentou para 52,89%; em 1991 para 76,30%; em 1996 para 84,20% e em 2000 para 87,49%. É óbvio que o rápido crescimento urbano não se deve exclusivamente ao deslocamento da população rural para a cidade. A expansão do setor industrial também atuou como agente de atração de mão-de-obra regional. Apesar de todo esse crescimento populacional na área urbana, o Município de Toledo tem um dos melhores índices de qualidade de vida da Região Oeste.

2.4.1 População Absoluta

Segundo o Censo de 1980, o extremo oeste paranaense já era a segunda microrregião em população absoluta com o número de 960.709 habitantes e Toledo, nessa microrregião, o terceiro Município possuindo 81.282 habitantes. Em 2000, segundo a contagem realizada pelo IBGE, a população absoluta do Oeste do Paraná atingiu o número de 1.138.582 habitantes. Atualmente o município de Toledo conta com uma população total de 119.353 habitantes (IBGE, 2010).

A seguir a Tabela 1 expõe a população censitária segundo tipo de domicílio e sexo no ano de 2010.

TABELA 1 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO

Tipo de domicílio	**Masculino**	**Feminino**	**Total**
Urbano	54.625	55.634	108.259
Rural	5.712	5.342	11.054
Total	58337	60.976	119.313

A formação do povo toledano se deu pela influência de grupos nacionais, estrangeiros e mistos (descendentes de alemães, italianos, portugueses e japoneses nascidos no Brasil, em Toledo ou não). Na evolução histórica, a formação étnica do Município de Toledo, de origem quase toda sulista, deu-se com a migração de colonos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, numa porcentagem muito pequena, do Paraná.

2.5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Município de Toledo apresenta uma realidade marcada por grandes transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteraram o perfil da cidade. A abertura de novas fronteiras agrícolas no Paraná, passou a necessitar de centros urbanos prestadores de serviços à comunidade rural que se expandia, incorporando novas terras ao processo produtivo. Assim, os centros urbanos do Oeste, Sudoeste e Norte do Paraná, desde quando não passavam de pequenas vilas, ganharam a condição básica de centros prestadores de serviços aos produtores

rurais, lhes fornecendo bens de consumo, desde ferramentas, sementes, medicamentos e e até roupas, e adquirindo excedentes da produção de alimentos. Somente bem mais tarde passaram a também expandir atividades industriais e a localização desses centros era definida pela ocupação ou colonização de novas terras.

Os centros urbanos do Oeste e Norte do Estado foram, em sua maioria, também projetados por companhias colonizadoras, com traçado de ruas e praças bem definido. Assim, a área urbana de Toledo das muitas cidades do Oeste, Sudoeste e Norte do Estado, com vocação inicial de atendimento à população e atividade rural, pouco a pouco foram também expandindo os estabelecimentos comerciais, bancários, atacadistas, hoteleiros, e até religiosos, com a construção de igrejas. Além dos de prestação de serviços, incluindo os públicos, de educação, de saúde.

Depois de grande explosão populacional, fenômeno típico da colonização de novas fronteiras agrícolas, o município de Toledo e a Região Oeste do Paraná esperavam a estabilização demográfica, em conseqüência da venda, ocupação e cultivo de todas as terras disponíveis. Além disso, em geral, a moderna tecnologia aplicada na agricultura, universalmente apresenta a tendência de expulsar pessoas do campo, seja para as novas fronteiras agrícolas ou as áreas e atividades urbanas. Ambos os fenômenos ocorreram em Toledo e na região. O primeiro motor de progresso do município, a agropecuária, foi crescendo em produção, diversificação e participação no desenvolvimento do município, mas sem ampliar espaços para novos contingentes de mão-de-obra em suas atividades no campo. Para o bem do município, em todos os sentidos, o segundo motor passou a ser a agroindustrialização agregando valores à produção primária e gerando empregos, renda, tributos e novas oportunidades de negócios na cidade.

Em Toledo, o setor contou inclusive com a criação das indústrias comunitárias, voltadas à promoção da industrialização do município e do desenvolvimento harmônio do campo e da cidade. O terceiro motor de desenvolvimento de Toledo, somado aos demais, é hoje a expansão do comércio e da prestação de serviços, com a implantação de indústrias de ponta ou de moderna tecnologia e instituições de ensino superior, públicas e privadas, todas voltadas à formação profissional e à melhor qualidade de vida da população.

3 PRINCIPIOS E EIXOS NORTEADORES

3.1 PRINCÍPIOS

3.1.1 Universalidade dos Direitos com Equidade e Justiça Social

A noção de universalidade dos direitos está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana e à igualdade. Todos os seres humanos possuem a mesma condição de humanidade e, por isso, são dignos de igual proteção jurídica. Portanto, a igualdade é a base da universalidade dos direitos, sendo que a condição de ser pessoa é o único requisito para sua titularidade. Em um contexto de diversidades e desigualdades socioculturais, relacionar o conceito de universalidade dos direitos ao de equidade e justiça social implica reconhecer as especificidades e necessidades de determinados grupos e conferir atenção especial aos mais frágeis. Assim, é necessário empregar maiores esforços na concretização dos direitos dos mais vulneráveis, como no caso das crianças e dos adolescentes, a fim de que todas as pessoas sejam respeitadas em sua condição de humanidade e tenham seus direitos fundamentais devidamente efetivados.

3.1.2 Igualdade e Direito à Diversidade

Todas as pessoas têm direito a ser respeitadas e valorizadas da mesma forma pelo Estado e pela sociedade, de modo que não são cabíveis tratamentos discriminatórios ou preconceituosos. O direito à igualdade das crianças e adolescentes assenta-se na premissa de que todos eles, “independentemente da situação fática em que se encontrem, merecem igualdade jurídica, merecem receber da sociedade um único e igualitário regime de direitos fundamentais, livre de tratamento discriminatório ou opressivo” (MACHADO, 2003, p.50).

Na concretização da própria igualdade, é necessário considerar e respeitar os indivíduos como pessoas genuinamente humanas, ricas em diversidades culturais, étnico-raciais, econômicas e sexuais, dentre inúmeras outras formas concretas de expressão humana. O direito à diversidade revela-se como uma faceta da igualdade, implica reconhecer e respeitar a pluralidade humana em suas mais variadas manifestações.

Não se permite, nessa perspectiva, a discriminação das crianças e dos adolescentes em razão da raça, cor, nacionalidade, origem, sexo, religião, opinião, status social, incapacidade ou qualquer outra circunstância sua, de seus pais ou responsáveis. Todas as crianças e os

adolescentes, independentemente de suas características pessoais, são dignos do mesmo respeito, valorização e da mesma gama de direitos fundamentais.

3.1.3 Proteção Integral para a Criança e o Adolescente

O princípio da proteção integral compreende o conjunto de direitos e suas garantias assegurados especificamente às crianças e aos adolescentes em função de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Isto porque o processo de formação física, psíquica e emocional pelo qual as crianças e adolescentes passam resulta em maior vulnerabilidade, fato que enseja a concessão de um regime de direitos especiais e direcionados às necessidades específicas inerentes ao seu desenvolvimento.

A adoção da proteção integral segue o entendimento internacional expresso na Declaração da ONU que apregoa que "a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento". Esses direitos especiais das crianças e dos adolescentes, expressos no art. 4º, caput, do Estatuto, visam a assegurar o integral desenvolvimento das potencialidades, com vistas a torná-los adultos livres, dignos e plenos em suas capacidades e possibilidades humanas.

3.1.4 Prioridade Absoluta para a Criança e o Adolescente

O direito à prioridade absoluta assegurado às crianças e aos adolescentes contempla a primazia em receber proteção e socorro, precedência no atendimento nos serviços públicos e preferência na formulação e execução das políticas e, ainda, na destinação de recursos públicos. Exigem-se, pois, comportamentos positivos por parte da sociedade e do poder público em todas as suas esferas, municipal, estadual e federal.

No entanto, as hipóteses aqui elencadas, presentes no art. 4º, parágrafo único, do Estatuto, não são taxativas, considerando-se as variadas situações e formas como deverá ser assegurada a absoluta prioridade às crianças e aos adolescentes. A prioridade absoluta tem como finalidade a concretização dos direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, viabilizando sua efetividade e garantindo-lhes, assim, o pleno desenvolvimento físico, mental e intelectual, com a satisfação não somente das necessidades básicas, mas das condições que propiciem uma vida digna e de qualidade.

3.1.5 Reconhecimento das Crianças e dos Adolescentes como Sujeitos de Direitos

O reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos significa compreendê-los como dignos de todos os direitos inerentes à pessoa humana, embora o exercício de alguns seja postergado devido à falta de capacidade específica para a prática de determinados atos. Este reconhecimento representa a afirmação de que as crianças e os adolescentes têm plena titularidade jurídica de todos os direitos fundamentais.

As crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos que possuem, inclusive, maior proteção e mais direitos que os indivíduos adultos. Além de titularizarem todos os direitos comuns a todas as pessoas, eles também estão acobertados pelo conjunto de direitos especiais de pessoas em desenvolvimento. Isto porque o processo de formação física, psíquica e emocional pelo qual as crianças e adolescentes passam resulta em maior vulnerabilidade, fato que enseja a concessão de um regime de direitos especiais e direcionados às necessidades específicas inerentes ao seu desenvolvimento.

A adoção da proteção integral segue o entendimento internacional expresso na Declaração da ONU que apregoa que "a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento".

Esses direitos especiais das crianças e dos adolescentes, expressos no art. 4º, caput, do Estatuto, visam a assegurar o integral desenvolvimento das potencialidades, com vistas a torná-los adultos livres, dignos e plenos em suas capacidades e possibilidades humanas. decorrentes de sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento conglobados pelo princípio da proteção integral, conforme já exposto.

3.1.6 Descentralização Político-Administrativa

A partir da CF/1988, com o pacto federativo, os municípios assumiram competências e atribuições até então privativas e centralizadas na União e nos Estados. O município passou a ter o poder de definir estratégias para atender às suas necessidades de execução direta de atendimento. A diretriz da municipalização do atendimento estabelece que cabe aos municípios a criação e manutenção de programas específicos que permitam atender às peculiaridades e necessidades das crianças e adolescentes em seu território (art. 88, I, Estatuto).

A política de atendimento às crianças e adolescentes deverá ser formulada e implementada por meio da descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e a elaboração de normas gerais à esfera federal, e a gestão e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social (art. 204, I, CF).

A União e os Estados deverão fornecer o suporte técnico e financeiro para que os municípios, que também contribuirão com recursos próprios, criem e mantenham as estruturas necessárias ao atendimento de crianças, adolescentes e suas respectivas famílias, possibilitando-lhes a construção das suas redes de proteção locais (DIGIÁCOMO, 2012c). As diferenças estruturais de municípios precisam ser levadas em conta na normatização e para o financiamento de políticas da área, tentando eliminar problemas de desigualdade na capacidade de proteção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes.

3.1.7 Participação e Controle Social

A formulação das políticas públicas de atendimento aos direitos das crianças e dos adolescentes e o controle das ações em todos os níveis seguirão a diretriz da participação popular, por meio de organizações representativas (arts. 204, II e 227, § 7º, da CF/1988). O Estatuto, nesse sentido, determina a criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais (art. 88, II).

Oportuno salientar que as entidades representativas da sociedade civil, intituladas como entidades sociais ou sob a forma de organizações não governamentais, são responsáveis, ainda, por executar parcela das políticas públicas para as crianças e os adolescentes, com fulcro no art. 204, I, da CF/1988.

3.1.8 Intersetorialidade e Trabalho em Rede

A complexidade das situações vivenciadas pelas crianças e adolescentes, bem como a organização das políticas públicas por setores ou segmentos, impõem que o atendimento às crianças e aos adolescentes seja realizado de forma articulada e intersetorial para que seja prestado completa e satisfatoriamente. O Estatuto prevê essa necessidade no art. 86, ao estabelecer que a política de atendimento será implementada por meio de um conjunto

articulado de ações governamentais e não governamentais no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A concepção de intersetorialidade fundamenta-se no padrão relacional de trabalho entre setores, ou seja, enfatiza os vínculos entre os grupos, entre as burocracias, entre as políticas, exigindo um olhar para o trabalho produzido em conjunto, para atingir um objetivo comum. O prefixo "inter" indica o estabelecimento de relações. Este conceito, portanto, ultrapassa a ideia de simplesmente agregar ou acumular produtos ou ações de áreas diferentes e historicamente fragmentadas pelas especialidades de funções, bem como supera a abordagem isolada para tratar de problemas sociais complexos. A intersetorialidade rompe com modelos antigos de administração construindo novos desenhos organizacionais com estruturas de hierarquia plana e cooperativa.

O modelo do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente ancora-se nessa ideia de articulação setorial compondo-se por diversos órgãos, entidades e atores sociais, aos quais incumbe atuar de forma integrada e interdependente na construção de uma verdadeira "rede de proteção social". Essa rede deve ter ações voltadas à prevenção e à proteção das crianças, dos adolescentes e de suas famílias, implementadas por meio de políticas públicas do Poder Público com a participação da sociedade civil (DIGIÁCOMO, 2012c).

A intersetorialidade e trabalho em rede implicam, desse modo, o desenvolvimento de ações de diversos setores relacionados às políticas sociais básicas, aos serviços de proteção, à assistência supletiva, à proteção jurídico-social e à defesa de direitos, que devem trabalhar de forma articulada, complementar e integrada, a fim de que se viabilize a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes.

3.1.9 Melhor Interesse da Criança e do Adolescente

O princípio do melhor ou superior interesse da criança e do adolescente estabelece que os interesses destes devem sempre prevalecer em situações nas quais estejam em conflito os seus interesses e os de outras pessoas, como os de seus pais, por exemplo, com vistas à proteção integral e à plena salvaguarda dos direitos daqueles. O princípio do superior interesse da criança e do adolescente é largamente utilizado para direcionar a aplicação das normas jurídicas nos inúmeros casos concretos não previstos em lei. O Estatuto corrobora a relevância desse princípio mencionando-o expressamente em algumas oportunidades, como

na aplicação das medidas de proteção e na verificação sobre a permanência de criança ou adolescente em acolhimento institucional.

Apesar de ser mais aplicado nesses casos, o princípio do superior interesse da criança e do adolescente também deve nortear todas as ações e decisões concernentes a esse público tomadas pelas autoridades públicas e pelos dirigentes de instituições privadas. Orienta, portanto, a atuação do legislador e do administrador público, que devem observar o que atende ao melhor interesse das crianças e dos adolescentes nos momentos da formulação de leis e políticas públicas direcionadas a eles.

EIXO 1
DIREITO À VIDA E À SAÚDE



4 EIXO 1 - DIREITO À VIDA E À SAÚDE

4.1 MARCO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESFERA NACIONAL E NO MUNICIPIO DE TOLEDO

No Brasil, o marco inicial do Direito à Vida e a Saúde relativo às crianças e adolescentes, foi a Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 227 introduziu no direito brasileiro os avanços obtidos internacionalmente em favor da infância e adolescência, estabelecendo que é dever da família, da sociedade e do Estado garantir à criança e ao adolescente, com integral prioridade, o direito à vida e à saúde, além de diversos outros direitos que lhes permitem desfrutar de uma vida digna e de qualidade. E em seu artigo 196, preceitua que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Infraconstitucionalmente o Direito à Vida e a Saúde atinente as crianças e adolescentes encontra-se fundamentado na LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 instituidora do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, o qual dispõe que toda criança e adolescente devem ter seu direito à vida e à saúde garantido de todas as formas possíveis por sua família, pela comunidade e pelo poder público, eis que estes são os norteadores de todos os demais.

Para assegurar o sadio desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, é dever do Estado efetivar políticas públicas voltadas ao atendimento e cuidado desses, direcionando-as à saúde, preventiva e restaurativa, da criança e do adolescente bem como sua aplicação.

Enquanto sujeitos de direitos que se destacam por sua peculiar condição de pessoas em desenvolvimento, as crianças e os adolescentes necessitam de maior atenção e proteção nesse momento. O conceito de saúde, conforme define a Organização Mundial de Saúde (OMS), não se restringe a ações isoladas de tratamento ou prevenção de doenças, mas compreende o completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2012).

A proteção do direito à saúde começa desde a concepção, por meio da prestação de medidas efetivas de atendimento pré e perinatal, com ampla proteção ao nascituro e a gestante, eis que a tutela do direito à saúde começa com uma sadia gestação.

A saúde deve ser compreendida sob a ótica de medidas que resguardem simples atitudes, como o ato de amamentar pelo período mínimo de seis meses, de modo que se, mesmo em condições adversas, como na privação de liberdade, seja assegurada esta prática.

Na rede pública, o atendimento às crianças e aos adolescentes é realizado pelo Sistema Único de Saúde, que desde sua criação através da lei nº 8.080 em 1990 trouxe inúmeros avanços no campo da saúde, principalmente nos índices de mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida e do acesso e qualidade das ações e serviços de saúde. Ela mensura o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade para cada mil nascidas vivas. Após 22 anos da implantação do SUS, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu cerca de 77%. Em 1990, o país registrou 62 mortes de crianças a cada mil nascidos vivos, em 2012, esse número caiu para 14 mortes a cada mil nascidos. No Estado do Paraná o cenário não é muito diferente, haja vista que no mesmo período, a taxa de mortalidade infantil passou de 32,6/1.000 para 12/1.000.

De fato, a vida e a saúde consubstanciam-se como os direitos mais essenciais e primários de todos os direitos fundamentais, pois somente a partir de sua realização existe razão para que os demais sejam efetivados.

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. A Portaria GM/MS nº 204, de 29/01/2007, estabeleceu os seguintes blocos: “atenção básica”, “atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar”, “vigilância em saúde”, “assistência farmacêutica” e “gestão do SUS”. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 837, de 23/04/2009, acrescentou o bloco “investimentos na rede de serviços de saúde”.

Neste eixo, no Plano de Ação, estarão elencadas todas as ações que visam à garantia do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, pautando a oferta, a melhoria da qualidade e a garantia de acesso aos serviços públicos.

4.2 MARCO SITUACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Conforme exposto no decorrer do texto, o Direito à Vida e à Saúde, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, compreende a ampla proteção da vida e, para isto, o acesso às políticas que garantem o cuidado e a proteção da criança e do adolescente mesmo antes do nascimento, nesta, inclui-se todas as formas de cuidados a serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): desde a gestação, incluindo modalidades específicas a serem disponibilizadas, quando e conforme necessário parto, pós parto, puericultura e

acompanhamento conforme as necessidades decorrentes de cada gestação, assim como, da criança até seu período da adolescência.

A atenção integral visa abordagem global da criança e do adolescente, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende ainda a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutica até a atenção hospitalar/terciária, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.

Visando prover a proteção integral da criança e do adolescente o município de Toledo, dispõe de uma rede de saúde bem estruturada, que vai desde os serviços prestados na atenção básica até a atenção hospitalar.

A Atenção Básica do município é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois ela é desenvolvida no local mais próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica possibilita resolver grande parte dos problemas de saúde, evitando a busca pelo atendimento nos serviços de urgência/emergência. Segundo a OMS a Atenção Básica é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde das pessoas. No primeiro semestre do corrente ano a cobertura de Atenção Básica do município esta em 70,41% e a cobertura de ESF em 33,80% (Fonte DAB – 09/2016 – dados preliminares).

Na Atenção Básica o Município de Toledo possui 14 Unidades Básicas de Saúde – UBS localizadas na zona urbana sendo: ESF São Francisco, ESF Panorama, ESF Santa Clara,

ESF Europa, ESF Cesar Parque, ESF Jd Concórdia, ESF Cosmos, ESF Jd Pancera, UBS Vila Industrial, UBS Jd Porto Alegro, UBS Centro de Saúde, UBS Jd Maracanã, UBS Pioneiro e UBS Coopagro, e 09 unidades na zona rural sendo: UBS Concórdia do Oeste, UBS Dez de Maio, UBS Dois Irmãos, UBS São Luiz, UBS Boa Vista, UBS Novo Sarandi, UBS Vila Ipiranga, UBS Vila Nova, UBS Novo Sobradinho, e a Unidade Volante que atende as localidades de Bom Princípio, Ouro Preto, Linha São Paulo, São Miguel, Cerro da Lola e Linha Tapuí. Das unidades localizadas na zona urbana 08 trabalham conforme o Programa Estratégia Saúde da Família – ESF sendo que as demais atendem ao modelo tradicional.

No contexto da Atenção Básica, o município desenvolve alguns programas que prestam atendimento às crianças e adolescentes, conforme descrição abaixo:

Unidades Básicas de Saúdes – UBS: As UBSs possuem a função de planejar, avaliar e executar conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As UBSs oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo acolhimento, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, visitas domiciliares, acompanhamento do ACS, atendimento do Serviço Social, Cartão SUS, encaminhamento para especialidades, atividade em grupo nas escolas (PSE-Programa de Saúde na Escola), nas associações e de educação em saúde, além dos grupos de Gestantes, Planejamento Familiar, Diabéticos, Hipertensos, Tabagismo entre outros.

Estratégia Saúde da Família – ESF: É uma forma de reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. As Unidades de Estratégia Saúde da Família oferecem basicamente os mesmos serviços que as tradicionais porem desenvolvem o acompanhamento regular de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, o que pressupõe um maior vínculo com a população atendida.

EACS – Estratégia do Agente Comunitário de Saúde: No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Agente Comunitário de Saúde - ACS tem sido um personagem muito importante realizando integração dos serviços de saúde da Atenção Básica com a comunidade. Por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade o ACS permite que a equipe estenda o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde.

Programa de Atendimento Domiciliar – PAD: O PAD proporciona atenção continuada, normalmente a indivíduos restritos ao leito ou ao lar, portadores de patologias crônicas mas estáveis clinicamente. Tem por objetivos prover cuidado temporário em domicílio a pacientes frágeis, que tenham impossibilidade ou dificuldade de locomoção para receber atendimento ambulatorial.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF: Os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Academia da Saúde: O Programa Academia da Saúde tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde e modos de vida saudáveis. Dessa forma, a Academia da Saúde contribui com o cuidado integral, contemplando a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, no qual são desenvolvidas atividades de vários tipos. Os polos do Programa são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de práticas corporais, integrativas e complementares, artísticas e culturais, atividades físicas variadas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, e mobilização da comunidade.

Mais Médicos Para o Brasil: O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do

atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade. O Mais Médicos se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país.

Programa Saúde na Escola - PSE: O Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de: I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde; II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

Saúde da Mulher: A saúde da criança se inicia com a saúde da mulher. A promoção de saúde integral da mulher, com ênfase na anticoncepção, no atendimento às mulheres vítimas de violência, às doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, a prevenção do câncer de mama e do câncer de colo do útero, e à saúde das adolescentes são importantes ações de saúde, tanto para a garantia do intervalo interpartal e para a prevenção de gravidez indesejada ou de alto risco, quanto para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém nascido, ou até mesmo alterar a evolução normal de uma futura gestação. Este é ainda momento privilegiado para se incentivar hábitos de vida

e nutricional saudáveis, prevenção de tabagismo e uso de drogas, infecções, entre outras, fundamentais para a saúde da mulher, da gestante e do bebê. Não se deve esquecer a atenção à infertilidade, direito do cidadão ou casal e dever do estado. A Saúde da Mulher abrange também a assistência qualificada à gestante e ao recém-nascido: o pré-natal iniciado em momento oportuno, com abordagem integral, qualificada e humanizada, acesso aos exames preconizados, pré-natal de alto risco, vacinas e medicamentos necessários, promovem a vida e saúde da gestante e do bebê. Para atender as diretrizes da assistência qualificada a gestante e ao recém-nascido, o município possui adesão alguns programas específicos como:

A Rede Mãe Paranaense: propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. É um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de 17 exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

Mãe Toledana: este programa consiste no custeio de passagens de transporte coletivo urbano a gestantes residentes no Município de Toledo, para viabilizar a realização do acompanhamento médico pré-natal.

P**rograma Mãe Dedicada – Pré-natal:** 100%: programa de caráter continuado e permanente, com o fim de incentivar as gestantes residentes no Município de Toledo a realizarem o pré-natal ininterruptamente, visando à diminuição da morbimortalidade materno-infantil no Município. O Programa Mãe Dedicada tem por objetivos o custeio e a execução de ações de monitoramento da gestação, o conhecimento do estado gestacional de cada gestante, a realização de todos os exames e consultas, conforme recomendado em Protocolo do Ministério da Saúde, e o incentivo à vigilância do recém-nascido, mediante a realização de sua primeira consulta; e ainda a concessão de prêmio, a título de incentivo, às gestantes que atenderem os requisitos estabelecidos para o Programa e à equipe de servidores da unidade de saúde que tiver, proporcionalmente, o maior número de parturientes premiadas.

Saúde da Criança e Adolescente: Segundo o Ministério da Saúde, “as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de

promover a qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial". A criança tem sido prioridade das ações de atenção básica desde os programas de saúde escolar, especialmente seguindo algumas linhas de cuidado como:

Incentivo ao Aleitamento Materno: O incentivo ao aleitamento materno deve se iniciar no pré-natal com orientações à gestante sobre suas vantagens e sobre os cuidados com as mamas. Na maternidade deve-se promover o aleitamento precoce ainda na sala de parto, o alojamento conjunto, além de reforçar as orientações de incentivo e dar apoio às dificuldades e orientar sobre os cuidados com o RN. Nas unidades básicas de saúde o aleitamento materno deve ser sempre avaliado pelas equipes de saúde, em todo atendimento da criança menor de 6 meses e da nutriz, ressaltando-se a importância desta abordagem no primeiro mês de vida, quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A visita domiciliar do ACS no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mulher e do bebê e de fundamental importância para o apoio à amamentação. Toledo possui o Banco de Leite Humano (BLH) Dr. Jorge Nisiide, implantado em março de 2007, anexo ao Hospital Bom Jesus, que também faz diversas ações de promoção ao aleitamento materno.

Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e Desenvolvimento (CD): È o eixo de apoio a todas as atividades de assistência à saúde da criança. O crescimento refere-se ao aumento de medidas corporais, como peso e altura. O desenvolvimento aplica-se ao aparecimento e aperfeiçoamento de funções, como linguagem, a habilidade motora, as funções cognitivas, a maturidade psíquica e outras. O acompanhamento e a avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento da criança põem em evidência, precocemente, os transtornos que afetam sua saúde, mutação, capacidade mental e social. Permite visão global do processo de crescimento e desenvolvimento da criança na sua situação pregressa e evolutiva no contexto em que vive. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, que envolve o registro e avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências no Cartão da Criança (0 a 6 anos), do estado nutricional, bem como orientações à mãe/família sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento.

Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil: Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Além deste incentivo e apoio, a equipe de

saúde orienta a transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos, por se tratar de um momento crítico, quando os distúrbios nutricionais acontecem. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências. A abordagem da criança pela equipe de saúde destaca a importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde e prevenção de várias doenças, na infância e na vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

Imunização: Programa de extrema importância para promoção de saúde integral da criança e adolescente, que visa reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação destas doenças na cidade. Para isto, as doenças controladas através de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, entre outras, devem ser notificadas pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção. A sala de vacina é um espaço privilegiado para abordagem integral da saúde da criança, podendo ser realizado uma avaliação global da criança para verificação da curva de peso, situação geral de sua condição e desenvolvimento, intercorrências, agravos, etc. As equipes de saúde se organizam para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação.

Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase - TB/MH: O município possui um programa especial de acompanhamento aos pacientes com Tuberculose ou Hanseníase que presta todo o auxilio e tratamento necessário aos pacientes acometidos por estes agravos, além de realizar o controle das notificações.

Ambulatório de Feridas Crônicas: Realiza o acompanhamento de pacientes com feridas crônicas referenciados das Unidades Básicas de Saúde, onde os pacientes são avaliados e retornam, com as orientações, à Unidade de Saúde e os casos mais complexos, são acompanhados no próprio ambulatório e em posterior devolvidos para a Unidade de referência.

Saúde Bucal: Este programa busca assegurar o acesso progressivo de todas as famílias às ações de promoção e prevenção, bem como aquelas de caráter curativo, garantindo qualidade e efetividade das ações de saúde bucal desenvolvidas. A saúde bucal da criança começa com a linha do cuidado da saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez e o

aleitamento materno promovem a saúde dos dentes, a prevenção de problemas ortodônticos e da fala. Após o nascimento é necessário destacar aspectos dos hábitos alimentares, a transmissibilidade da cárie, as doenças que afetam a boca, medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias, a cronologia da erupção dos dentes e os fenômenos que geralmente os acompanham, o uso excessivo de chupetas. Os cuidados de higiene bucal o exame da boca são constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde.

Assistência Farmacêutica: O serviço na área de Assistência Farmacêutica, envolve a manipulação e dispensação de medicamentos. Toda assistência é prestada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica que fica localizado na Farmácia Escola, no Centro de Saúde. Além de dispensação de medicamentos à população, este serviço presta apoio técnico à todas as Unidades Básicas de Saúde do Município.

, para atender as demandas identificadas na Atenção Básica, temos os serviços prestados pela Atenção Especializada. Nessa área o município conta com uma Central de Especialidades responsável por realizar consultas especializadas encaminhadas pela atenção básica nas áreas de: Endocrinologia, cardiologia, ortopedia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, (todas as faixas etárias) gastroenterologia, reumatologia, (acima de 12 anos), pneumologia (acima de 8 anos) e exames de ultrassonografia, eletrocardiograma (acima de 5 anos) e eletroencefalograma (acima 10 anos). Os serviços não atendidos pela Central de Especialidades são credenciados junto ao SUS como:

- Rede hospitalar local e via Central de Leitos
- Laboratório de análises clínicas;
- Clínicas de reabilitação ortopédica e auditiva;
- Serviço de hemodiálise;
- Serviço de imagem e radiologia;
- Consultas e exames básicos e especializados;
- Serviços de Fisioterapia;
- TFD – Tratamento Fora de Domicílio (Todas as especialidades que não são oferecidas no município ou que não tenha serviço credenciado ao SUS);

Vinculada ainda a Atenção Especializada, o município dispõe de uma clínica de fisioterapia infantil que atende crianças de 00 a 14 anos, com intuito de promover ações de habilitação e reabilitação visando o desenvolvimento das potencialidades na independência das crianças e adolescentes em suas atividades da vida diária.

Ainda no âmbito municipal temos o serviço de Saúde Mental, que é prestado pelo Ambulatório de Saúde Mental que realiza atendimento de nível secundário para todas as faixas etárias, nas seguintes áreas: psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia, serviço social, entre outros. Dentro deste serviço temos um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II que efetua o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS II atende somente o público adulto. Temos ainda, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas l – CAPS AD que constitui-se em um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público específico são os adultos. Contamos ainda com o CAPS AD III que é um serviço de âmbito regional ligado ao CISCOPAR, que apoia usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento. Devido a demanda e ao atraso na implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPS I, os serviços anteriormente descritos, quando à necessidade, acabam prestando atendimento aos adolescentes, sempre observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Na área de Vigilância em Saúde, o município possui o serviço da Vigilância à Saúde – VISA, que congrega ações de: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Saúde do Trabalhador e Endemias. Este serviço tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Buscando atender a demanda de Urgência e Emergência, o município conta com uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas que atende a baixa e media complexidade, utilizando para tanto o Protocolo de Manchester que classifica os pacientes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente.

Dentro da Urgência e Emergência, contamos com um Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU OESTE o qual possui uma Unidade de Suporte Básico e uma Unidade de

Suporte Avançado e é administrado pelo CONSAMU, via Central de Regulação do município de Cascavel-PR.

Para dar suporte a toda essa rede, o município conta com dois Hospitais, o Centro Hospitalar do Oeste - ACO/ HCO (sem porta aberta para o SUS) e a Casa de Saúde Bom Jesus – HOESP (porta aberta para o SUS), um Hospital Regional em fase de implantação e ainda o Hospital Dr. Campagnolo que atende somente conveniados e particulares. Os hospitais exercem um importante papel na rede de assistência à saúde, uma vez que concentram os serviços de média e alta complexidade prestados pelo Sistema Único de Saúde. Além da atenção especializada, os hospitais, em sua grande maioria, prestam atendimento de urgência e emergência, tanto devido à demanda espontânea (pacientes que procuram espontaneamente o hospital, sem que tenha havido o encaminhamento formal por outra unidade de saúde) quanto à demanda referenciada (pacientes encaminhados formalmente por outras unidades de saúde).

Em 14 de fevereiro de 2014 a instituição hospitalar Bom Jesus, é reconhecido como Hospital Amigo da Criança. Este título repassado ao Hospital Bom Jesus é reflexo de uma série de ações que visam humanizar o atendimento prestado as famílias e crianças, dentre as quais encontram-se recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade.

Além de toda a rede de saúde apresentada, o município de Toledo é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR e da 20ª Regional de Saúde. O Consórcio presta serviços credenciados para consultas e exames especializados nas áreas de cardiologia, ortopedia, urologia, neurologia, nefrologia, dermatologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, odontologia, reabilitação e exames laboratoriais. A 20ª Regional de Saúde, possui um corpo técnico, que é composto por profissionais das diversas áreas do conhecimento, com atuação junto às equipes municipais, dos consórcios intermunicipais de saúde e da rede SUS, no apoio, articulação e desenvolvimento da política de saúde da SESA.

Com a finalidade de subsidiar os serviços de saúde o município utiliza os Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, sendo eles: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Sistema de Informações de Agravos e Notificação (Sinan), Sistema de - Informações da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações sobre Mortalidade (Sim), Sistema de Informação do

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), Sistema de Informação sobre Câncer de Colo de Útero (Siscolo), Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama), Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – (Sishiperdia), Programa Nacional de Imunizações (PNI), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (Sai), Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa), Sistema de Informação da Qualidade da Água (Siságua), entre outros.

Para abordar o direito à vida e à saúde da criança e do adolescente, a perspectiva adotada foi a de centrar a análise em indicadores produzidos no âmbito das ações do SUS, com dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde compilados a partir dos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A escolha dos indicadores deu-se a partir da reflexão sobre a capacidade de discriminação dos mesmos. Investiu-se em indicadores que abrangessem aspectos de cuidados básicos e especiais voltados a apreender situações que destaquem a condição de saúde da criança e do adolescente, desde o acompanhamento da gestação, abrangendo aspectos que possam indicar riscos ou situações que exigem especial atenção. As informações utilizadas foram: 1. Mortalidade materna; 2. Consultas de pré-natal; 3. Cobertura vacinal; 4. Mortalidade infantil (menores de 01 ano) e em menores de 05 anos; 5. Gravidez na Adolescência.

4.2.1 Mortalidade Materna

Cerca de 96% dos partos no país se realizam em ambiente hospitalar, porém muito ainda temos que avançar quanto as complicações decorrentes da gravidez, tornando-se um desafio constante. Quanto à mortalidade materna, a queda está em ritmo lento. Mais de 65 mulheres em cada 100 mil parturientes morrem no Brasil em decorrência de problemas na gestação ou no parto. E esse número pode ser maior devido à notificação incorreta. Na última década, enquanto no mundo a redução anual foi de 3,6%, o ritmo do Brasil foi de 0,3%. Por isso, o país provavelmente não conseguirá cumprir o quinto item das Metas do Milênio, reduzir em dois terços até 2015 o número de óbitos de mulheres na gravidez, parto e puerpério.

De todos os pontos referentes à assistência na gravidez e nascimento, o alto índice de cesarianas é considerado preocupante. Nos dias atuais conseguir mudar a escolha envolve sua condição cultural, familiar, além de ser influenciada pela sociedade – tem sido um grande desafio, pois implica mudança de paradigma sociocultural.

Destaca-se que no Município de Toledo nos últimos quatro anos, 2011 a 2015, não ocorreu nenhum óbito materno, conforme tabela 01.

Tabela 1. Proporção de óbitos femininos por causas maternas, em relação aos nascidos vivos de mães residentes no município de Toledo-PR, por dez mil nascidos vivos, 2010 a 2015.

Período	**Número total de nascidos vivos**	**Número total de óbitos por causas maternas**	**Valor da Fórmula**
2010	1.693	0	0
2011	1.755	0	0
2012	1.824	0	0
2013	1.899	0	0
2014	1.985	0	0
2015	2.039	0	0

Fonte: Vigilância Epidemiológica

4.2.2 Consultas de Pré-natal

Referentes ao item natalidade foram utilizados dados referentes ao número de nascidos vivos por número de consultas pré-natal, tipo de parto sexo, faixa etária da mãe, e sexo da criança, conforme tabela 02.

Tabela 02. Nascidos vivos, segundo número de consultas de pré-natal – 2008 a 2012.

Consultas Pré-Natal	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**2010**	**%**	**2011**	**%**	**2012**	**%**
Nenhuma	10	0,65	8	0,51	8	0,47	9	0,51	7	0,38
1-3 consultas	27	1,75	34	2,15	58	3,43	32	1,82	38	2,08
4-6 consultas	512	33,27	340	21,55	324	19,14	242	13,79	274	15,32
7e+ consultas	990	64,33	1.195	75,73	1.300	76,79	1.472	83,87	1.505	82,51
TOTAL	1539	100,00	1.578	100,00	1.693	100,00	1.755	100,00	1.824	100,00

Fonte: Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Dados mostram acréscimo no número de gestantes que realizaram de sete ou mais consultas durante a gestação no período de 2008 a 2012. Vale ressaltar que o número hoje preconizado pelo Ministério de Saúde é de sete ou mais consultas de pré-natal.

Quando se soma as gestantes que fizeram de quatro a seis consultas com as que fizeram sete ou mais consultas, temos o total de 97,53% realizando quatro ou mais consultas no ano de 2012. Quando se analisa somente as gestantes que fizeram sete ou mais consultas, tem-se o percentual de 82,51%. O ideal a ser alcançado, inclusive com os programas estaduais e nacionais é de 80% com sete ou mais consultas.

Por outro lado, o número de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, teve uma pequena diminuição, passando de 0,65% em 2008 para 0,38% em 2012. A informação que se tem é que estas gestantes são advindas de outras localidades, principalmente do Paraguai, não portando no momento do parto, a carteira de pré-natal, e quando se faz a busca ativa das pacientes, já não são localizadas ou a família omite informações. Toledo está integrado num esforço nacional e estadual, tendo a rede de atenção à gestante e criança espaço muito importante na organização dos serviços.

A frequência de 7 ou mais consultas pré-natais vem crescendo no município de Toledo. Conforme tabela 03 o percentual cujas mãe fizeram menos de sete consultas pré-natal, foi de 6,7 %. Do ano de 2014 a 2015 tivemos uma diminuição de 55,5% das gestantes com menos de 7 consultas.

Tabela 03. Série Histórica do percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal, em Toledo-PR, 2010 - 2015.

Período	Número total de nascidos vivos	Número total de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal	Valor da Fórmula
2010	1.693	390	23,036
2011	1.755	283	16,1254
2012	1.824	319	17,489
2013	1.899	302	15,9031
2014	1.981	310	15,6487
2015	2.039	138	6,768

Fonte: Vigilância Epidemiológica.

4.2.3 Cobertura vacinal

A vacinação, ou imunização é uma atividade da atenção Básica e orienta-se pelos princípios da universalidade e equidade do SUS, constituindo uma das ações coletivas mais relevantes da Saúde Pública, devido ao caráter estratégico na redução de morbidades e mortalidades por doenças transmissíveis (BUENO; MATIJASEVICH, 2011).

Para demonstração da cobertura vacinal foram analisados 5 tipos de vacinas separadamente, ministradas em crianças até um ano de idade, no período de 2008 a 20012: Poliomielite – Sabin, BCG, Hepatite B, Tetravalente bacteriana e Tríplice viral.

Tabela 04. Cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade, com 3ª dose de vacinas tetravalente, Sabin, Hepatite B, BCG (dose única) e VTV - 2008 a 2012.

VACINAS	**ANO**				
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
BCG	96,43%	98,57%	104,25%	110,39%	99%
TETRAVALENTE	95,19%	98,64%	103,17%	107,22%	98%
SABIN	95,19%	98,64%	103,17%	107,22%	98%
HEPATITE B	96,30%	103,05%	100,76%	104,94%	99%
VTV	88,56%	93,63%	93,98%	105,96%	96%

Fonte: Vigilância Epidemiológica.

Os dados apresentados referentes às vacinas, nas situações em que apresentam porcentagem maior que 100% é devido a meta realizada conforme os dados que o Ministério da Saúde estabelece, ou seja, a população indicada é menor que a residente no município, justificando assim a porcentagem excedente.

Nos anos em que a vacina VTV não atingiu 100% das crianças com idade de um ano, decorre do fato da família mudar de endereço ou na dificuldade de localização desta família na busca ativa da Unidade Básica de Saúde.

4.2.4 Mortalidade Infantil (menores de 01 ano) e em menores de 05 anos

A mortalidade infantil (até o quinto ano de vida) caiu de 47 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 19,4, em 2010, queda considerada rápida, com taxas anuais de 5,5%, no Brasil.

Apesar de a mortalidade infantil ter decrescido substancialmente, 68% das mortes de crianças menores de 5 anos acontecem nos primeiros dias de vida, o que demonstra que ainda há muito o que fazer pelo cuidado do recém-nascido. Os óbitos materno-infantis se concentram nas 48 horas após o nascimento, 88% dos partos são realizados por médicos e praticamente todos os partos são realizados em ambiente hospitalar.

Em Toledo, no que se refere à mortalidade infantil, observamos uma pequena variação de um ano ao outro. Porém do ano de 2014 a 2015 tivemos 65,55% menos óbitos infantis do que no ano anterior (2014), assim caiu para um dígito o coeficiente de mortalidade infantil, conforme tabela 05.

A mortalidade infantil é ainda desafio aos gestores municipais e por isso as ações preventivas devem continuar periodicamente e a rede de atenção à gestante e à criança ser garantida. Dos três óbitos maternos registrados no período de 2008 a 2012, dois foram por causas não obstétricas e um por causa obstétrica, o que reforça a necessidade do vigiar continuamente.

Tabela 05. Série Histórica da Proporção de óbitos de crianças menores de um ano em cada mil crianças nascidas vivas de mães residentes em Toledo-PR, 2010-2015.

Período	**Número total de nascidos vivos**	**Número total de óbitos com menos de um ano de idade**	**Valor da Fórmula**
2010	1.693	10	5,9067
2011	1.755	24	13,6752
2012	1.824	23	12,6096
2013	1.899	20	10,5319
2014	1.985	27	13,6295
2015	2.039	18	8,8279

Fonte: Vigilância Epidemiológica.

4.2.5 Gravidez na Adolescência

A adolescência é um fenômeno que se caracteriza em cada sociedade e cultura de forma diferenciada, determinada por aspectos históricos, sociais, políticos e culturais, e que devem ser considerados no momento de se pensar em uma ação concreta para este público.

No Brasil, a idade média de iniciação sexual está em torno dos 15 anos, ou seja, em idade escolar, o que justifica a necessidade de realizar ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS á população de adolescentes e jovens escolares, assim como ações de promoção da saúde, visando o enfrentamento das suas vulnerabilidades.

A participação dos jovens e sua integração na sociedade requer que estes estejam aptos a lidar com a vida reprodutiva de forma responsável e informada. "Saber sobre a própria sexualidade leva o adolescente, a saber, mais sobre si, a uma melhor autoestima, a uma maior responsabilidade nos seus atos e faz com que o encontro com o outro seja de sentimentos positiva" (GONÇALVEZ/GODÓI, 2002, p.67).

A gravidez na adolescência vem sendo identificada como um dos grandes problemas de saúde pública, com consequente impacto na vida do adolescente e da sociedade. A problemática da gravidez vem se agravando no Brasil assim como em outros países. Vitiello (1993), afirmar que este fato acentuou-se, a partir dos anos de 1960, em razão da liberação de costumes e a substituição de valores morais vigentes na época.

Nascidos vivos, segundo faixa etária da mãe – 2008 a 2012.

Idade da Mãe	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**2010**	**%**	**2011**	**%**	**2012**	**%**	**Total**	**%**
< 14 Anos	10	0,65	7	0,44	10	0,59	16	0,91	9	0,49	52	0,62
15-19 Anos	254	16,50	269	17,05	252	14,88	259	14,76	254	13,93	1.288	15,35
20-24 Anos	406	26,38	383	24,27	416	24,57	453	25,81	453	24,84	2.111	25,16
25-34 Anos	689	44,77	749	47,47	830	49,03	821	46,78	870	47,70	3.959	47,19
> 35 Anos	180	11,70	170	10,77	185	10,93	206	11,74	238	13,05	979	11,67
Total	1.539	100,00	1.578	100,0	1.693	100,0	1.755	100,0	1.824	100,0	8.389	100,0

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Nos cinco anos analisados, nota-se uma discreta diminuição de crianças nascidas de mulheres jovens com idade inferior a 14 anos, e das mulheres nas faixas etárias de 15 a 19 anos, sendo que em 2008 o índice de adolescentes (somando se a faixa etária de 14 anos até 19 anos) grávidas era de 17,15% e em 2012, este índice é de 14,42%. E na faixa etária de 25 a 34 anos houve um aumento, apesar de que discreto, do nascimento de crianças, isto pode estar relacionado às mudanças culturais, sociais e econômicas da vida moderna.

Tabela 07. Percentual de nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos, sobre o total de nascidos vivos de mães residentes no município de Toledo – PR, 2010 a 2015.

Período	**Número total de nascidos vivos**	**Número total de nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos**	**Valor da Fórmula**
2010	1.693	262	15,4755
2011	1.755	275	15,6695
2012	1.824	263	14,4189
2013	1.899	300	15,7978
2014	1.981	280	14,1343
2015	2.039	263	12,8985

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

A busca de parcerias entre áreas afins é um dos meios utilizados pelo município de Toledo-PR, para amenizar algumas expressões da questão social, como por exemplo, a gravidez na adolescência.

Observa-se que a taxa de nascidos vivos de mães adolescentes tem tido uma leve redução, porém com poucas variações ano a ano. Acreditamos que esta redução está relacionada ao Programa de Prevenção da Gravidez na Adolescência (PPGA), implantado oficialmente a partir de 2002, no município de Toledo. Este programa é desenvolvido em parceria com o Núcleo Regional de Educação, 20ª Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Ecoclube Cidadão Ambiental, onde os adolescentes são os protagonistas. Esse programa visa o acompanhamento dos adolescentes em escolas e grupos de convivência, que se tornarão facilitadores em informação sobre prevenção da gravidez na adolescência, não abordando assuntos apenas relativos à prevenção da gravidez, mas também sobre conceitos e valores relativos à vida. Num constante vigiar epidemiológico do planejamento familiar, saúde reprodutiva e gestação de alto risco. O Projeto de Formação de Facilitadores em Informação sobre Prevenção da Gravidez na Adolescência tem influenciado a compreensão entre os alunos facilitadores do programa a intensificar possíveis dificuldades para o repasse dessas informações (NRE e 20ª REGIONAL DE SAÙDE).

Em 2013, o município de Toledo realizou a adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE. Este programa constitui-se em uma estratégia que procura fomentar a gestão coletiva das

ações de Saúde e Educação a partir da participação de profissionais da Saúde, da Educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem. A partir de então as atividades do PPGA integram o projeto político pedagógico das escolas e suas ações são realizadas através do PSE. Assim, percebemos conforme tabela 07, houve redução de 6% no índice de gravidez na adolescência do ano de 2014 para 2015.

PLANO DE AÇÃO - DIREITO À VIDA E À SAÚDE							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Ampliar e reorganizar a Atenção Primária à Saúde para que esta seja ordenadora do cuidado, nas Redes de Atenção à Saúde.	Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF e NASF	Implantar 23 equipes de ESF e 04 equipes de NASF.	2026	Nº de equipes de ESF e NASF implantados	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Reduzir as internações por causas sensíveis a Atenção Básica em até 20,50%.	Ação continuada	Percentual de internações por condições sensíveis à APS	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Monitorar a Situação Alimentar e Nutricional de crianças e adolescentes.	Realizar o registro de informações do estado nutricional de crianças e adolescentes no SISVAN em 90%.	Ação continuada	Percentual de Registro de informações do estado nutricional de crianças e adolescentes no SISVAN.	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Apoiar ações para que ocorra redução de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI, dos hospitais de referência.	100% Implantar Classificação de risco. Implementar ações de educação permanente em urgência/emergência. Manter rede de atenção à gestante.	2018 Ação continuada	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos.	SMS	SESA MS Instituições Hospitalares
		Implementar escovação supervisionada, aumentando o percentual desta ação.	2% Construir escovódromo.	Ação continuada	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	SMS PSE	MS SESA
		Aumentar a cobertura de atendimento da Saúde Bucal - SB.	Implantar 10 equipes de SB.	2026	Nº de equipes de Saúde Bucal implantadas	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Implementar o programa de Bochecho com Flúor na escola.	50% de crianças e adolescentes, de 6-15 anos, que realizam bochecho com flúor semanalmente.	Ação continuada	Percentual de crianças/adolescentes que fazem bochecho flúor semanalmente.	SMS	SESA ESCOLAS

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Implantar e implementar o Plano Operativo de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação provisória, sendo aprovado pelo CMS e CMDCA	O CENSE deve aderir ao termo de compromisso e construir o plano de trabalho.	Ação continuada	Percentual do Plano de Trabalho implantado.	SMS CENSE	SEED PSE Esportes Cultura
		Implementar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF).	100% de adesão ao programa pelas UBS/PNSF	Ação continuada	Percentual de adesão ao PNSF	SMS UBS/ESF	MS
		Incentivar o fortalecimento de ações intersetoriais no PSE	Manter reuniões mensais com o GTI-PSE com 90% dos membros atuantes	Ação continuada	Percentual de participantes e número de reuniões	SMS SMED	Secretarias do Município de Toledo e entidades não governamentais
		Implantar e Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE), para o Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial do (a) adolescente.	100% das Escolas desenvolvendo ações;	Ação continuada	Percentual de UBS/ESF, CEMEIS Escolas e Colégios pactuados	Secretaria Municipal de Saúde e de Educação, GTIS	MS, MEC, SESA, SEED, SEES
		Implantar e Implementar a Caderneta de Saúde do (a) Adolescente	Motivar e apoiar 100% das UBS e Escolas com adesão ao PSE para implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente	Ação continuada	Percentual de UBS e Escolas, com Caderneta de SaúdeAdolescente	Secretaria Municipal de Saúde e de Educação	MS SESA SEED
		Elaborar e implantar o Capítulo Saúde do Plano Municipal do Sistema Socioeducativo	Plano Operativo – Ações do Sistema Socioeducativo Implantado.	2017 e 2018	Capítulo Saúde no PMS Ações do POE – Sistema Socioeducativo.	20ª RS SEED, SMS CENCE	20ª RS SEDS SEED CREAS
		Desenvolver ações de promoção e prevenção, à saúde, para crianças e adolescentes, abordando o Risco Cardiovascular (diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, entre outros)	Realizar campanhas educativas nas 20 UBS e escolas	Ação continuada	Percentual das UBS com Campanhas realizadas	SMS SMED SEED	SESA MS 20ª RS

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
2	Organizar atenção materno-infantil, qualificando o cuidado nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, em todo o município.	Reduzir mortalidade infantil.	Para menor que um dígito	Ação continuada	Taxa de mortalidade infantil	SMS	SESA CISCOPAR HOSPITAIS
		Promover ações que visem garantir o leite humano para crianças de risco, investindo na ampliação e melhoria do Banco de Leite Humano	100% crianças prematuras atendidas no SUS com acesso ao leite humano. Aumentar em 50% a doação de Leite Humano	Ação continuada	Percentual de crianças prematuras atendidas pelo SUS, com acesso ao leite humano.	SMS UBS/ESF	BANCO DE LEITE HUMANO HOESP
		Ampliar ações de incentivo ao aleitamento materno.	80% das crianças de até quatro meses de idade, cadastradas no e-SUS (SIAB), com aleitamento materno exclusivo.	Ação continuada	Percentual de crianças menores de quatro meses cadastradas no ESUS (SIAB), com aleitamento materno exclusivo	SMS UBS/ESF	HOSPITAIS BANCO DE LEITE
		Garantir referência hospitalar para a realização do parto de modo seguro e solidário, o mais natural possível, de acordo com o grau de risco da gestante; Aumentar o percentual de parto normal entre as grávidas	Ampliação em 30% de partos normais, de acordo com protocolo da Rede Mãe Paranaense	2017 e 2018 Ação continuada	Percentual de parto normal De acordo com as UBS e Município	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 07 consultas de pré-natal.	Garantir 07 ou mais consultas para 85% das gestantes. Realizar busca ativa da gestante.	Ação continuada	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Aumentar acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família a crianças de 00 a 07 anos.	80% de crianças acompanhadas pelo PBF, implementando a busca ativa da criança.	Ação continuada	Percentual de acompanhamento dos beneficiários do PBF	SMS UBS/ESF	MS SESA
		Implementar a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil.	100% das UBSs com a Linha Guia Implementada.	Ação continuada	Procedimento Operacional Padrão (POP) auditado.	SMS UBS/ESF	MS SESA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Promover ações que visem garantir a atenção em Saúde Bucal, para as gestantes (Pré-natal Odontológico) e crianças de até 36 meses (Puericultura Odontológica)	100% das gestantes atendidas	Ação continuada	Percentual de gestante com consultas realizadas durante o pré-natal	SMS UBS/ESF	SESA CEO
		Aumentar acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família em gestantes.	80% das gestantes acompanhadas	Ação continuada	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF	SMS UBS/ESF	MS
		Investigação de óbitos.	100% dos óbitos investigados	Ação continuada	Percentual dos óbitos.	SMS Epidemio	SESA
		Implantar a estratificação de risco para todas as gestantes e crianças menores de um ano, em todos os níveis de atenção, observando as especificidades e diversidades.	75% das gestantes e crianças com estratificação de risco.	2017 e 2018	Percentual de gestantes e crianças com estratificação de risco,estabelecidos pela SAS.	SMS	MS SESA
		Implementar o Programa Mãe Dedicada.	Implementar o Programa em todas as Unidades Básicas do município	Ação continuada	Programa Mãe Dedicada implementado	SMS UBS	CMS
		Desenvolver ações destacando a responsabilidade da família na prevenção a gravidez na adolescência	trabalhe em seus vários espaços	Ação continuada	Percentual de adolescentes gestantes	SMS UBS	
3	Fortalecer e qualificar as ações de Vigilância em Saúde, no município.	Capacitar profissionais para identificação e registro da violência doméstica, sexual e outras violências, bem como trabalho infantil.	100% Dos profissionais capacitados	Ação continuada	Número de profissionais Capacitados	MS	MS SESA
		Realizar cobertura vacinal em crianças menores de 05 anos com todas as vacinas do esquema básico em todas as Unidades Básicas de Saúde.	95% das crianças Realizar busca ativa da criança	Ação continuada	Percentual de vacinas do calendário básico de vacinação da criança	SMS	MS SESA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Qualificar o pré-natal, detectando precocemente casos de sífilis em gestante e em menor de um ano.	Garantir 03 exames de VDRL para cada gestante.	2018	Número de exames de VDRL realizado para cada gestante	SMS	
4	Implantar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Mental.	Estruturar a rede de atenção em saúde mental, organizada a partir da Atenção Básica.	Implantar CAPS i Matriciar 100% das equipes das UBSs	2018	Percentual de equipes matriciadas	SMS MS	
		Desenvolver trabalho de matriciamento, junto às equipes da atenção básica, para articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento do etilismo e outras drogas e transtornos mentais.	Caps AD, CAPS II e Ambulatório de Saúde Mental Matriciar 100% das equipes das UBSs	Ação continuada		SMS	MS SESA – APSUS
5	Melhoria nas condições de saúde e de vida das crianças, através da distribuição gratuita de leite.	Aumentar o acesso à insumos e serviços necessários para manutenção da qualidade de vida aos pacientes SUS.	100% da demanda garantida de acordo com o protocolo.	2018	Protocolo atualizado	SMS	
		Distribuição diária, gratuita, de um litro de leite por criança de 06 a 36 meses.	Atender, 100% das crianças encaminhada, por dia, de 06 a 36 meses.	Ação continuada	Média de crianças de 6 a 36 meses atendidas com o leite diariamente.	SMS UBS/ESF	ESCOLAS
		Ampliar a distribuição do leite gratuitamente para crianças beneficiarias do programa ate os 5 anos de idade	Ampliar a distribuição do leite gratuitamente para crianças beneficiarias do programa até os 5 anos de idade	2017-2023	Média de crianças de ate 5 anos atendidas com o leite diariamente.	SMS UBS/ESF	SESA SEED
6	Implantar e Implementar ações de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Famílias em situação de Violências	Capacitar profissionais de estabelecimentos de saúde (PA, UPA), para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências	100% Profissionais de saúde capacitados	Ação continuada	Percentual de instituições de saúde, com profissionais capacitados	SMS	SESA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
7	Notificar os casos de violência atendidos nas Escolas, CMEIS, CRAS, CREAS e Conselho Tutelar.	Capacitar equipes para sensibilização e contínua notificação.	100% das equipes capacitadas	Ação continuada	Número de equipes capacitadas	SMS	

EIXO 2
DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE



5 EIXO 2 - DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, a concepção de criança e adolescente ocorre em decorrência da idade, conforme o artigo 2º do Estatuto, "Considera-se criança, para os efeitos dessa Lei, a pessoa até 12 (anos) de idade incompletos, e adolescente, aquela entre 12 (doze) anos e 18 (dezoito) anos de idade".

Por se tratar de pessoas em desenvolvimento, crianças e adolescentes precisam ser especialmente protegidos pela sociedade e pelo Estado, conforme preconizado pelo Art. 227 da Constituição:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, CF, 1988)

Assim, no Brasil, são garantidos os direitos de crianças e adolescentes através de um amplo arcabouço legal, o que não garante de fato o acesso ao direito. Para tanto, no processo de materialização destes direitos foram realizadas discussões e mobilizações no sentido de que a infância e a adolescência devem ser protegidas das diferentes formas de violência por toda a sociedade. Dessa forma, todos são responsáveis por garantir o desenvolvimento integral deste segmento, conforme o Estatuto:

> Art. 3° A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, ECA, 1990)

É preciso salientar que para que haja a garantia e defesa dos direitos das crianças e adolescentes há a necessidade de atuação do Sistema de Garantia de Direitos, ou seja, nos diferentes contextos e políticas públicas. Essa atuação intersetorial e em rede fortalece o processo de construção do objetivo central que se baseia na Proteção Integral.

O artigo 3º do Estatuto esclarece sobre a proteção complementar instaurada pela nova doutrina, ao afirmar que à criança e ao adolescente são garantidos todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, bem como são sujeitos à proteção integral.

Assim, pode-se afirmar que a rede de proteção é uma ação integrada de instituições governamentais e não-governamentais que busca reduzir todas as formas de violência contra crianças e adolescentes. Para isso, promove a articulação dessas organizações visando prevenir a violência e proteger a criança e o adolescente em situação de vulnerabilidade para as violências. As principais características da rede são: o dinamismo, pois a rede é flexível e em constante movimento; a participação que é a principal característica e o que faz com que a rede aconteça; a horizontalidade que não permite nenhum tipo de hierarquia; e múltiplas composições que podem originar sub-redes capazes de agir com autonomia por um tempo ou de forma permanente.

O trabalho da rede envolve vários pontos, entre eles a comunidade e profissionais das diversas áreas como médicos, educadores, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que acionam a mesma para que possa ser prestado o devido atendimento à vítima, feita a identificação do agressor e o contato com pais ou familiares.

A rede de atendimento às crianças e adolescentes é formada por unidades de atendimento das políticas de Saúde, Educação, Assistência Social, Esportes e Lazer, Cultura e demais políticas que tem o papel de identificar os casos de violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes e comunicar às autoridades competentes, assim como solicitar a presença dos pais ou responsáveis nas unidades para realizar orientações sobre o cuidado e proteção destes sujeitos.

Assim, em se tratando do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, o Artigo 15 do ECA, enfatiza a necessidade de total proteção a ser conferida à criança e ao adolescente para que possam alcançar o pleno desenvolvimento, pois “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis”.

O direito à liberdade é mais amplo do que o direito de ir e vir. O art. 16 do ECA, compreende a liberdade também como liberdade de opinião, expressão, crença e culto religioso, liberdade de brincar, praticar esportes e divertir-se, participar da vida em família, na sociedade e vida política, assim como buscar refúgio, auxílio e proteção.

O direito ao respeito consiste em preservar a inviolabilidade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, preservando a sua autonomia, seus valores, ideias, espaços e objetos pessoais, conforme preconiza o artigo 17 do Estatuto.

O Art. 18 do Estatuto da Criança e do Adolescente afirma ser dever de todos zelar pela suprema dignidade de crianças e adolescentes, colocando-os a salvo de qualquer forma de

tratamento desumano, aterrorizante, constrangedor, bem como qualquer espécie de violência, seja a violência física, a psicológica ou a violência moral.

Enfim, os direitos fundamentais de crianças e adolescentes previstos na legislação protetiva refletem a proteção integral, representando um grande avanço. Porém, o desafio que atinge a todos, família, sociedade e Estado, é o de transformar os direitos fundamentais em prática no atual momento histórico da infância e adolescência no Brasil, e não somente representar uma conquista formal.

No sentido de concretizar os direitos e contribuir para a efetivação da cidadania, torna-se indispensável a implantação de políticas públicas, programas, atividades, ações do cotidiano que atendam crianças e adolescentes nas demandas próprias do seu desenvolvimento, atingindo de igual forma as suas famílias. Dessa forma, é necessário um comprometimento efetivo com a criança e adolescente, para que seja fortalecida a nova ordem recomendada pela Doutrina da Proteção Integral, com vistas à promoção da sua dignidade humana e o pleno exercício da cidadania.

Como forma de fundamentar a proposição de ações no sentido da luta pela garantia do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, pretende-se apresentar dados do município de Toledo no que se refere às temáticas: violência contra crianças e adolescentes, trabalho infantil e medidas socioeducativas.

5.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Etimologicamente, a palavra “violência” advém do latim *violentia*, e tem por definição a veemência e a impetuosidade. Em sua raiz latina, *vis* significa “força”, isto é a força em ação, o recurso da força exercida em certo corpo, com a finalidade de provocar dor, sofrimento ou prejuízos em suas posses (MICHAUD, 1989). Contudo, embora a força seja o cerne da violência, ela não deve ser reduzida como a única forma de definição para um ato violento.

De acordo com Balista *et al* (2004), além da violência física, a violência pode se manifestar de outras formas, como a violência sexual, a psicológica e a negligência. Neste sentido, a agressão física ou verbal, abuso sexual, abandono ou a violação dos direitos humanos, dentre outros, podem também ser caracterizados e considerados como atos de violência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência da seguinte forma:

> A violência se expressa do uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (SILVA; SILVA *apud* OMS, 2005, p. 15).

No entanto, contextualizam Silva e Silva (2005) que a conceituação citada delimita o termo às agressões ao corpo, bem como restringe o exercício da violência para determinado espaço ou tempo, ou ainda, determina quais são os atores e sujeitos que vivenciarão a violência. Assim, "[...] a violência mais do que uma ação situada em determinado momento e de modo localizado, pode se manifestar de forma continuada e ampliada territorialmente" (SILVA; SILVA, 2005, p. 15).

Num primeiro momento, a violência é algo que se vale da força para coagir um sujeito e esses atos podem ser contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade. Num segundo momento, a violência é todo ato de transgressão contra o que uma sociedade define como justo e como direito. Consequentemente, a "[...] violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e o terror" (SILVA; SILVA, *apud* CHAUÍ, 2005, p. 15).

Portanto, a violência é uma forma de relação social e também caracterizada por relações interpessoais. No primeiro caso, a violência se expressa por meio das relações sociais, pois está atrelada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais, econômicas e culturais, assim a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida ou de pensamentos vivenciados em algum momento do processo histórico. (GUERRA, 2005).

Ao mesmo tempo em que a violência é consequência das relações sociais, num segundo prisma de análise é também fruto de relações interpessoais, isso significa que a violência fica evidente nas relações particulares, seja entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre adultos e idosos, ou então entre profissionais de diferentes categorias. Entretanto, sua consequência é frequentemente a mesma: a conversão de sujeitos em objeto, sua coisificação (GUERRA, 2005).

Para Balista *et al* (2004), a violência, apesar de atingir a todos, desenvolve-se e atinge de forma mais hostil e intensa os grupos considerados mais vulneráveis da sociedade, como as crianças e os adolescentes, os idosos, as mulheres, e também a classe trabalhadora. Assim, é necessário entender que a violência está presente em todos os meios e tem causas diversas, no

entanto, suas manifestações tendem a ser maiores em grupos vulneráveis, tanto pela questão do poder das relações interpessoais quanto pela vulnerabilidade social e econômica.

Especificamente, a violência contra crianças e adolescentes adquire características bem marcantes e pode ser definida como:

> [...] é todo ato ou omissão cometido pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/dever do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de desenvolvimento (MINAYO, 2001, p. 26)

De acordo com Guerra (2005), a criança, de uma forma ou outra, está submetida constantemente aos adultos. Essa submissão, segundo a autora, na maior parte do tempo é vista como algo natural e não como algo social, desta forma, as características de caráter biológico, como por exemplo, a alimentação, a vestimenta entre outras, devem ser analisadas pelas condições sociais existentes para a satisfação dessas necessidades básicas. Portanto, "[...] as caraterísticas da infância devem ser percebidas em termos de relação recíproca criança-adulto e não criança-natureza" (GUERRA, 2005, p. 94).

Assim sendo, a criança quando nasce é direcionada para um universo de relações, em que suas necessidades serão motivadas em detrimento das condições sociais do adulto, desta forma, segundo Guerra (2005), a criança é socialmente dependente do adulto. Portanto,

> A criança dirige ao adulto um certo número de demandas, sejam elas vitais, inconscientes, afetivas, sociais ou conscientes. O adulto reage a estes aspectos em função de sua personalidade, seus conflitos, seus problemas, seus desejos etc. A sociedade responde às exigências da criança em termos do seu modo de produção, suas estruturas, sua organização, etc. [...] (GUERRA, 2005, p. 94).

No entanto, como mencionado, a autoridade do adulto sobre a criança é analisada como algo constituído naturalmente e não como algo construído socialmente. É pelo pensamento da autoridade natural que a criança, segundo a sociedade, deve se submeter ao adulto, assim "[...] a criança deve se submeter-se ao adulto porque ele lhe é naturalmente superior" (GUERRA, 2005, p. 95). Além do mais, de acordo com a mesma autora, a sociedade identifica a autoridade e a submissão da criança como algo produtivo, ou seja, algo bom para o crescimento e desenvolvimento da criança. E na maioria das vezes essa tarefa ou missão dos adultos em relação à criança é encarada de forma positiva.

No entanto, em meio a essas determinações de caráter histórico e social, a violência contra crianças e adolescentes se manifesta, materializando-se tanto em consequência das

relações subjetivas e/ou interpessoais quanto como resultado das relações sociais, como por exemplo, através da violência estrutural. Além disso, ela pode se manifestar em diversas formas e lugares, nas instituições, no Estado, assim como na família.

Uma das formas mais frequentes de violência contra crianças e adolescentes ocorre no âmbito do próprio espaço da família: a violência doméstica, que pode ser definida como:

> Todo ato ou omissão, praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, por outro lado, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (GUERRA, 2005, p. 32-33).

Segundo Silva e Silva (2005), a violência doméstica apesar de possuir um alto grau de incidência, é pouco registrada pelo Estado e discutida pela sociedade, isto porque, a violência doméstica é reproduzida geralmente em meio privado e contêm uma carga considerável de aceitação cultural, sendo o agressor ou agressora, na quase totalidade dos casos de violência doméstica, o pai ou a mãe ou o/a responsável direto pela criança e/ou adolescente.

No entanto, observa-se que a violência doméstica precisa ser questionada e analisada num contexto além das concepções imediatistas, em vista disso, a violência doméstica não pode ser antecipadamente concebida pela ótica em que de um lado está o agressor motivado por sua "má índole", e de outro uma vítima, pois é necessário analisar o contexto em que ela ocorre para, então, apreender os seus determinantes.

Segundo a literatura especializada, a violência doméstica pode ser classificada em: violência sexual; violência física; violência psicológica e negligência. Ressalta-se, ainda, que os autores utilizam diversamente os termos: abuso, agressão ou violência para as modalidades física, sexual e psicológica. Não obstante, geralmente as conceituações se assemelham quanto ao seu conteúdo.

De acordo com Guerra (2005), a violência sexual pode se configurar por um ato ou um jogo sexual, tendo por base a relação hetero ou homossexual, sendo praticada por um ou mais adultos e uma criança e/ou adolescente. Além disso, a violência sexual tem por objetivo o estímulo sexual da criança e/ou adolescente, ou então o próprio estímulo sexual do agressor.

Ainda, segundo Gonçalves *apud National Information Clearinghouse* (2003, p. 161), o abuso sexual "[...] inclui a manipulação dos genitais da criança, o intercurso sexual, o incesto, o estupro, a sodomia, o exibicionismo e a exploração comercial na prostituição ou através da

produção de material pornográfico". O abuso sexual é de difícil percepção, pois ele se desenvolve, em grande parte do seu tempo, através do silêncio e da cultura do medo.

Assim, o silêncio é uma marca do abuso sexual intrafamiliar, já que ele envolve mais diretamente a criança. Em certas conjunturas, mesmo quando percebido e identificado, o abuso sexual não é anunciado ou impedido. Isso ocorre, atribui Gonçalves (2003), por decorrência de diversos fatores, dentre eles as pesquisas trazem exemplos em que as questões familiares contribuem para a ocorrência e a continuidade do abuso na família.

Já a violência física, conforme Gonçalves *apud National Information Clearinghouse* (2003) se caracteriza pela produção de injuria física como resultado de socar, bater, chutar, morder, queimar, sacudir ou outras formas de ferir a criança. Considera-se a violência física como uma das formas mais cruéis e severas de abuso contra crianças e/ou adolescentes. Segundo Gonçalves (2003, p. 159), "[...] no Brasil, a violência física é um dos tipos de abuso mais frequentemente identificados nos diversos serviços, e usualmente essa alta incidência é associada ao modelo cultural que justifica a punição corporal como medida educativa".

A violência psicológica pode ser definida como um processo em que o adulto constantemente deprecia a criança e/ou adolescente, causando-lhe geralmente um grande sofrimento mental. Além do mais, a violência psicológica manifesta-se através de humilhações, ameaças que fazem diminuir a autoestima daquele sujeito (GUERRA, 2005).

A quarta forma de violência diz respeito à negligência familiar contra crianças e adolescentes. De acordo com Costa *et al*. (2012), apesar de se notar um esforço nos estudos no que se refere aos aspectos relacionados à negligência familiar, é notório também que a maioria dos autores se lança na tarefa de apenas delimitá-la como uma categoria, procurando separá-la do contexto social em que famílias se encontram. Essa indefinição ocorre no próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, que não propõe qualquer definição de negligência, embora o termo seja citado em alguns de seus artigos (COSTA, *et al*., 2012).

Entretanto, numa tentativa de definição, o termo negligência familiar se apresenta como:

> [...] uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc., e quando *tal falha não é resultado das condições de vida além do seu controle*. (GUERRA, 2005, p. 33).

Nota-se que Guerra (2005), ao compreender a negligência no âmbito familiar, identifica também que as falhas originadas da ação ou omissão dos pais ou responsáveis

podem constituir-se como consequências de condições de vida que extrapolam o controle da família.

Com isso, por mais que se defenda que as crianças e adolescentes precisam de amor e compreensão, bem como um lar para seu livre desenvolvimento, é notório que a vivência da infância no Brasil é marginalizada e desigual, assim é preciso verificar quais são as condições que o Estado e a sociedade possibilitam para a família, pois é preciso analisar antes de tudo se a família em estado de vulnerabilidade tem realmente condições de oferecer as possibilidades para um sujeito que tem por direito o desenvolvimento sadio e harmonioso.

É necessário ressaltar também, que apesar de serem estudados de forma separada, os diversos tipos de violência contra crianças e adolescentes podem ocorrer de forma combinada, ao que se convencionou denominar de violência múltipla.

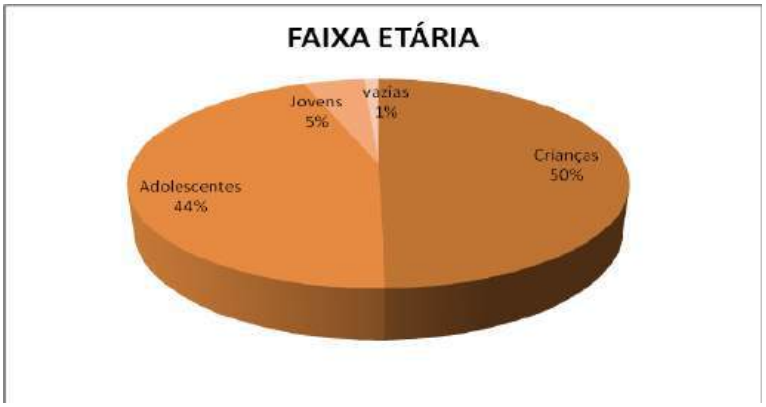
Através das diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), crianças e adolescentes vítimas de situações de violência são atendidas e acompanhadas pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) "constitui-se numa unidade política estatal, de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados" (BRASIL, Guia CREAS, 2007) e no município houve a estruturação do CREAS I e CREAS II – conforme os territórios que seguem:

CREAS I	CREAS II
Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 167, Vila Pioneiro – Telefone: 3378-2855	Rua Raimundo Leonardi, 1081, Centro – Telefone: 3378-1267
TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Jardim Alto Alegre, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV. Distritos: São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.	TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Jardim Coopagro, Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pascali, Filadélfia, Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro e Jardim Porto Alegre. Distritos: Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho, Vila São Miguel e Novo Sarandi.

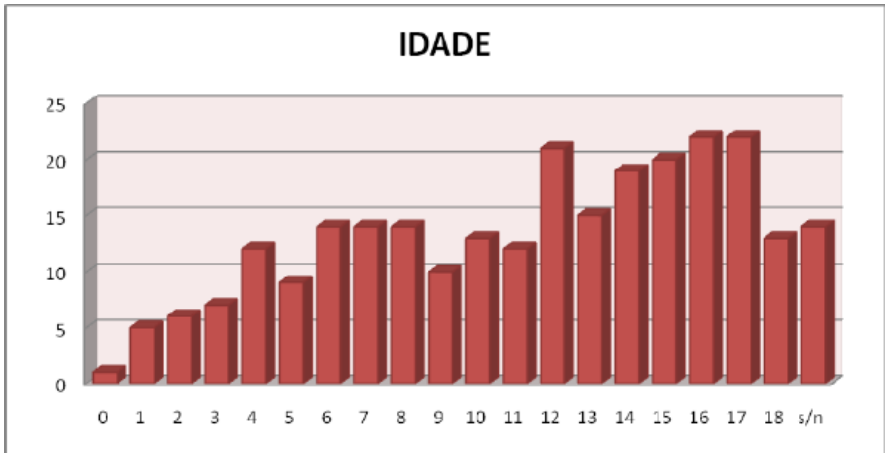
Diante desses aspectos serão apresentados os dados referentes a crianças e adolescentes vítimas de violência que foram atendidas nos CREASs no ano de 2015. No CREAS I, no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI – Criança e Adolescente, foram atendidos no ano de 2015, 278 indivíduos, entendendo indivíduos como criança e/ou adolescente vítima de algum tipo de violência.

Em relação aos 278 atendidos em 2015, podemos observar que 5% eram jovens (acima de 18 anos), 45% adolescentes (de 12 a 18 anos incompletos) e 50% crianças (de 0 a 12 anos incompletos).



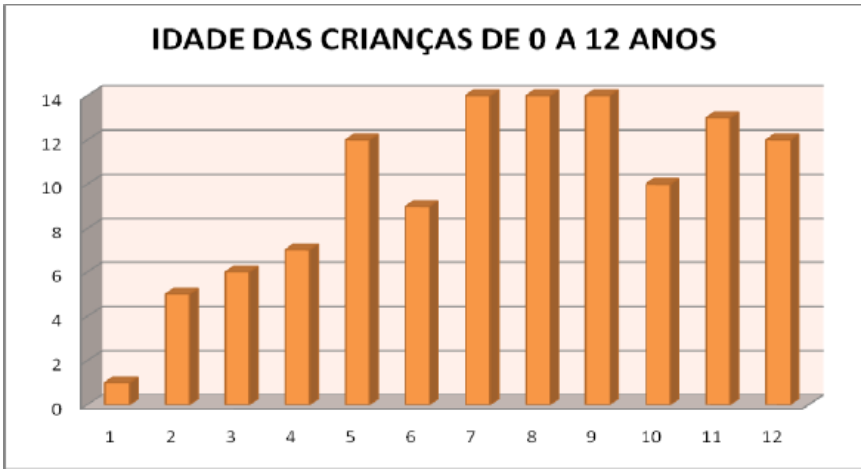
Fonte: CREAS - I, 2016

Em relação aos 278 atendidos em 2015 observamos também em relação à idade das crianças/adolescentes, no gráfico a seguir:



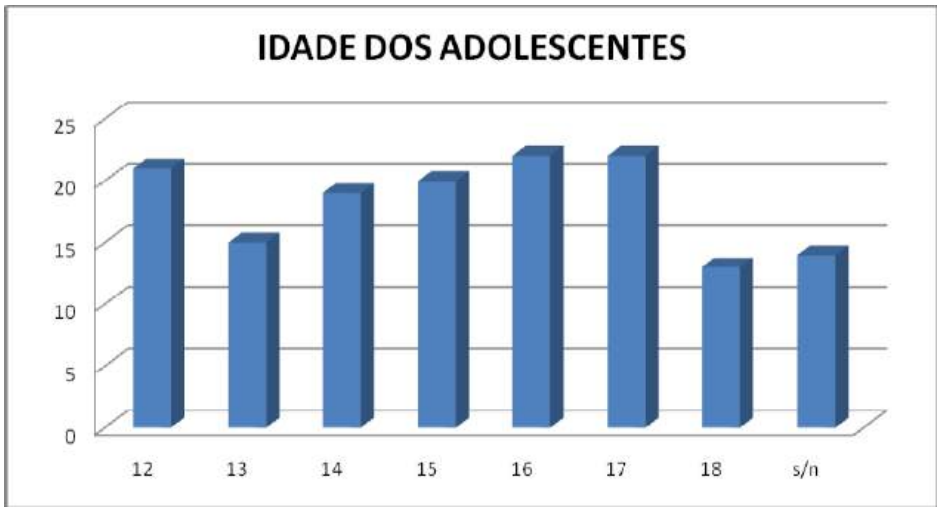
Fonte: CREAS - I, 2016.

Em relação às crianças, procuramos tabular a idade de cada uma das crianças acompanhadas em 2015 no serviço e pudemos observar que existe um pico de incidências de violação de direitos aos 05 anos de idade e dos 07 aos 09 anos e outro entre os 11 e 12 anos.



Fonte: CREAS - I, 2016.

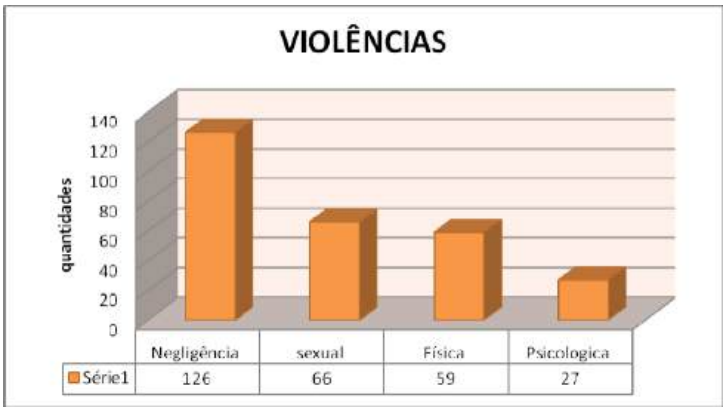
Em relação aos adolescentes podemos afirmar através da observação do gráfico a seguir que os índices variam em todas as fases da adolescência:



Fonte: CREAS - I, 2016.

O atendimento realizado através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) tem como usuários: famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de violência física, psicológica e negligência; violência sexual, podendo ser abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido

à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) em decorrência de violação de direitos.



Fonte: CREAS – I 2016.

Podemos observar que no ano de 2015, as crianças e adolescentes que foram inseridos no PAEFI, foram vítimas de negligência, violência física, violência sexual e violência psicológica, nessa ordem de ocorrência.

Assim conforme a tabulação dos dados pode observar que:

- 45% dos casos são de negligência, que consiste na omissão em termos de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento sadio de crianças e adolescentes, assim como a ausência dos pais/responsável expondo a criança a situações de risco.
- 24% de violência sexual; que consiste no uso da criança ou adolescente para benefício/gratificação sexual de adulto ou adolescente mais velho.
- 21% de violência física; que consiste no uso da força física, de forma intencional que deixam ou não marcas no corpo.
- 10% de violência psicológica; que consiste na agressão verbal constante, humilhação, rejeição, indiferença, culpabilização, ameaça ou discriminação.



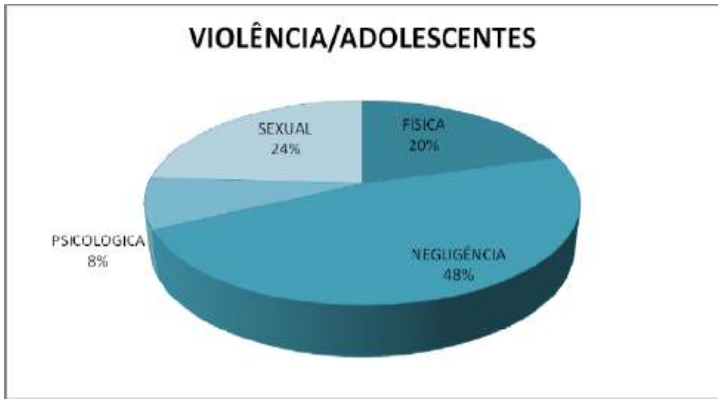
Fonte: CREAS - I, 2016.

Considerando os tipos de violência sofrida, agrupando-as por idade, o gráfico a seguir apresenta os dados obtidos em relação a crianças.



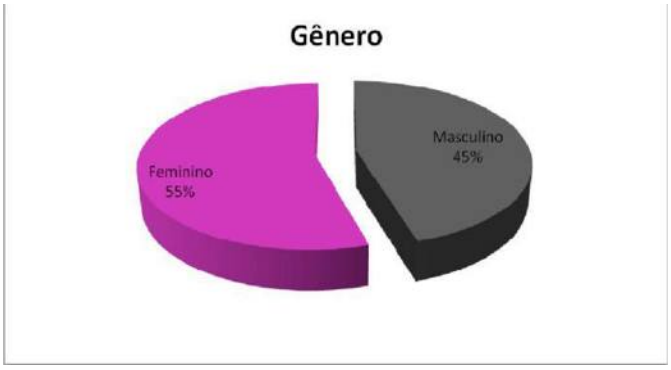
Fonte: CREAS - I, 2016.

Considerando os tipos de violência, o gráfico a seguir apresenta a situação entre os adolescentes.



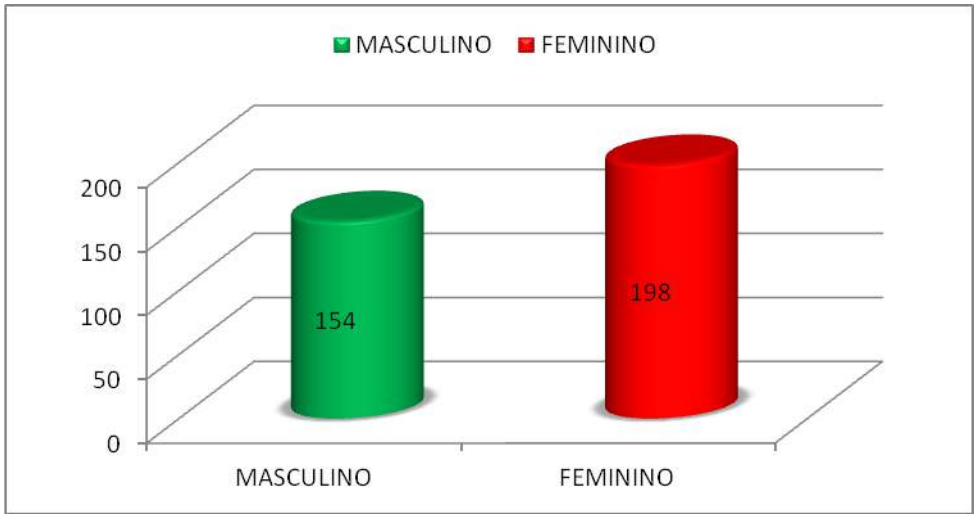
Fonte: CREAS - I, 2016.

Considerando os 278 casos atendidos em 2015, observamos que 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino.



Fonte: CREAS - I, 2016.

O Serviço PAEFI do CREAS II acompanhou durante o ano de 2015, um total de 352 crianças e adolescentes, destes se dividem em 198 (56%) do sexo feminino e 154 (44%) do sexo masculino. Esses números mostram que a relação de gênero identificada na população atendida pelos dois CREASs do município de Toledo demonstra praticamente a mesma proporção, sendo as meninas/adolescentes do sexo feminino mais vitimizadas pela violência do que os meninos.

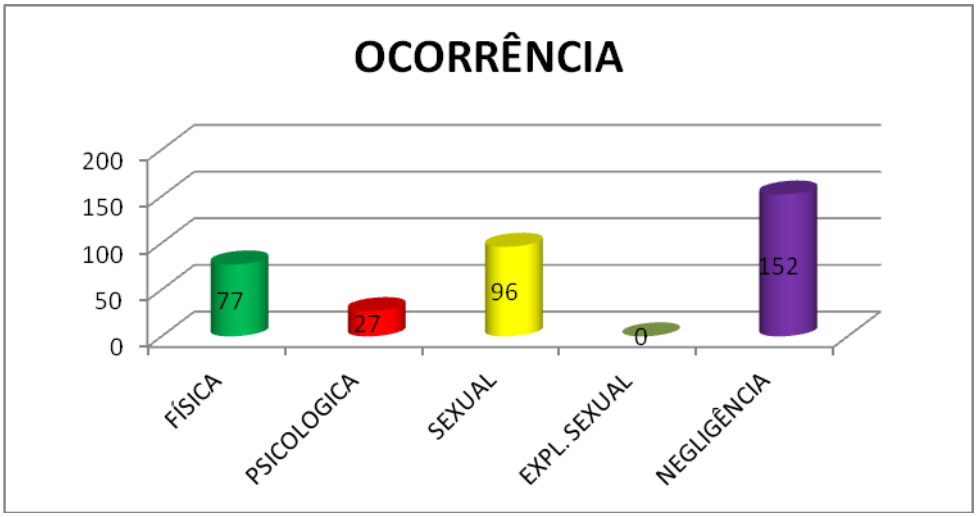


Fonte: CREAS - II, 2016.

Conforme já descrito, as violências classificam-se em: física, psicológica, sexual, exploração sexual, negligência. As ocorrências quantificam, de modo geral conforme quadro e gráfico a seguir:

CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2015		
Violência	**Ocorrência**	**Porcentagem**
Física	77	22
Psicológica	27	8
Sexual	96	27
Expl. Sexual	0	0
Negligência	152	43

Fonte: CREAS - II, 2016.

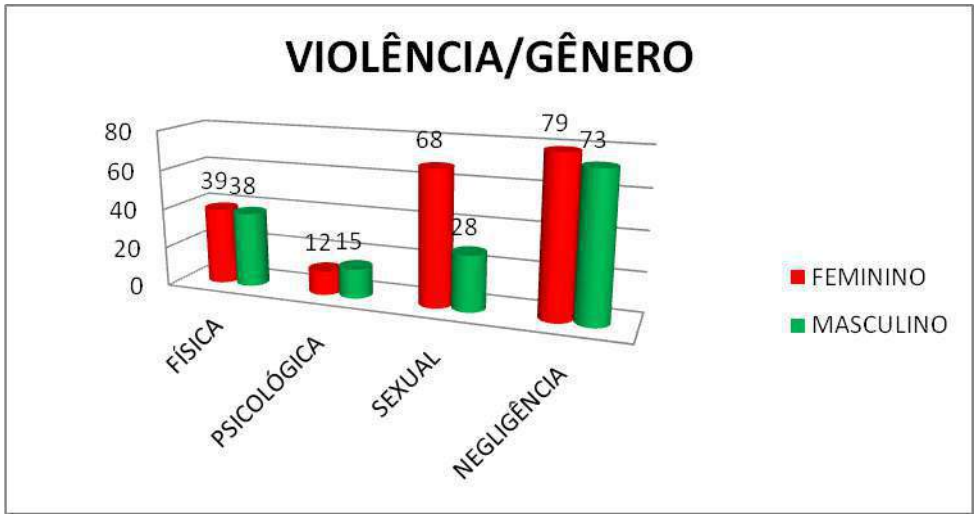


Fonte: CREAS - II, 2016.

Entre os gêneros de modo geral as violências se ramificam conforme quadro e gráfico abaixo:

Quantificação de Violência de **CRIANÇA e ADOLESCENTE** por Gênero -								
	Física	%	**Psicológica**	%	**Sexual**	%	**Negligência**	%
Feminino	39	11	12	3	68	19	79	23
Masculino	38	11	15	4	28	8	73	21
Total	***77***	***22%***	27	**8%**	96	**27%**	152	***43%***

Fonte: CREAS - II, 2016.

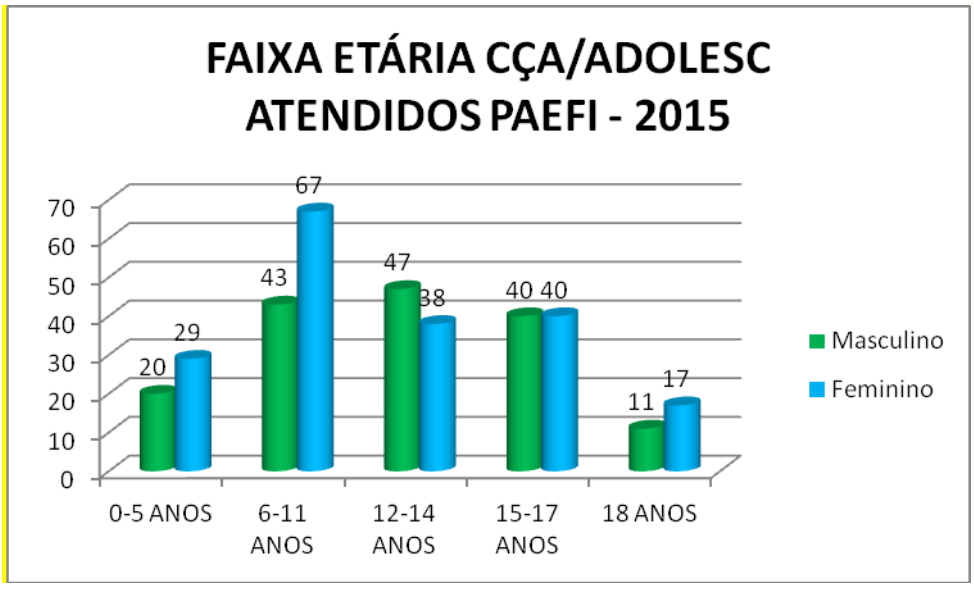


Fonte: CREAS - II, 2016.

Referente à faixa etária das crianças e adolescentes acompanhados pelo Serviço se destacam os infantes entre 6 a 11 anos no caso das meninas e a faixa entre 6 e 14 anos no caso dos meninos, conforme demonstra o quadro e gráfico abaixo:

Idade-PAEFI CÇA/ADOLESC	0-5 ANOS	6-11 ANOS	12-14 ANOS	15-17 ANOS	18 ANOS
Masculino	20	43	47	40	11
Feminino	29	67	38	40	17

Fonte: CREAS - II, 2016.



Fonte: CREAS - II, 2016.

5.1.1 Dados do Serviço PAEFI Somente Referente às Crianças

O Serviço PAEFI acompanhou durante o ano de 2015, o total de 160 Crianças (46% dos atendimentos criança e adolescente), destas se dividem em gênero: 66 (41%*)* feminino e 94 (59%) masculino.

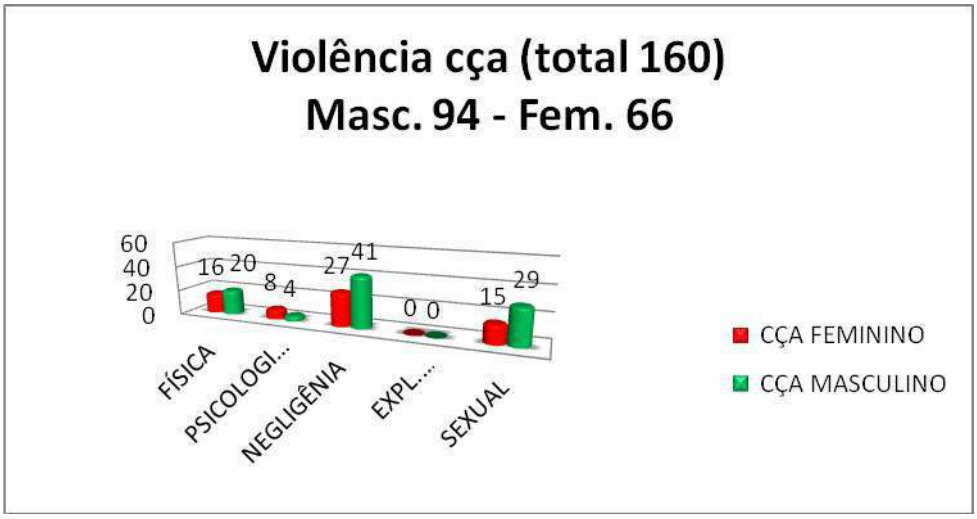


Fonte: CREAS - II, 2016.

Entre os gêneros, os tipos de violências contra crianças se ramificam conforme quadro e gráfico abaixo:

CRIANÇAS 2015		
Violência	**Ocorrência**	**Porcentagem**
Física	36	23
Psicológica	12	7
Sexual	44	27
Expl. Sexual	0	0
Negligência	68	43

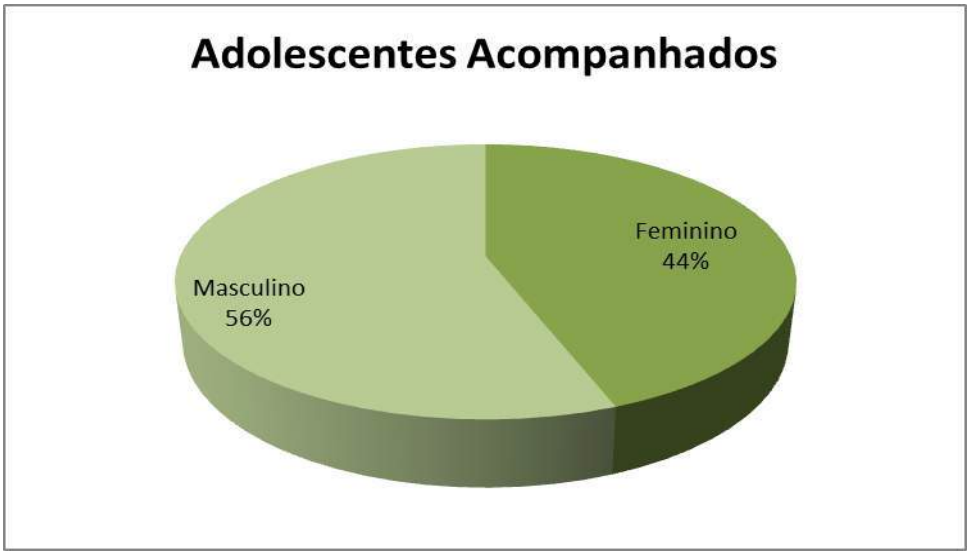
Fonte: CREAS - II, 2016.



Fonte: CREAS - II, 2016.

5.1.2 Dados do Serviço PAEFI Somente Referente aos Adolescentes

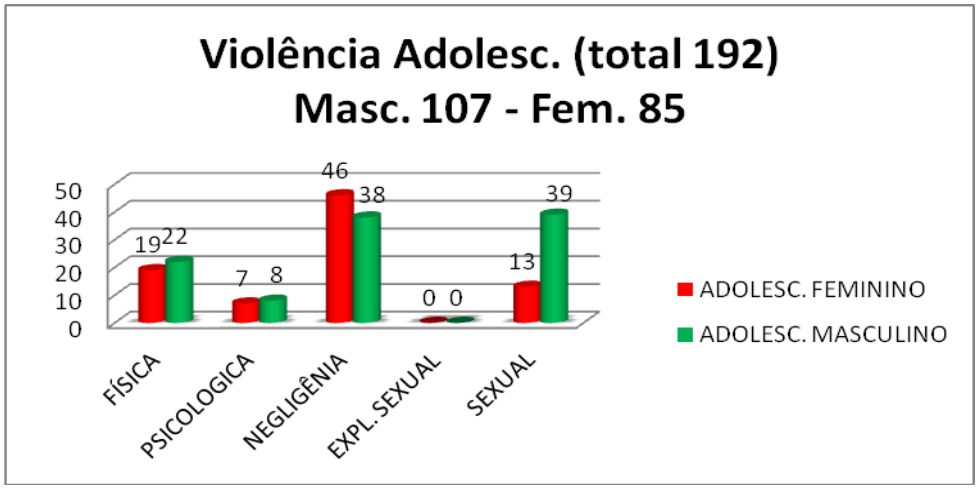
O Serviço PAEFI acompanhou durante o ano de 2015, o total de 192 adolescentes (54% dos atendimentos foram feitos a crianças e adolescentes), destes se dividem em gênero: 85 (44%) feminino e 107 (56%) masculino.



Fonte: CREAS - II, 2016.

Entre os gêneros, os tipos de violências contra os adolescentes que foram acompanhados se ramificam conforme quadro e gráfico abaixo:

ADOLESCENTES 2015		
Violência	**Ocorrência**	**Porcentagem**
Física	41	21
Psicológica	15	8
Sexual	52	27
Expl. Sexual	0	0
Negligência	84	44



Fonte: CREAS - II, 2016.

PLANO DE AÇÃO - COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
01	Conhecer a realidade e acompanhar a evolução dos dados, visando aprimorar as ações de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes.	Caracterização e análise das violências contra crianças e adolescentes a partir de dados oficiais do governo do estado/município.	100% dos dados disponíveis processados e analisados.	2017 2019 2022	Porcentagem de dados disponíveis processados e analisados nos prazos previstos	SMAS	CMDCA
		Realizar diagnóstico local sobre as violências contra crianças e adolescentes, visando complementar os dados oficiais.	Realizar 3 diagnósticos complementares.	2017 2019 2022	Diagnósticos realizados e publicizados.	SMAS	CMDCA SMS
		Pesquisa para identificar e caracterizar a exploração sexual de crianças e adolescentes.	Identificação do perfil de exploração sexual de crianças e adolescentes no município de Toledo.	2017 - 2018	Pesquisa realizada com dados publicizados.	SMAS PAPPCA/ Unioeste	CMDCA Conselho Tutelar
02	Sensibilizar e mobilizar a população sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, fortalecer e divulgar canais de denúncia, visando diminuir a subnotificação dos casos.	Realizar campanhas educativas de sensibilização e orientação para a não violência e divulgação dos canais de denúncia “181” e “Disque 100”.	Realizar 3 campanhas anuais.	Anual	Número de campanhas realizadas. Quantidade de materiais impressos. Aumento do número de denúncias registradas.	SMAS SMED SMS	CMDCA MP
		Identificar e reforçar as campanhas educativas direcionadas a crianças e adolescentes com maior vulnerabilidade e possibilidade de se tornarem vítimas de violência	Reduzir os índices de violência contra crianças e adolescentes no município em 10%.	2017-2025	Número de registros policiais e inquéritos policiais – monitoramento anual para verificar se há redução progressiva.	SMAS	CMDCA MP

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Prevenção através de fiscalização em hotéis, motéis, bares e festas.	Manter crianças e adolescentes afastados dos focos de violência.	Ação continuada.	Número de visitas/fiscalizaçõ es realizadas.	Que órgão? Conselho Tutelar.	CMDCA SESP/Polícia Militar
		Apoiar campanhas de educação no trânsito com vistas a diminuir a mortalidade de crianças e adolescentes decorrente de acidentes de trânsito.	Apoiar ao menos 1 campanha por ano. Redução de mortes de crianças e adolescentes em acidentes de trânsito – anualmente.	Anual	Número de campanhas realizadas e apoiadas	DETRAN CMDCA	Secretarias municipais
03	Contribuir para a formalização das redes de proteção e implantar um Sistema de Notificação Obrigatória de casos de violência contra crianças e adolescentes.	Integrar o sistema estadual (em construção) para registros e notificações em âmbito local, contribuindo para a integração de fluxos e estruturas já existentes.	Integrar o Sistema de Notificação Obrigatória.	2017-2018	Número de casos notificados.	CMDCA SMAS	Órgãos do SGD
		Apoiar a criação, incentivar a formalização e fortalecer a rede de proteção municipal.	Ter a rede de proteção municipal formalizada e fortalecida.	2017-2026	Fortalecimento da rede municipal.	SMAS PAPPCA Unioeste	CMDCA Órgãos do SGD
		Fomentar a integração da Vara Especializada da Infância e da Juventude, do Ministério Público com a rede de proteção.	Sensibilização de 100% dos órgãos do SGD para participação ativa na rede de proteção.	2017-2026	Participação e integração de 100% dos órgãos do SGD na rede de proteção.	TJ PR MP CMDCA	
		Fomentar e fortalecer a atuação interinstitucional dos profissionais da área da Educação e da Saúde na rede de proteção municipal.	Participação de profissionais das áreas da Educação e da Saúde na rede de proteção municipal.	Ação continuada	Aumento do número de notificações oriundas das escolas e da área da Saúde.	CMDCA SMED SMS	Órgãos do SGD Rede de proteção municipal
04	Fortalecer o município para o acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias.	Realizar estudos para construção de novos ou readequação de espaços físicos para atendimento especializado (CREAS, ala especial em hospital de referência, casa de acolhimento para adolescentes vítimas de violência).	Elaboração e conclusão de estudos com o objetivo de atender toda a demanda municipal.	2017-2018	Estudos realizados.	CMDCA SMAS	Órgãos do SGD

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Promover a integração entre os órgãos do SGD com objetivo de criação de fluxos de atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes.	Criação de fluxos de atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes.	2017-2018	Fluxos formalizados e órgãos do SGD 100% integrados.	SMAS PAPPCA/Unioeste Órgãos do SGD	CMDCA
		Promover capacitações e atividades de integração entre os profissionais da rede de proteção e atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias.	Elaborar um programa de capacitação continuada aos profissionais e órgãos da rede de proteção.	Ação continuada	Número de encontros, capacitações e atividades integradoras das ações dos membros da rede de proteção e atendimento	SMAS CMDCA PAPPCA/Unioeste	Órgãos do SGD
05	Humanizar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências e crimes nos órgãos da rede de proteção.	Treinamento e capacitações para formação de pessoal especializado.	Capacitar profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violências e crimes.	Ação continuada	Número de profissionais capacitados anualmente.	CMDCA	
		Qualificar os procedimentos inerentes às primeiras abordagens da criança e do adolescente vítima.	Capacitar os profissionais.	Ação continuada	Número de profissionais qualificados anualmente.	CMDCA SESP	
		Mobilizar os responsáveis pelas políticas do SUS e SUAS para garantir o acompanhamento imediato das crianças e adolescentes vítimas de violência.	Serviços articulados e atendimento garantido pelos CREAS do município.	2017-2026	Número de atendimentos/acompanhamento psicossocial imediato garantido pela rede.	CMDCA SMAS SMS	
		Realizar o atendimento em ambiente especializado e particularizado no IML para crianças e adolescentes vítimas vitimas de violência, garantindo a proteção, discrição e privacidade.	Apoiar o aprimoramento e adequação do ambiente de atendimento do IML de Toledo.	2017-2026	IML de Toledo adequado e especializado.	SESP Parceria com o município?	CMDCA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Auxiliar a implantar um protocolo de acolhida e atendimento das crianças e adolescentes na delegacia, visando a não revitimização.	Atuar em parceria com a SESP para desenvolver um protocolo de atendimento humanizado no município.	2017-2026	Protocolo de atendimento implantado na delegacia do município.	CMDCA SESP	
		Aplicar palestras em Escolas para crianças e adolescentes referente a importância da correta utilização das redes sociais.	Criar campanhas de conscientização sobre este tema	2017-2026	Número de encontros sobre o tema	CMDCA	SMAS
06	Implantação de programas de orientação e atendimento às pessoas que cometem violência contra crianças e adolescentes.	Mobilizar a rede de proteção para a implantação de programas especializados de atendimento ao agressor (adultos e adolescentes)	Implantar o programa no município com capacitação de profissionais para atendimento ao agressor.	2017-2026	Programa implantado, no âmbito público e/ou através das organizações não governamentais.	SMAS	CMDCA

5.2 A VIOLÊNCIA COMETIDA POR ADOLESCENTES: OS ATOS INFRACIONAIS E AS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM TOLEDO

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990, ao entrar em vigor, revogou a Lei nº 4513, de 1º de dezembro de 1964, que criou a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) com o objetivo básico de formular e implantar a Política de Bem-Estar do Menor e a Lei n º 6697, de 10 de outubro de 1979, o antigo Código de Menores até então em vigor.

O Estatuto, conforme já comentado, rompeu com a Doutrina da Situação Irregular prevista no Código de Menores e implantou a "Doutrina de Proteção Integral dos Direitos da Infância" inspirado, sobretudo, em movimentos internacionais voltados à proteção da infância.

Desses documentos, materializados por tratados e convenções, destacam-se especialmente: a) Convenção Sobre os Direitos da Criança; b) Regras Mínimas das Nações Unidas Para a Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing); c) Regras Mínimas das Nações Unidas Para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade; e d) Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad) (LIBERATI, 2003).

Assim, a Doutrina de Proteção Integral regulamentou o direito da criança e do adolescente, não sendo exclusiva de uma categoria de "menor", classificado como "carente", "abandonado", "delinquente" ou "infrator", mas remete-se a todas as crianças e adolescentes brasileiros, sem nenhuma distinção. Com essa compreensão,

> [...] quando se fala em proteção integral dos direitos, supõe-se que o sistema legal garanta a satisfação de todas as necessidades de todas as crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, privilegiando, sobretudo, seu direito à vida, à saúde, à educação, à convivência familiar e comunitária, ao lazer, ao esporte, à profissionalização, à liberdade, enfim, todos os direitos da pessoa humana (LIBERATI, 2003, p. 43).

Nessa perspectiva da proteção integral, o Estatuto prescreve também a questão relativa ao ato infracional cometido por adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, considerando-o como toda ação ou omissão descrita como crime ou contravenção penal (Art. 103 do Estatuto).

Para assegurar a proteção de direitos aos adolescentes em conflito com a Lei, o Estatuto reconhece a necessidade de submetê-lo as normas de legislação especial,

responsabilizando pelos seus atos, mas oferecendo oportunidades de desenvolvimento pessoal e social por meio do caráter educativo, visto que estes são pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. É responsabilidade da família, do Estado e da sociedade civil garantir a inclusão social do adolescente, por meio da aplicação das medidas socioeducativas (SILVA, 2011).

A apreciação e decisão referente à aplicabilidade de medidas socioeducativas decorrentes de ato infracional cometido por adolescente é de responsabilidade do órgão de Justiça da Infância e da Juventude (FIRMO, 2005). A aplicabilidade das medidas instituídas pela autoridade competente requer levar em conta algumas considerações como: prover de provas contundentes; a medida aplicada deverá levar em consideração a capacidade de ser cumprida pelo autor da infração; não se aplica a crianças (idade de 0 a 11 anos), uma vez que a essas estão reservadas as medidas protetivas (artigo 101 do Estatuto). As medidas socioeducativas devem ser aplicadas de acordo com a gravidade do ato infracional e com a ciência dos pais ou responsáveis legais do adolescente.

Quando verificada a prática de ato infracional cometido por adolescente, a autoridade competente (Juiz da Infância e Juventude) poderá aplicar as medidas socioeducativas preconizadas no artigo 112, no qual estão subdivididas em dois grupos: as medidas em meio aberto: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida; e as medidas privativas de liberdade: inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional (SILVA; MOREIRA, 2011).

Detalhando, a medida de **advertência** (art.115 do Estatuto) constitui uma medida admoestatória, informativa, formativa e imediata, executada pelo Juiz da Infância e Juventude. A coerção manifesta-se pelo caráter intimidatório, devendo envolver os responsáveis num processo ritualístico. A medida de advertência deverá ser reduzida a termo e assinada pelas partes.

Obrigação de reparar o dano é uma medida referente ao ato infracional com reflexos patrimoniais. Nesse caso, a autoridade poderá determinar que o adolescente restitua a coisa, promova o ressarcimento do dano, ou por outra forma, compense o prejuízo da vítima. Caracteriza-se como uma medida coercitiva e educativa, levando o adolescente a reconhecer o erro e a repará-lo. A responsabilidade pela reparação do dano é do adolescente, sendo intransferível. Para os casos em que houver necessidade, recomenda-se a aplicação conjunta de medidas de proteção. Caso não seja possível realizar nenhuma das alternativas presentes na medida, a autoridade competente poderá, conforme parágrafo único do art. 116, substituir a medida por outra mais adequada.

A medida de **prestação de serviço à comunidade,** conforme art. 117 do Estatuto, consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período não excedente a seis meses e a oito horas semanais, junto a entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais. O parágrafo único explica que as tarefas serão atribuídas conforme as aptidões do adolescente, devendo ser cumpridas durante jornada máxima de oito horas semanais, aos sábados, domingos e feriados ou em dias úteis, de modo a não prejudicar a frequência à escola ou à jornada normal de trabalho. De acordo com Volpi (2008), a prestação de serviço à comunidade constitui uma medida com forte apelo comunitário e educativo tanto para o jovem em conflito com a lei quanto para a comunidade, "[...] que poderá responsabilizar-se pelo desenvolvimento integral desse adolescente [...]". (VOLPI, 2008, p. 23).

Embora a aplicação da medida dependa exclusivamente da Justiça da Infância e da Juventude, a sua operacionalização depende de um programa que estabeleça parcerias com órgãos públicos e organizações não governamentais. A prestação de serviço à comunidade faz com que ao adolescente conviva com outros valores, profissionais, fazendo com que haja um entrosamento comunitário e social, para além de trabalhos pedagógicos.

A medida de **liberdade assistida**, conforme art. 118 do Estatuto, será adotada sempre que se afigurar a medida mais adequada para o fim de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente.

> Constitui-se numa medida coercitiva quando se verifica a necessidade de acompanhamento da vida social do adolescente (escola, trabalho e família). Sua intervenção educativa manifesta-se no acompanhamento personalizado, garantindo-se os aspectos de: proteção, inserção comunitária, cotidiano, manutenção de vínculos familiares, frequência à escola, e inserção no mercado de trabalho e/ou cursos profissionalizantes e formativos. (VOLPI, 2008, p. 24).

O cumprimento da medida de liberdade assistida deve ser estruturado em nível municipal, de preferência localizado em comunidade de origem do adolescente. Deve ser gerenciado e desenvolvido pelo órgão executor em nível municipal e em parceria com o Poder Judiciário, que é quem supervisiona e acompanha as ações do programa. O programa de liberdade assistida exige uma equipe de orientadores sociais, para o cumprimento do que estabelece o artigo 119[2] do Estatuto, tendo como perspectiva o acompanhamento

[2]"Art. 119. Incumbe ao orientador, com apoio e a supervisão da autoridade competente à realização dos seguintes encargos, entre outros: I - promover socialmente o adolescente e sua família, fornecendo-lhes orientação e inserindo-os, se necessário, em programa oficial ou comunitário de auxílio e assistência social; II - supervisionar a frequência e o aproveitamento escolar, do adolescente, promovendo, inclusive, sua matrícula;

personalizado, inserido na realidade da comunidade de origem do adolescente e ligado a programas de proteção e/ou formativos.

A medida de **semiliberdade** (art. 120) pode ser determinada desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto, possibilitada a realização de atividades externas, independentemente de autorização judicial.

"A semiliberdade contempla aspectos coercitivos desde que afasta o adolescente do convívio familiar e da comunidade de origem; contudo ao restringir sua liberdade, não priva totalmente do seu direito de ir e vir". (VOLPI, 2008, p. 25-26).

A finalidade da semiliberdade é de que ela é capaz de substituir em grande parte a medida de internação, podendo atender os adolescentes como primeira medida, ou como um processo de transição entre a internação e o retorno do adolescente à comunidade.

A respeito da última medida socioeducativa de **internação** em estabelecimento educacional, essa deve ser destinada a adolescentes que cometem atos infracionais mais graves. "[...] falar de internação significa referir-se a um programa de privação da liberdade, o qual, por definição, implica contenção do adolescente autor de ato infracional num sistema de segurança eficaz". (VOLPI, 2008, p. 28). Isso implica apenas na limitação de seu direito de ir e vir e não de outros direitos constitucionais, condição para a sua inclusão na perspectiva cidadã.

O contexto de proteção do Estatuto, que propõe a educação ao invés da punição para o adolescente que cometa algum ato infracional, mostra a tendência de que seu processo de desenvolvimento possibilite uma efetiva participação social. Além de que "O educar para a vida social visa, na essência, ao alcance de realização pessoal e de participação comunitária, predicados inerentes à cidadania". (SOTTO, 1992, p. 340). Ainda de acordo com esse autor, "[...] imagina-se que a excelência das medidas socioeducativas se fará presente quando propiciar aos adolescentes oportunidades de deixarem de ser meras vítimas da sociedade injusta para se constituírem em agentes transformadores desta mesma realidade". (MAIOR, 2002, p. 340).

No município de Toledo o cumprimento das medidas socioeducativas pelos adolescentes a elas foram sentenciados está organizado através do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) executado nos CREAS. O serviço tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em

III - diligenciar no sentido da profissionalização do adolescente e de sua inserção no mercado de trabalho; IV - apresentar relatório do caso." (BRASIL, ECA, 1990).

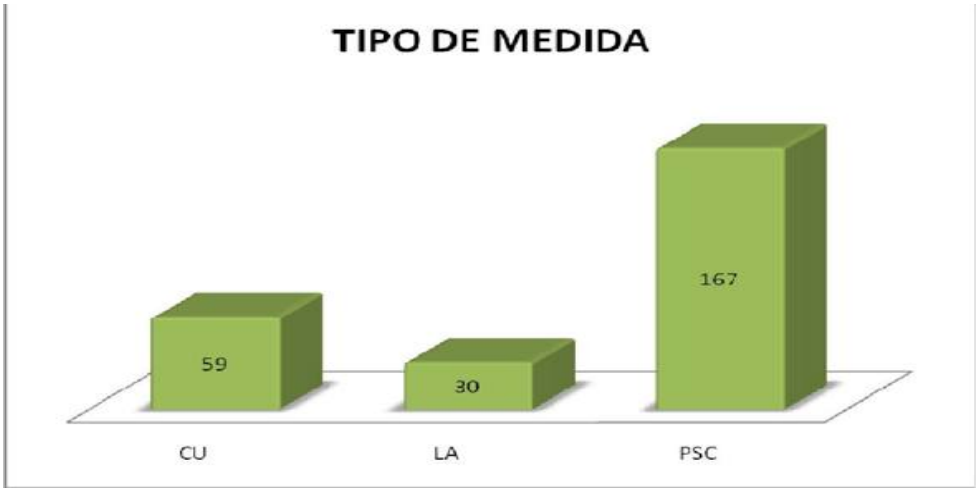
cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente. Deve contribuir para o acesso a direitos e para a resignificação de valores na vida pessoal e social dos adolescentes e jovens. Para a oferta do serviço faz-se necessário a observância da responsabilização face ao ato infracional praticado, cujos direitos e obrigações devem ser assegurados de acordo com as legislações e normativas específicas para o cumprimento da medida.

Com objetivo de evidenciar os dados relacionados a este atendimento, serão apresentados conforme a realidade dos usuários atendidos nos CREAS.

5.2.1 O Cumprimento das Medidas Socioeductivas no CREAS I em 2015

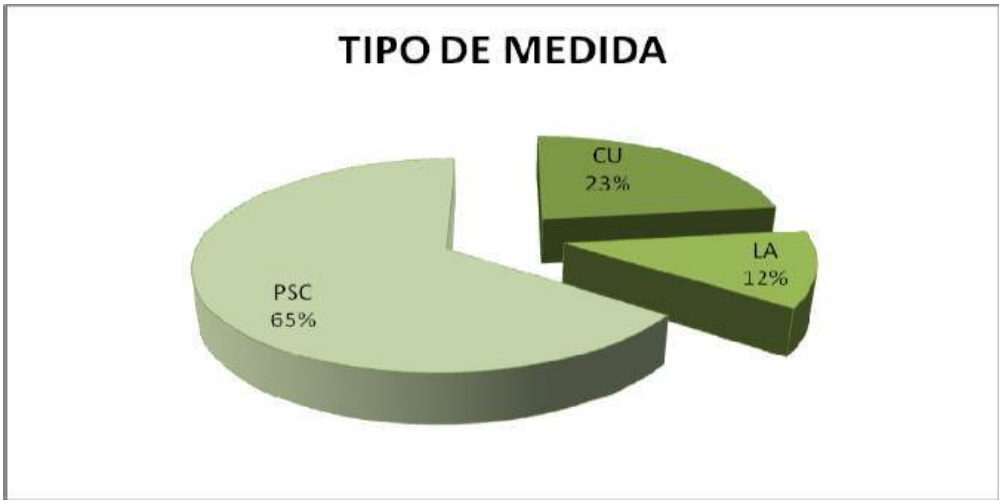
Em relação ao Serviço de Proteção Social aos Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) executado no CREAS I no ano de 2015, foram 256 acompanhados neste serviço.

Assim foram contabilizados **256 acompanhados no serviço em 2015**, destes:



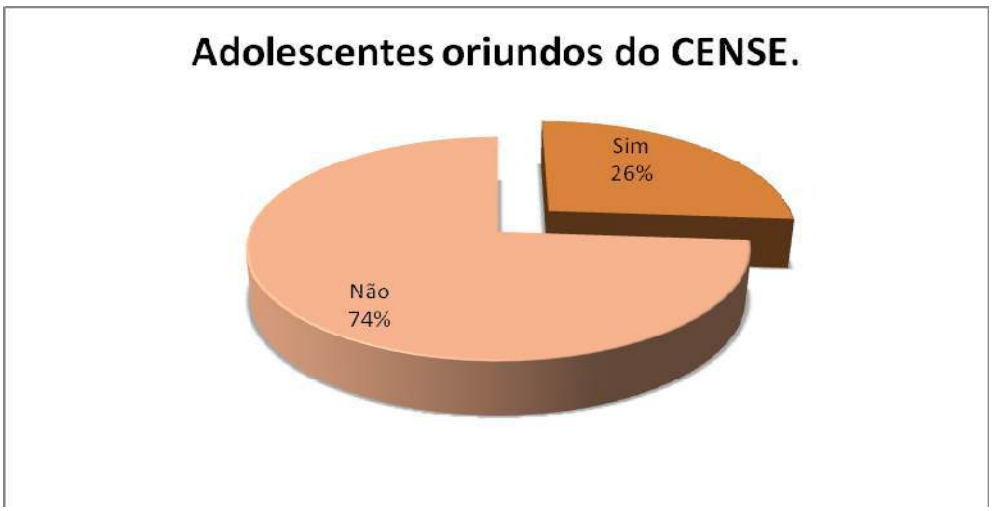
Fonte: CREAS - I, 2016.

No que se refere ao atendimento do CREAS II, podemos observar que a grande maioria dos adolescentes recebe a medida de Prestação de Serviço a Comunidade - PSC, em segundo lugar as medidas Cumulativas, ou seja, ambas as medidas e em terceiro lugar a medida de Liberdade Assistida.



Fonte: CREAS - I, 2016.

Dos adolescentes inseridos em 2015, 26% são oriundos dos Centros de Socioeducação - CENSE, ou seja o adolescente cumpriu a medida socioeducativa de internação (privação de liberdade) e após sua saída, recebeu as medidas socioeducativas em meio aberto, e foi inserido no CREAS. Assim, desse total, 74% não passaram pelo meio fechado.



Fonte: CREAS - I, 2016.

Considerando os 256 acompanhados no Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), no ano de 2015, 56% não são reincidentes e 44% são reincidência em ato infracional. Como pode ser visualizado no gráfico a seguir.



Fonte: CREAS - I, 2016.

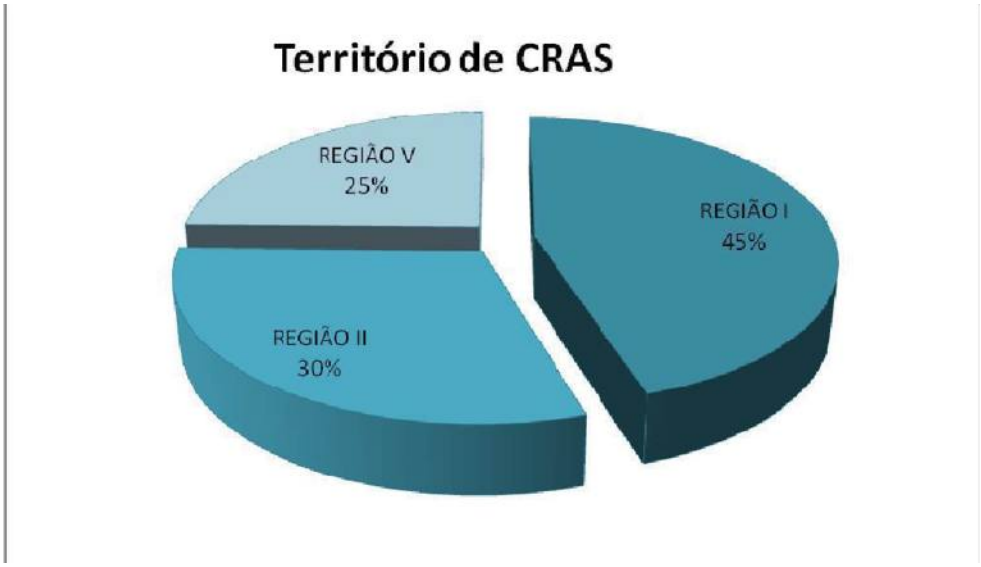
Os 44% dos reincidentes significam 113 adolescentes, destes 49 adolescentes são oriundos do CENSE. Em relação aos bairros de residência deste adolescente atendidos no CREAS-I em 2015, temos:

BAIRROS	**QUANTIDADE**
VILA BOA ESPERANÇA; JARDIM DA MATA; VILA PIONEIRO; JARDIM MARACANÃ	76
JARDIM EUROPA; JARDIM BELA VISTA; JARDIM AMÉRICA	53
SANTA CLARA IV	44
JARDIM COOPAGRO	10
VILA PAULISTA	08
JARDIM CONCÓRDIA	08
JARDIM SÃO FRANCISCO; JARDIM PANORAMA	08
PINHEIRINHO	07
CENTRO	06
JARDIM PORTO ALEGRE	04
JARDIM PANCERA	04
SÃO LUIZ DO OESTE; OURO PRETO; CERRO DA LOLA; BOM PRINCIPIO; NOVO SARANDI	07
VILA OPERÁRIA	03
VILA INDUSTRIAL	03
JARDIM BRESSAN	03
JARDIM BANDEIRANTES	02
CESAR PARK	02
VILA BECKER; JARDIM FILADELFIA ;JARDIM CARELLI; JARDIM PARIZOTTO	04
VILA BRASIL; JARDIM LARANJEIRAS/ JARDIM ALTO ALEGRE; JARDIM PARAÍSO	04
TOTAL	**256**

Fonte: CREAS - I, 2016.

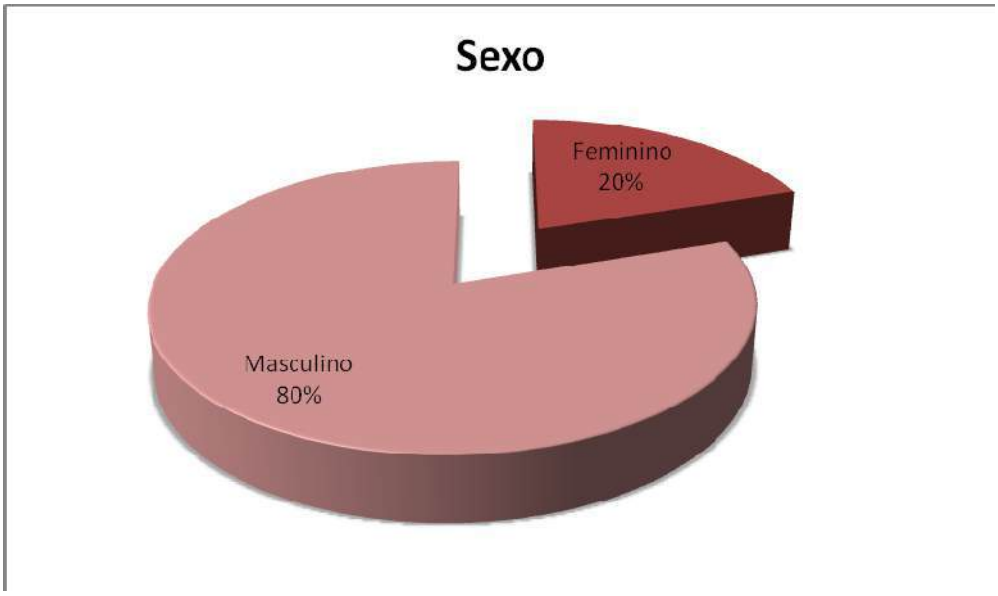
Conforme levantamento apresentado, podemos observar que temos adolescentes que hoje pertencem ao território de abrangência do CREAS-II, isso se deve ao fato de que ocorreu o reordenamento em março de 2015 e nos primeiros meses de 2015 foram atendidos e acompanhados todo os adolescente do serviço, portanto de todo o município de Toledo.

Em relação aos bairros de origem dos adolescentes do território do CREAS-I, procuramos vincular este bairro de origem ao CRAS – Centro de Referência de Assistência Social do Território, assim observa-se: que 45% são da Região I; 30% da Região II e 25% da Região V.



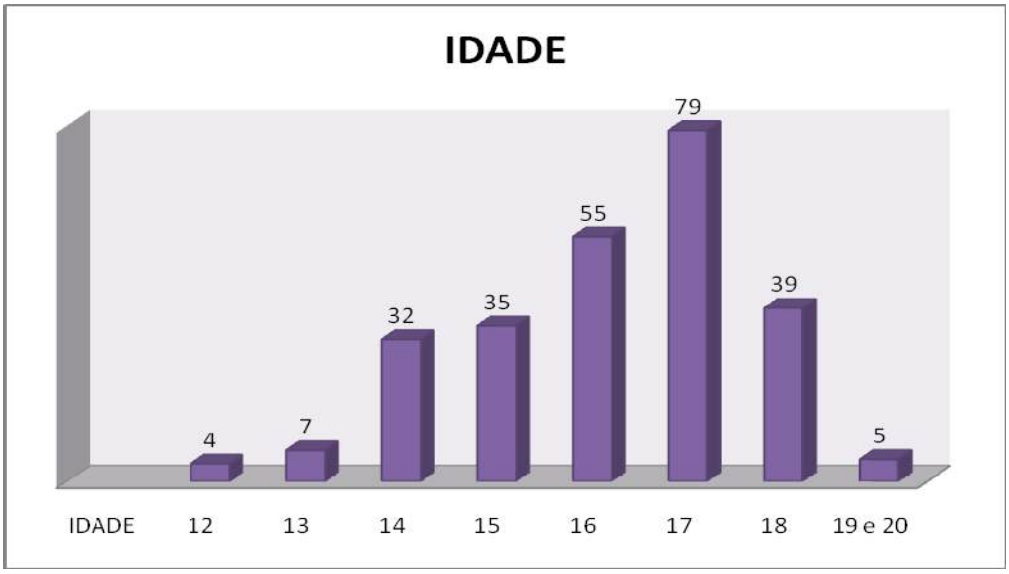
Fonte: CREAS - I, 2016.

Dos 256 atendidos no CREAS-I em 2015, podemos afirmar que 20% eram do sexo feminino e 80% do sexo masculino, conforme gráfico a seguir, assim observa-se que predominam os adolescentes do sexo masculino.



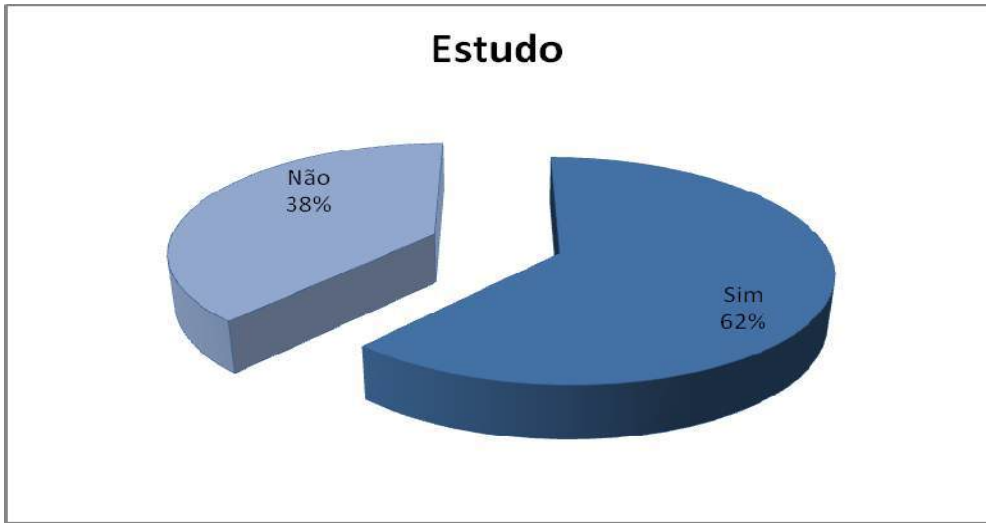
Fonte: CREAS - I, 2016.

Dos 256 atendidos no CREAS-I em 2015, podemos observar que a idade que prepondera no cometimento de ato infracional é dos 16 e 17 anos de idade.



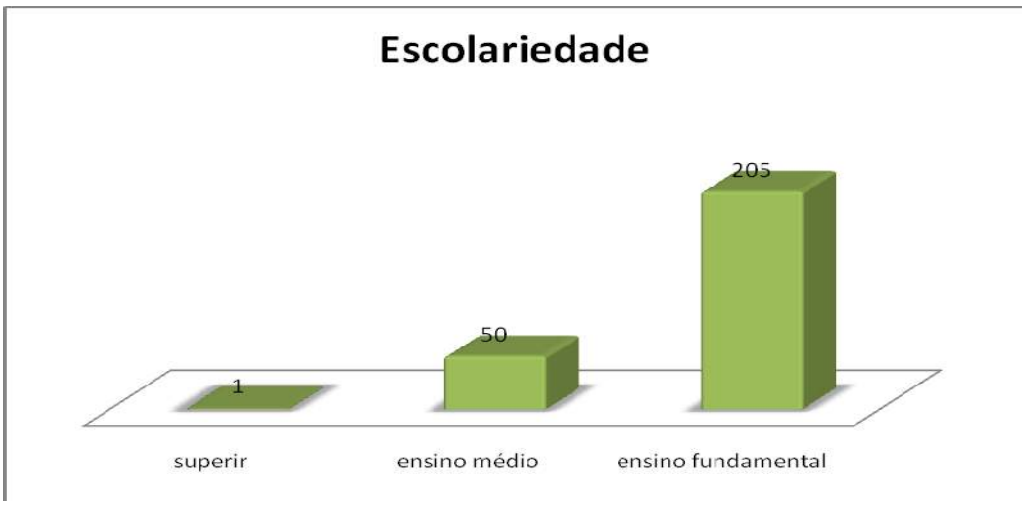
Fonte: CREAS - I, 2016.

Dos 256 atendidos no CREAS-I em 2015, no momento da entrevista inicial para a elaboração do PIA – Plano Individual de Atendimento, 62% estavam estudando e 38 % não estavam estudando. Lembrando que neste momento são realizados os encaminhamentos para a rede de proteção e inclusive para a escolarização.



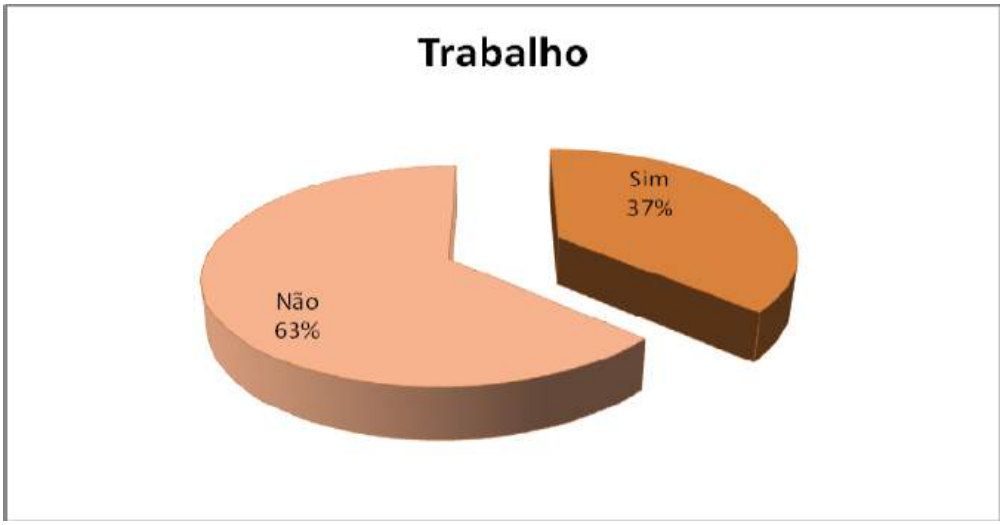
Fonte: CREAS - I, 2016.

Outro dado importante a observar é a escolaridade destes adolescentes, a grande maioria está no ensino fundamental, isso significa uma grande defasagem idade série. Dos atendidos, apenas um atendido estava no ensino superior, 50 adolescentes no ensino médio e 205 cursando o ensino fundamental.



Fonte: CREAS - I, 2016.

Dos 256 atendidos no CREAS-I, em 2015, podemos observar que 37% trabalhavam e 63% não trabalhavam.



Fonte: CREAS - I, 2016.

Em relação aos atos infracionais cometidos pelos adolescentes em 2015, podemos observar que o ato infracional de dirigir sem Carteira Nacional de Habilitação é o que aparece em maior quantidade, seguido pelo envolvimento com o tráfico e a posse de substâncias entorpecentes.

ATO INFRACIONAL	**QUANTIDADE**
DIRIGIR SEM CNH	66
TRÁFICO	41
FURTO	25
POSSE DE SUBSTÂNCIA ENTORPECENTE	25
ROUBO	20
LESÃO CORPORAL	14
DESACATO	13
FURTO QUALIFICADO	09
AMEAÇA	06
PORTE ILEGAL DE ARMA DE FOGO	05
VIAS DE FATO	05
DANO	04
DESOBEDIÊNCIA	04
VIOLÊNCIA	04
CONTRAVENÇÕES PENAIS	03
PERTURBAÇÃO DE SOSSEGO	03
RECEPTAÇÃO	03
TENTATIVA DE HOMICÍDIO e HOMICIDIO	03
INJÚRIA	01

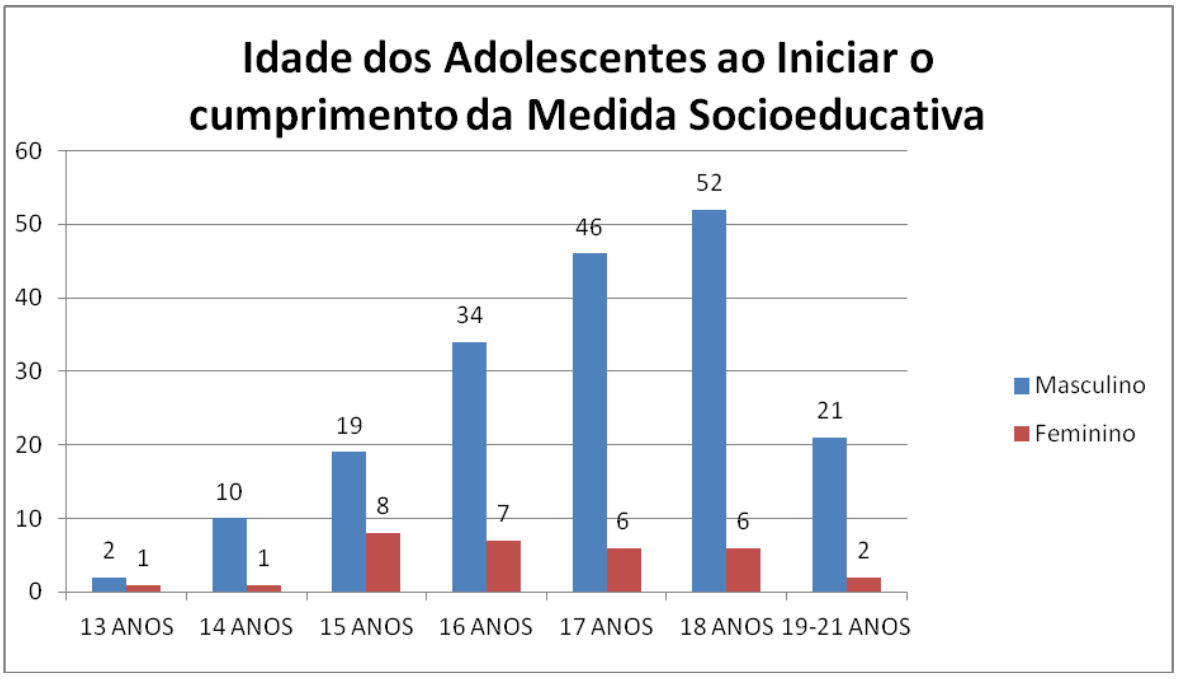
Fonte: CREAS - I, 2016.

5.2.2 O Cumprimento das Medidas Socioeducativas no CREAS II – ano 2015

No ano de 2015 o CREAS II atendeu no serviço o total de 215 adolescentes e jovens. Como pode ser observado na tabela e gráfico abaixo, destaca-se a faixa etária destes ao iniciar o cumprimento da medida socioeducativa.

Idade	13 ANOS	14 ANOS	15 ANOS	16 ANOS	17 ANOS	18 ANOS	19-21 ANOS
Masculino	2	10	19	34	46	52	21
Feminino	1	1	8	7	6	6	2

Fonte: CREAS II, 2016.

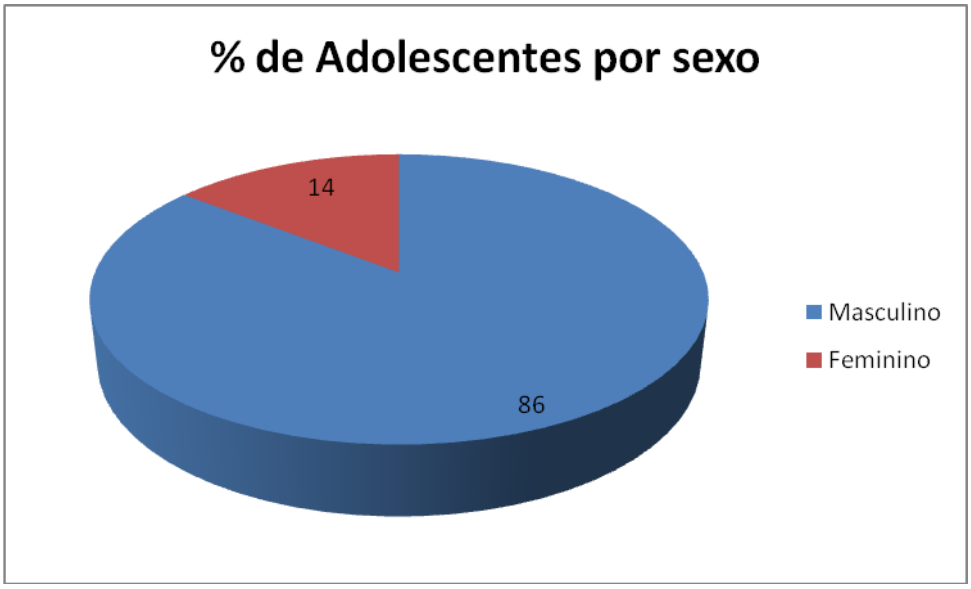


Fonte: CREAS II, 2016.

Entre os gêneros de modo geral, destaca-se que 86% dos jovens e adolescentes atendidos pelo Serviço em 2015 são do sexo masculino, conforme demonstram o quadro e gráfico abaixo:

	Adolescentes em cumprimento de MSE	%
Masculino	184	86
Feminino	31	14

Fonte: CREAS II, 2016.

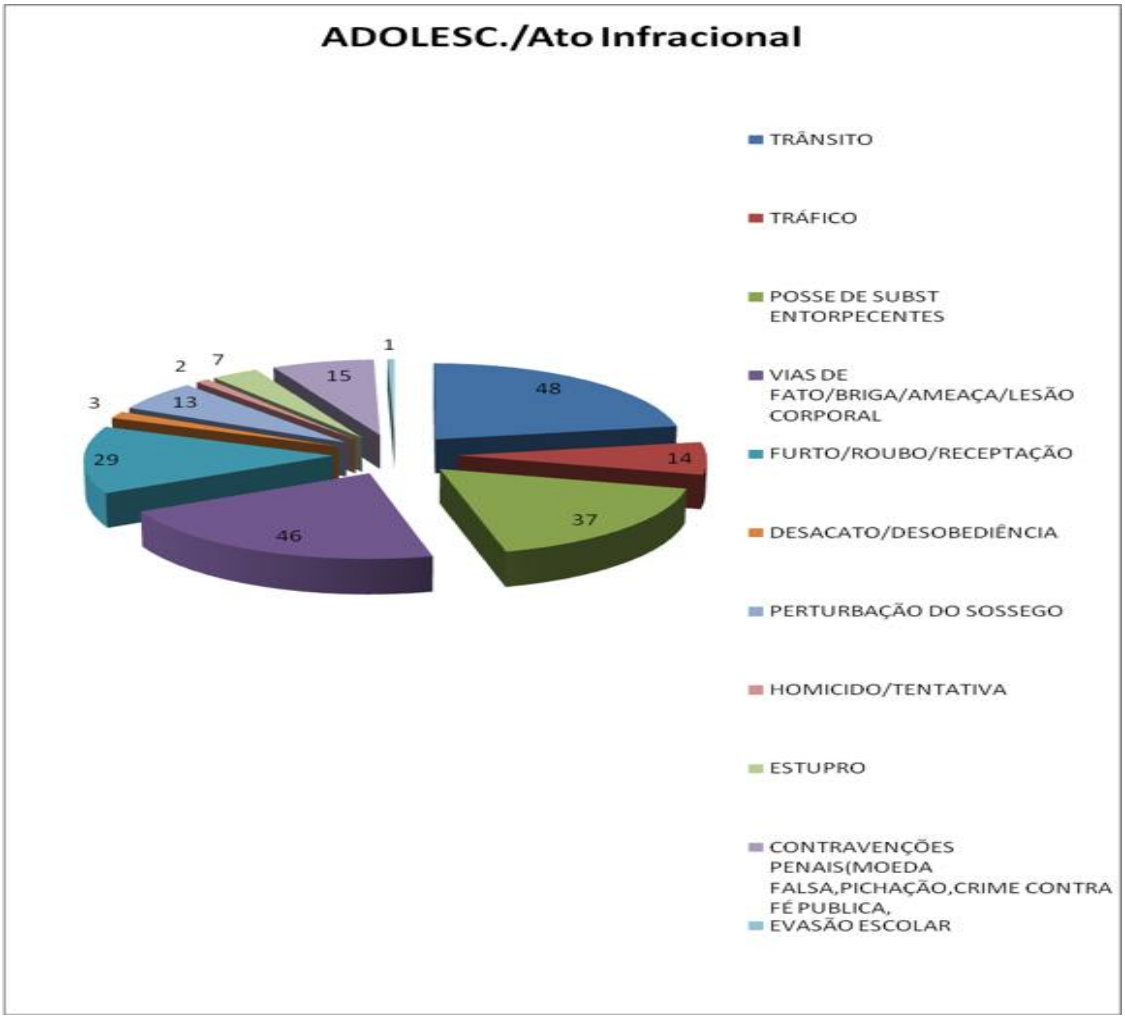


Fonte: CREAS II, 2016.

Abaixo encontram-se o quadro e o gráfico demonstrando os dados referente aos atos infracionais cometidos pelos adolescentes:

Nº DE ADOLESCENTES	**ATO INFRACIONAL**
48	TRÂNSITO
14	TRÁFICO
37	POSSE DE SUBST ENTORPECENTES
46	VIAS DE FATO/ BRIGA/ AMEAÇA/ LESÃO CORPORAL
29	FURTO/ROUBO/RECEPTAÇÃO
3	DESACATO/DESOBEDIÊNCIA
13	PERTURBAÇÃO DO SOSSEGO
2	HOMICIDO/TENTATIVA
7	ESTUPRO
15	PENAIS (MOEDA FALSA, PICHAÇÃO, CRIME CONTRA FÉ PÚBLICA, CONTRAVENÇÕES)
1	EVASÃO ESCOLAR

Fonte: CREAS II, 2016.

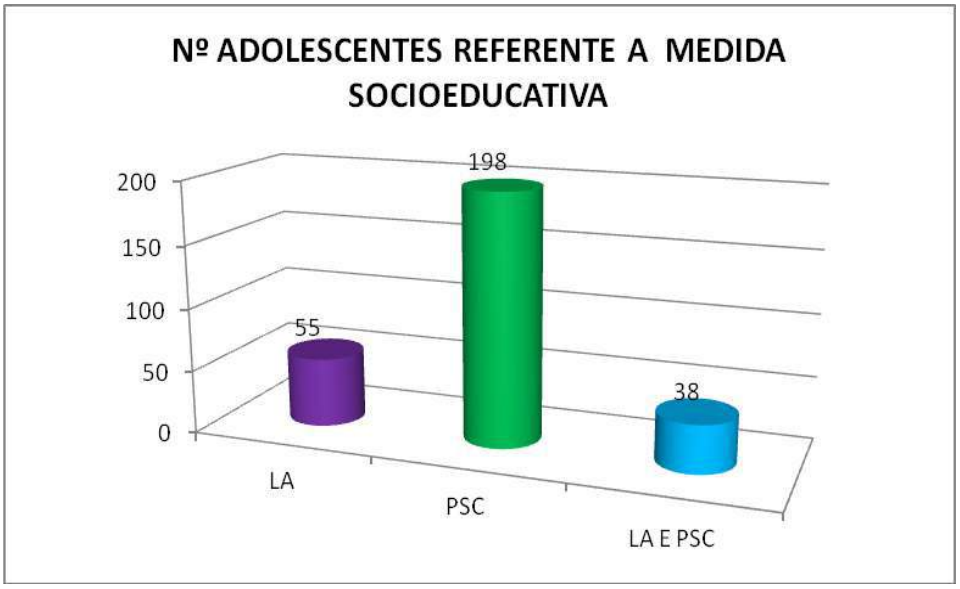


Fonte: CREAS II, 2016.

Entre as medidas socioeducativas aplicadas aos adolescentes, no CREAS II são atendidos os adolescentes que receberam a medida de prestação de serviços à comunidade ou a liberdade assistida, ressalta-se que alguns adolescentes receberam as duas medidas socioeducativas, conforme demonstram o quadro e gráfico abaixo:

MEDIDA SOCIOEDUCATIVA	LA	PSC	LA E PSC
	55	198	38

Fonte: CREAS II, 2016.



Fonte: CREAS II, 2016.

Em relação às medidas socioeducativas, apresenta-se a seguir o planejamento decenal para o município de Toledo.

PLANO DE AÇÃO - CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS POR ADOLESCENTES							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
01	Proporcionar a execução de medidas socioeducativas de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade promovendo a garantia dos direitos dos adolescentes.	Encaminhamento, matrícula e acompanhamento dos adolescentes em medida socioeducativa sob a responsabilidade do município para o sistema educacional.	100% dos adolescentes em medida socioeducativa, sob a responsabilidade do município, inseridos no sistema educacional.	Ação continuada	Número de adolescentes em medida socioeducativa, sob a responsabilidade do município, inseridos no sistema educacional.	SMAS SMED	CMDCA
		Oferta regular de qualificação profissional através de parcerias e de contratação de prestação de serviços.	100% dos adolescentes em medida socioeducativa e que preencham os requisitos necessários para fazerem os cursos.	Ação continuada	Número de adolescentes em medida socioeducativa, sob a responsabilidade do município, inseridos nas ações e cursos de qualificação profissional.	SMAS SMED Sistema S Pronatec	CMDCA
		Oferta regular de oficinas culturais através de parcerias e de contratação de prestação de serviços.	100% dos adolescentes em medida socioeducativa de LA e PSC.	Ação continuada	Número de adolescentes em medida socioeducativa, sob a responsabilidade do município, inseridos nas oficinas.	SMAS SMC	CMDCA
		Efetivar parcerias para o desenvolvimento de trabalho educativo junto aos adolescentes através de palestras, seminários e outras ações com foco na educação em Direitos Humanos.	100% dos adolescentes em medida socioeducativa de LA e PSC.	Ação continuada	Número de adolescentes em medida socioeducativa, sob a responsabilidade do município, inseridos nas atividades educativas.	SMAS MP Universidades	CMDCA
02	Qualificar os serviços de medidas socioeducativas.	Assessorar e capacitar as equipes responsáveis pela execução das medidas de LA e PSC.	100% das equipes capacitadas.	2017 2019 2021 2023	Número de capacitações realizadas Número de participantes	SMAS	CMDCA Ministério Público

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
03	Efetivar a capacidade protetiva das famílias de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.	Qualificar as equipes de acompanhamento dos adolescentes para o trabalho com as famílias no sentido de readaptar a organização familiar para uma convivência mais efetiva com os mesmos.	Realizar no mínimo duas capacitações/reuniões ampliadas por ano com as famílias e os adolescentes.	Ação continuada	Número de capacitações/reuniões ampliadas realizadas.	SMAS SMED	CMDCA Ministério Público
		Articular a rede de atendimento municipal à família e a sociedade com vistas à inserção social e comunitária dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto.	Diminuição de 5% da reincidência entre os adolescentes que já cumpriram medida socioeducativa no município.	Ação continuada	Porcentagem de reincidência atual em relação ao ano anterior.	SMAS	CMDCA ACIT Entidades filantrópicas e religiosas
04	Garantir estrutura adequada para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa em meio aberto.	Realizar adequações estruturais nos CREAS I e II.	100% das unidades com estrutura física adequada.	2017-2026	Número de unidades estruturadas adequadamente.	SMAS Secretaria de Obras	CMDCA
		Proporcionar formação continuada aos servidores atuantes na socioeducação.	100% dos servidores capacitados, recebendo ao menos um curso a cada dois anos.	Ação continuada	Número de servidores capacitados.	SMAS Secretarias parceiras	CMDCA

5.3 A QUESTÃO DO TRABALHO INFANTIL

O tema do trabalho infantil exige uma discussão específica, que foi realizada no município de Toledo no ano de 2015 conforme matéria elaborada pela Comissão Organizadora do Evento para divulgação conforme segue.

Considerando que o trabalho infantil é definido como uma forma de violação dos direitos da criança e do adolescente, o Estatuto em seu capítulo 5 trata da Proteção ao Trabalho e do Direito à profissionalização de adolescentes:

> Capítulo V - Do Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho
> Art. 60. É proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz.
> Art. 61. A proteção ao trabalho dos adolescentes é regulada por legislação especial, sem prejuízo do disposto nesta Lei.
> Art. 62. Considera-se aprendizagem a formação técnico-profissional ministrada segundo as diretrizes e bases da legislação de educação em vigor.
> Art. 63. A formação técnico-profissional obedecerá aos seguintes princípios:
> I - garantia de acesso e freqüência obrigatória ao ensino regular;
> II - atividade compatível com o desenvolvimento do adolescente;
> III - horário especial para o exercício das atividades.
> Art. 64. Ao adolescente até quatorze anos de idade é assegurada bolsa de aprendizagem.
> Art. 65. Ao adolescente aprendiz, maior de quatorze anos, são assegurados os direitos trabalhistas e previdenciários.
> Art. 66. Ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido.
> Art. 67. Ao adolescente empregado, aprendiz, em regime familiar de trabalho, aluno de escola técnica, assistido em entidade governamental ou não-governamental, é vedado trabalho:
> I - noturno, realizado entre as vinte e duas horas de um dia e as cinco horas do dia seguinte;
> II - perigoso, insalubre ou penoso;
> III - realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social;
> IV - realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

Portanto, na legislação do Brasil, **é proibido** o trabalho para menores de 14 anos de idade, e acima desta idade, é permitido, desde que em cumprimento com as normativas do Estatuto da Crianças e do Adolescente.

O Trabalho Infantil é ainda um tabu na nossa sociedade, pois muitas vezes é naturalizado, trazido como algo normal de uma geração a outra, e considerando como uma forma de “educação” ou de “formação de caráter”.

São várias as formas de trabalho infantil, seja em indústrias, comércio, área de prestação de serviços, trabalho doméstico, trabalho no setor rural, na agricultura, agropecuária, pesca, além de outros como o tráfico de drogas ou tráfico de produtos, e a exploração sexual, que violam duplamente o direito de crianças e adolescentes.

Trabalho Infantil é toda a forma de trabalho remunerado ou não que priva crianças e adolescentes de experiências próprias de sua idade, como a de estudar, brincar, e a de não assumir uma carga de responsabilidade que não condiz a sua capacidade física, cognitiva e psicológica, devido a sua particular condição de desenvolvimento, o que coloca a saúde e segurança de crianças e adolescentes em risco.

Muitas vezes as crianças/adolescentes são privadas de acesso a atividades lúdicas, cursos e outras que contribuam para o seu desenvolvimento, para além da escola, devido as obrigações que precisam cumprir diariamente em sua casa ou na propriedade da família, e isto é uma forma de exploração do trabalho infantil.

Uma das formas mais difíceis de identificar o Trabalho Infantil e aplicar o rigor da lei é o trabalho no âmbito doméstico, seja ele no serviço doméstico propriamente dito, como no âmbito rural familiar, ou faxineiras, babás, produção de esteiras de bolas de madeira para bancos de veículos, montagens de grampos de roupa ou demandas de facções na área de costura, que não necessariamente no âmbito da família de origem da criança ou adolescente, mas, na casa de outras famílias.

Estes são exemplos de situações com maior dificuldade de identificar, pois, permanecem no espaço privado das residências, o que majoritariamente demandaria denúncias para averiguação dos órgãos competentes e providências de proteção social. Mas há também alguns setores do comércio ou bens e serviços como em oficinas mecânicas, auxiliar de servente de pedreiros, feiras livres, entre outras modalidades, que mesmo estando em espaços abertos ao público, há a naturalização pela sociedade, no sentido de que não reconhece tais atividades como trabalho infantil.

Podemos observar no mapa do trabalho infantil do país, mostrado a seguir, que o estado do Paraná está entre os estados com maior índice de trabalho infantil registrado no Censo do IBGE – 2010.

Mapa do trabalho infantil no Brasil – IBGE/2010



Fonte: http://censo2010.ibge.gov.br/trabalhoinfantil/

No Estado do Paraná, conforme Censo IBGE 2010:

Pessoas de 10 a 17 anos por idade e sexo		
	Masculino	**Feminino**
10 a 13 anos	24.563	17.555
14 e 15 anos	39.214	24.057
16 e 17 anos	82.724	52.158

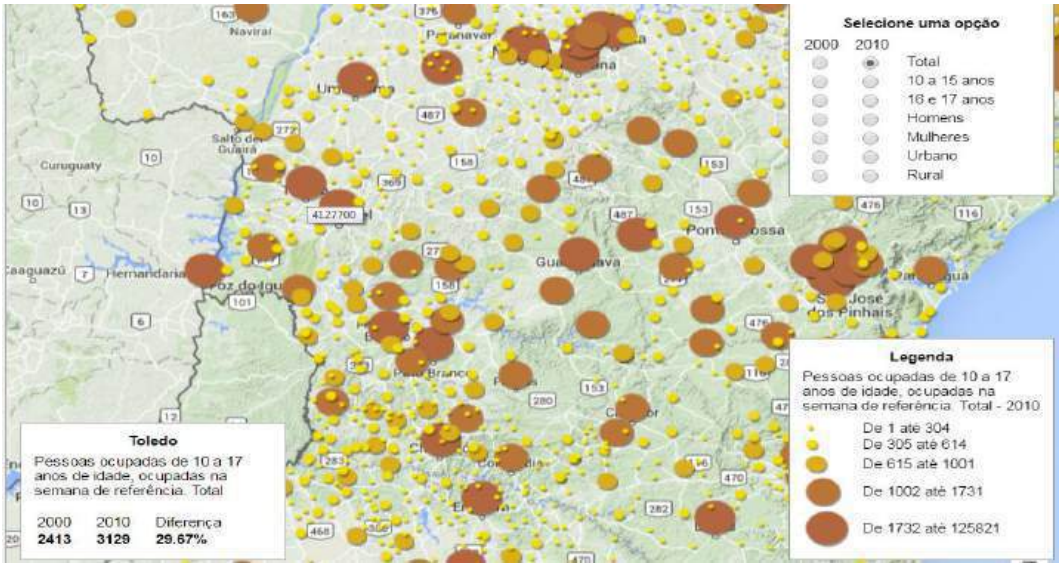
Carteira assinada de 16 e 17 anos		
	Carteira assinada	**Demais ocupadas**
Masculino	27.865	54.860
Feminino	17.526	34.632

Fonte: http://censo2010.ibge.gov.br/trabalhoinfantil/

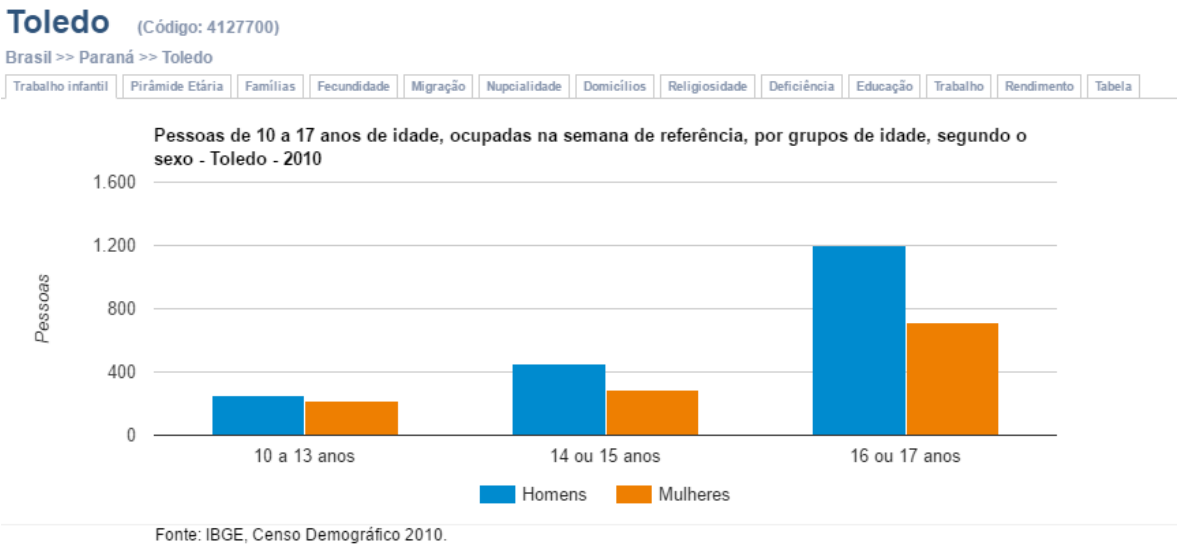
Do total de 240.271 casos registrados, 60.97% são do sexo masculino. E do total, 134.882 adolescentes na faixa de 16 a 17 anos, apenas 33.65% estavam com carteira assinada, ou seja, a maioria na condição de informalidade.

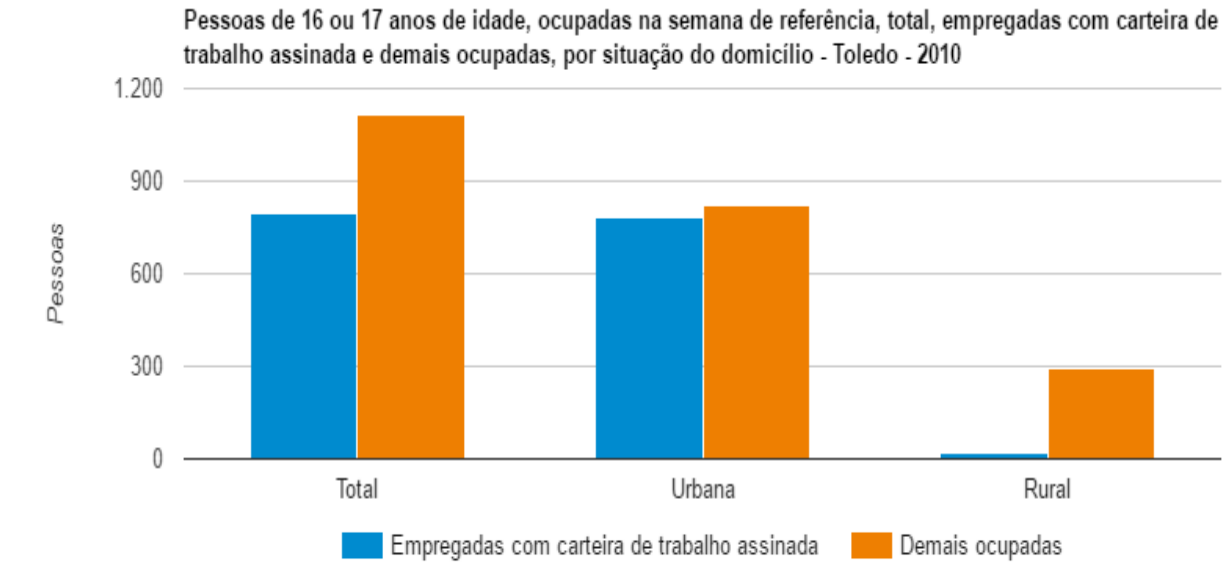
No município de Toledo, de acordo com o Censo IBGE 2010:

Mapa do trabalho infantil no estado do Paraná – IBGE/2010

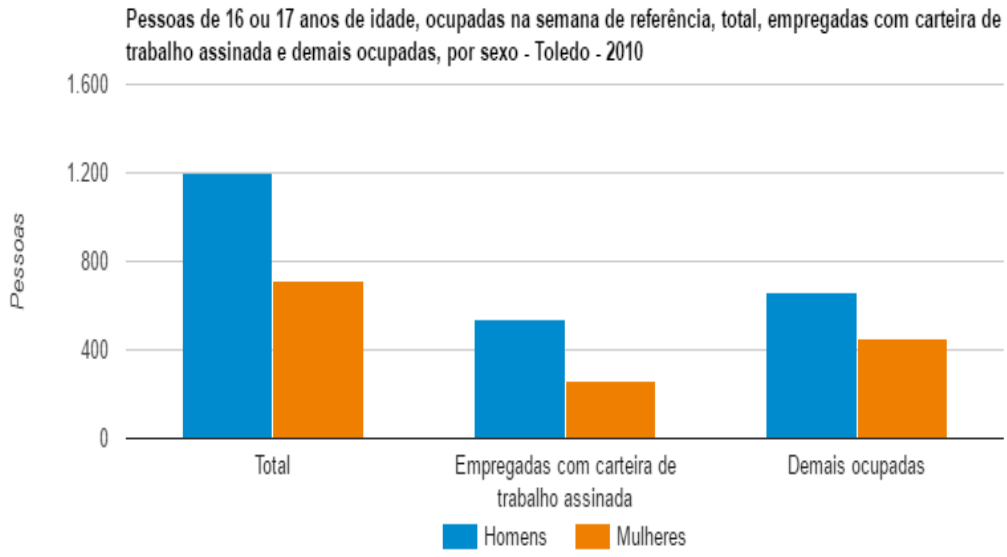


Fonte: http://censo2010.ibge.gov.br/trabalhoinfantil/outros/index.html





Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Em relação aos dados do Município, é um desafio avançar na qualidade dos registros nas várias áreas que realizam atendimento à crianças e adolescentes. Para além da Rede de Atendimento, há ainda o Conselho Tutelar como órgão de Defesa de Direitos e o Ministério Público do Trabalho, que possui sua sede em Cascavel.

No âmbito da **Política de Saúde** no ano de 2016 **apenas 2 casos foram notificados**.

No âmbito da **Política de Educação em 2016 nenhum caso foi notificado.**

No âmbito do **Conselho Tutelar não há registros de trabalho infantil.**

No âmbito da **Política de Assistência Social**:

Em **2015** na **Rede de Assistência Social foram identificados 69 casos**, dos quais 51 tinham faixa etária entre 5 e 13 anos, e 18 possuíam idade entre 15 e 17 anos, os quais 100% estavam em acompanhamento através do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, os quais majoritariamente eram identificados como trabalho no âmbito doméstico.

Em **2016** são 02 casos em acompanhamento no CREAS II; e 13 casos registrados formalmente pela Rede de Proteção Social Básica, dos quais:

Faixa etária	**Quantidade**
8 anos	1
9 anos	1
11 anos	1
12 anos	2
13 anos	4
15 anos	1
16 anos	1

Fonte: CREAS II, 2016.

Destes, foram identificados 8 como serviço doméstico, 4 como serviços prejudiciais à moralidade e 1 no comércio.

No que se refere ao Cadastro Único para Programas Sociais, há 150 crianças e adolescentes registradas como Trabalho Infantil (2016), que recebem a bolsa referente ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), que é um valor monetário como repasse mensal pelo Governo Federal de R$ 25,00 a R$ 40,00 reais por criança ou adolescente, tendo como objetivo auxiliar na erradicação do trabalho infantil. Este é um público prioritário a acessar a rede de serviços públicos, de forma a contribuir com a superação desta violação de direitos.

Atualmente, do total das 150 crianças e adolescentes registrados no Cadúnico[3] com situação de Trabalho Infantil, 53 estão em atendidos na Rede Socioassistencial, o que

[3] O CadÚnico – ou Cadastro Único para Programas Sociais – é um sistema que contém informações sobre as famílias brasileiras de baixa renda agrupadas em um só lugar. São famílias de baixa renda aquelas que possuem meio salário mínimo mensal por pessoa integrante da mesma ou aquelas em que a renda total mensal é de até três salários mínimos. São essas as famílias que vivem em estado de pobreza ou extrema pobreza e precisam do auxílio do governo para conseguirem suprir algumas necessidades, preferencialmente,

corresponde a 35,33% As outras crianças e adolescentes já foram atendidos pela Rede Socioassistencial, mas não estão em acompanhamento.

Diante dos dados apresentados, destacamos dois grandes desafios que temos no âmbito das Políticas Setoriais de atendimento a crianças e adolescentes. Um deles é a identificação e o registro das situações de trabalho infantil, o que como já destacamos, não é uma tarefa fácil, pois em caso de trabalho doméstico, seja, na zona urbana ou rural, ou mesmo algumas modalidades de trabalho infantil na área do comércio ou prestação de serviços, o recebimento de denúncias é praticamente nulo, e a identificação por parte das equipes da Rede de Proteção não é uma tarefa simples, pois está naturalizado como algo "normal" e não como uma violação de direito, compreensão muitas vezes das próprias equipes nas várias políticas, o que demanda em capacitação e fortalecimento da rede.

No geral a população não tolera violência contra crianças e adolescentes, mas pela própria ausência de registros de trabalho infantil na Rede, temos o forte indicativo da aceitação e naturalização desta violação. Outra hipótese é que quando há outras formas de violação somadas ao trabalho infantil, sobressai-se as outras formas, e não se registra especificamente o trabalho infantil.

O segundo desafio é a prioridade absoluta no atendimento da Rede de Políticas às crianças e adolescentes identificados na condição de trabalho infantil. Daí a importância de setores como o da Vigilância Socioassistencial da Secretaria de Assistência Social, para identificar tais situações e tencionar a Rede na cobertura do atendimento a este público.

Quando realizados pela própria família, normalmente se reproduz de forma naturalizada, sem ter a compreensão de que está cometendo uma violação, e mais ainda, está prejudicando o desenvolvimento de seus filhos e filhas.

A seguir, apresenta-se o planejamento decenal para a erradicação do trabalho infantil no município de Toledo.

---

as básicas. Através do CadÚnico, essas famílias então, tem a possibilidade de ingressarem em programas sociais promovidos pelo Governo Federal. (Fonte: http://calendariobolsafamilia2015.com.br/cadunico/. Acesso em 01/11/2016).

PLANO DE AÇÃO - CONTRA O TRABALHO INFANTIL							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
01	Estruturar e fortalecer a rede de instituições que desenvolvem ações de erradicação do trabalho infantil.	Fomentar a discussão do tema do Trabalho Infantil nas capacitações de profissionais e órgãos do SGD.	Garantir que o tema do Trabalho Infantil esteja presente em, pelo menos, uma capacitação por ano.	Ação continuada	Quantidade de capacitações ou eventos com a inclusão do tema do Trabalho Infantil.	CMDCA SMAS	Órgãos do SGD
		Sensibilizar o município sobre a necessidade de previsão orçamentária assegurada na LDO para ações de combate e erradicação trabalho infantil.	Realizar um fórum de sensibilização com os representantes do Poder Executivo e Legislativo Municipal	2016 2020 2024	Previsão orçamentária garantida anualmente.	CMDCA SMAS	Órgãos do SGD
		Promover cursos de capacitação para profissionais que atuam na área da erradicação do trabalho infantil.	Realizar, a cada 2 anos pelo menos, uma capacitação para os profissionais.	2017 2019 2021 2023 2025	Quantidade de capacitações realizadas; número de participantes.	CMDCA SMAS	Órgãos do SGD MP do Trabalho
		Acompanhar e monitorar o reordenamento do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)	100% dos programas e ações do PETI acompanhados e monitorados.	Ação continuada	Número de crianças e adolescentes atendidos pelo programa.	SMAS	CMDCA MDS
02	Sensibilizar a população e o empresariado no sentido de erradicar o trabalho infantil	Realizar campanhas de sensibilização.	Promover, ao menos, uma campanha anual.	Ação continuada	Número de campanhas realizadas	CMDCA	Secretaria do Trabalho ACIT
		Elaborar e disponibilizar peças publicitárias impressas voltadas à divulgação e informação sobre os direitos das crianças e adolescentes, com, enfoque na erradicação do trabalho infantil.	Confeccionar 1000 cartilhas/folhetos publicitárias impressas a cada 2 anos.	2017 2019 2021 2023 2025	Número de cartilhas/folhetos confeccionadas e distribuídas.	CMDCA SMAS	MP do Trabalho Secretaria do Trabalho ACIT

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Promover encontros reunindo adolescentes, entidades e empresariado para debater o tema do Trabalho Infantil.	Promover, ao menos 2 encontros.	2017 2021	Realização dos encontros e quantidade de participantes.	CMDCA SMAS	Secretaria do Trabalho ACIT
03	Promover autonomia das famílias em alta vulnerabilidade, implicando na efetivação da dignidade de crianças e adolescentes.	Acompanhamento intersetorial das famílias em situação de alta vulnerabilidade social.	100% das famílias em alta vulnerabilidade social.	Ação continuada	Número de famílias em alta vulnerabilidade social acompanhadas pela rede de proteção.	SMAS	CMDCA
		Identificar situação escolar dos membros das famílias, em especial crianças e adolescentes quanto à distorção idade-série, abandono, inclusão e defasagem na aprendizagem, encaminhando as situações às políticas públicas de educação.	Identificar e encaminhar 100% das crianças e adolescentes das famílias em situação de alta vulnerabilidade social que necessitam de atenção especial quanto à escolarização.	Ação continuada	Número de crianças e adolescentes das famílias em alta vulnerabilidade social encaminhados às políticas de educação.	SMAS SMED	CMDCA
		Realizar ações socioeducativas relacionadas ao plantio, cultivo e reaproveitamento dos alimentos às famílias residentes no meio rural e distritos do município.	70% das famílias em alta vulnerabilidade participando das atividades socioeducativas.	Ação continuada	Número de famílias do meio rural e distritos, em situação de alta vulnerabilidade, participando as ações socioeducativas. Número de ações socioeducativas.	SMAS Secretaria da Agricultura Emater	CMDCA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Viabilizar, de forma gratuita, a documentação civil dos membros das famílias em alta vulnerabilidade social.	100% dos membros das famílias com documentação civil.	Ação continuada	Número de membros das famílias com documentação civil em relação ao número de membros de famílias que não possuem a documentação.	SMAS SESP	CMDCA
04	Mobilizar a gestão municipal para busca ativa e inclusão de famílias em situação de pobreza no Cadastro Único, atualização e revisão cadastral, acompanhamento familiar, cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e acompanhamento da oferta de ações complementares.	Fomentar a participação dos técnicos e profissionais que atuam no Cadastro Único e no Programa Bolsa Família nas capacitações promovidas pela SEDS (Plano Estadual de Capacitação dos Trabalhadores do SUAS).	Capacitar 100% dos técnicos e profissionais envolvidos no Programa Bolsa Família.	Ação continuada	Número de técnicos e profissionais capacitados.	SEDS SMAS	MDS CMDCA
		Acompanhar tecnicamente, em parceria com a SMED, a frequência escolar de crianças e adolescentes das famílias do Programa Bolsa Família.	Acompanhar 100% da frequência escolar de crianças e adolescentes das famílias do Programa Bolsa Família para que mantenham a mesma acima da média nacional.	Ação continuada	Número de famílias acompanhadas.	SMAS SMED	MDS CMDCA
		Acompanhar, em parceria com a SMS, o calendário vacinal de crianças até 7 anos, mulheres de 14 a 44 anos e gestantes das famílias do Programa Bolsa Família, de acordo com o calendário da saúde.	Acompanhar 100% das famílias do Programa Bolsa Família em relação ao calendário vacinal.	Ação continuada	Número de famílias acompanhadas.	SMAS SMS	MDS CMDCA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Acompanhar as famílias em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.	Acompanhar 100% das famílias em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.	Ação continuada	Número de famílias acompanhadas.	SMAS	MDS CMDCA
05	Identificação, cadastramento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de Trabalho Infantil.	Mapeamento das crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil no Município atendidos pela Rede Socioassistencial.	Identificação das situações de trabalho infantil no Município.	2017 2019 2021 2023 2025	Monitorar os dados quanto à situação de Trabalho Infantil e sua redução.	SMAS MP do Trabalho	CMDCA
		Estudo para identificar as famílias com crianças e adolescentes situação de trabalho infantil com base nos dados do IBGE (3129 casos) e outras fontes oficiais, além dos dados da rede de política publicas.	Inserção das famílias nos serviços socioassistenciais e demais políticas públicas.	2017 2021 (após o Censo 2020)	Realizar e divulgar os resultados dos estudos realizados.	SMAS Universidades	CMDCA MP do Trabalho
		Busca ativa das famílias identificadas com situação de trabalho infantil.	Redução do número de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.	Ação continuada	Redução do número de crianças/adolescentes identificados no campo 10 do cadastro Único para programas Sociais.	SMAS	CMDCA
		Inserção e atendimento das crianças e adolescentes identificados nos serviços da rede de políticas públicas.	Redução do número de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.	Ação continuada	Número de crianças e adolescentes inseridos nos serviços da rede de políticas públicas.	SMAS	CMDCA

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Estabelecer fluxo entre PSE e PSB, na inserção e atendimento de crianças e adolescente em situação de trabalho infantil bem como as famílias.	Erradicar as situações de trabalho infantil no município.	Ação continuada até 2025	Número de casos identificados pela rede.	SMAS	CMDCA
		Campanhas de divulgação dos Direitos e denuncia de situações de trabalho infantil.	Discutir a questão do trabalho infantil com vistas a erradicá-lo do município	Anual	Número de encontros e número de participantes.	SMAS MP do Trabalho	CMDCA
		Realização de Encontro Regional sobre Trabalho Infantil.	Discutir a questão do trabalho infantil com vistas a erradicá-lo do município.	A cada dois anos.	Número de encontros e número de participantes.	SMAS MP do Trabalho	CMDCA
		Mapeamento do número de crianças e adolescentes inseridos no mercado de trabalho segundo dados dos Censos IBGE 2010 e 2020.	Publicar Mapa do Trabalho Infantil no município com as informações dos Censos 2010 e 2020, completadas com dados de atendimento.	2017 2022	Mapa do Trabalho Infantil publicado nos prazos previstos.	SMAS	CMDCA Conselho Tutelar

EIXO 3
DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA



6 EIXO 3 - DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

O direito fundamental à convivência familiar e comunitária está associado à necessidade da vivência de relações de afeto e cuidados, nas quais o ser humano pode sedimentar sua constituição psicossocial.

Ao abordar o direito à convivência familiar e comunitária, o que está em foco não é a vivência com um grupo biológico, e sim a garantia de que as relações afetivas e de proteção possam ser vividas de modo que respeitem a condição de direitos da pessoa humana e que contribuam da melhor maneira possível para seu desenvolvimento integral. A ideia é proteger as relações da criança e do adolescente, por isso primeiro vem à atenção ao grupo de pertença, as condições para a família viver com dignidade.

O reconhecimento da família, sua importância e de investimentos para seu fortalecimento é explícito no Estatuto, como indicam o artigo 19 e o parágrafo único do artigo 23142, e também na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que tem como eixo fundamental a matricialidade familiar.

Há também situações em que se tem o número geral de crianças e adolescentes atendidos em atividades qualificadas como medidas de proteção e iniciativas de prevenção, como o atendimento na proteção básica e proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social.

A Proteção Social Básica tem como finalidade a prevenção das situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, bem como visa fortalecer os vínculos familiares e comunitários de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.
Estão previstos na Proteção Social Básica, no que se refere à garantia do direito fundamental de Convivência Familiar e Comunitária, os Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e os Serviços de Convivência de Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ambos a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social.

Os objetivos dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Proteção Social Básica consistem em: 1) complementar o trabalho social com a família, prevenindo a ocorrência de situações de risco social e fortalecendo a convivência familiar e comunitária; 2) prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens, em especial das pessoas com deficiência, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária; 3) favorecer o desenvolvimento de atividades intergeracionais, propiciando trocas de

experiências e vivências, fortalecendo o respeito, a solidariedade e os vínculos familiares e comunitários.

Por sua vez, a Proteção Social Especial está destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social em decorrência de violações de direitos, entre elas o abandono, maus-tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medida socioeducativa, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Este nível de proteção subdivide-se ainda em duas: a Proteção Social de Média Complexidade e a de Alta Complexidade.

A Proteção Social de Média Complexidade oferece atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, cujos vínculos familiares e comunitários ainda não foram rompidos. A Proteção de Alta Complexidade visa à garantia da proteção integral de famílias e indivíduos que se encontram sem referência ou em situação de ameaça, ou seja, com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos. A Política Nacional de Assistência Social avançou na tipificação de seus serviços orientando alguns deles à especificidade do atendimento às crianças e aos adolescentes e ao fortalecimento do direito à convivência familiar e comunitária.

Com relação à Proteção Social Especial de Média Complexidade, existem cinco serviços tipificados, mas pode-se entender, num sentido mais restrito, que dois deles têm relação mais direta com a garantia do direito fundamental à convivência familiar e comunitária: 1. O serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI), e 2. O serviço especializado em abordagem social.

Os outros serviços de média complexidade também possuem o objetivo de fortalecer e assegurar a convivência familiar e comunitária, prevenindo as situações de acolhimento institucional, em respeito ao princípio da excepcionalidade dessa medida de proteção.

O serviço PAEFI, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, "compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ ou as submetem às situações de risco pessoal e social".

Para o desenvolvimento do serviço é imprescindível a articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, e ele se vincula à garantia do direito fundamental da convivência familiar e comunitária. O serviço de abordagem social pressupõe a identificação nos territórios da incidência de trabalho infantil, exploração sexual

de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras violações de direitos, caracterizando-se como um serviço de interesse direto para a garantia de direitos de crianças e adolescentes.

Na Alta Complexidade da Proteção Social Especial os serviços tipificados devem respeitar, como os outros serviços, os princípios da Política Nacional de Assistência Social do respeito à dignidade do cidadão, sua autonomia, bem como a convivência familiar e comunitária, privilegiando, para tanto, os atendimentos territorializados e em redes intersetoriais.

Um destes é chamado de serviço de acolhimento institucional, que não deve ferir o direito à convivência familiar e comunitária. Tal serviço possui especificidade de acordo com o público acolhido, e, no caso de crianças e adolescentes, além de ser provisório e excepcional, ele deve ser organizado em consonância com princípios, diretrizes e orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente e das "Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes".

Para crianças e adolescentes o serviço de acolhimento busca, dentre outras coisas, promover o restabelecimento de vínculos familiares e/ou sociais, possibilitar a convivência comunitária e desenvolver condições aos adolescentes para a construção de sua autonomia.

A aplicação da medida de acolhimento institucional, de acordo com o artigo 92 do Estatuto, deve ocorrer quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem e, em qualquer caso, a preparação gradativa para o desligamento (BRASIL, 1990). Isto é, somente deve ocorrer o acolhimento como "medida excepcional e provisória" (BRASIL, 1990), no intuito da proteção diante de risco à integridade física ou psíquica da criança e do adolescente, por falta ou omissão do Estado, da sociedade e da família. E, principalmente, o acolhimento deve ser aplicado depois de esgotadas as possibilidades de resolução da situação por meio da aplicação das outras seis medidas de proteção previstas no artigo 101.

Quanto a Proteção Social Básica, no âmbito governamental do município, existem os serviços ofertados pelos CRASs. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dada sua capilaridade nos territórios e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos.

O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva. Este consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. O Serviço PAIF é ofertado nos CRAS por meio de atendimentos e/ou acompanhamentos particularizados ou coletivos (BRASIL, 2009).

O município de Toledo conta atualmente com cinco Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, os quais estão distribuídos na cidade conforme estudo previamente realizado, observando as vulnerabilidades de cada território.

No quadro abaixo apresenta os bairros de abrangência de cada território e o CRAS de referência.

TERRITÓRIOS DOS CRASs - CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
ENDEREÇO DO CRASs	BAIRROS PERTENCENTES
CRAS I – Vila Pioneiro Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, 167. Vila Pioneiro 3378-8636 craspioneira@hotmail.com	Centro, Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Alto Alegre, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Bom Jesus Expansão na PR – 317 na faixa da 1º de maio com a Rua Capitão Leônidas Marques
CRAS II – Jardim Europa Rua Carlos Drummond de Andrade, 667. Jardim Europa 3252-7585 craseuropa@hotmail.com	Jardim Europa/América, Jardim Concórdia, Independência, Jardim Porto Alegre, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Carele e São Pelegrino.
CRAS III – Jardim Coopagro Rua Casemiro de Abreu, 171. Vila Industrial (endereço provisório) 3278-3125 crascoopagro@hotmail.com	Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Planalto, Jardim Coopagro, Pancera (Oeste), Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pascali e Filadélfia. Distritos: Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Vila Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho e Novo Sarandi.
CRAS IV – Panorama Rua Carlos Sbaraini, 2251. Jardim Panorama 3252-7958 Cras4panorama@yahoo.com.br	Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Pancera (Leste), Belo Horizonte, Croma, Filadélfia, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park e Vila Rural.
CRAS V – Santa Clara IV Rua Ledi Fisher Maas, s/n. Jardim Santa Clara IV 3278-7287 Cras.santaclara@hotmail.com	Pinheirinho, Santa Clara IV, Santa Clara V, Barcelona, Jardim Heloisa, Jardim das Acácias. Distritos: São Luiz, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Principio. Expansão na PR – 317 a partir da Rua Capitão Leônidas Marques

6.1 SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS - SCFV

A fim de complementar o trabalho social com famílias realizado pelo PAIF e PAEFI, existe, também, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o qual "compõe a proteção social básica, com vistas a prevenir a ocorrência de situações de risco social e fortalecer os vínculos familiares e comunitários" (BRASIL, 2015).

> "O SCFV organiza-se em grupos, de modo a ampliar as trocas culturais e de vivências entre os usuários, assim como desenvolver o seu sentimento de pertença e de identidade. A formação dos grupos deve respeitar as necessidades dos participantes, levando em consideração as especificidades do seu ciclo de vida. Dessa maneira, no serviço podem ser organizados grupos de crianças, de adolescentes, de jovens, de adultos e de pessoas idosas, a depender da demanda do município ou Distrito Federal (DF)" (BRASIL, 2015).

Segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2014), o SCFV "Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social."

No que tange ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para o atendimento de crianças e adolescentes, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais traz a seguinte subdivisão: Serviço para crianças de até 6 anos, Serviço para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos e Serviço para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos.

O serviço para crianças de até 6 anos tem o objetivo de desenvolver atividades com crianças, familiares e comunidade para fortalecer os vínculos e prevenir situações de exclusão social e risco, em especial da violência doméstica e o trabalho infantil, sendo um serviço articulado ao PAIF. Com as crianças tem o objetivo de desenvolver atividades de convivência, estabelecimento e fortalecimento de vínculos e socialização através de brincadeiras e experiências lúdicas e com a família tem o objetivo de estabelecer discussões, atividades relacionadas ao fortalecimento de vínculos e orientação sobre o cuidado com a criança.

No Serviço para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos tem "por foco a constituição de espaço de convivência, formação para a participação e cidadania, desenvolvimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir dos interesses, demandas e

potencialidades dessa faixa etária" (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, 2014).

E no Serviço para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos tem o objetivo de fortalecer a convivência familiar e comunitária e contribuir para o retorno ou permanência dos adolescentes e jovens na escola, através do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho.

No município, as unidades que desenvolvem o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos em âmbito governamental são:

UNIDADES EXECUTORAS DO SCFV GOVERNAMENTAL		
NOME E ENDEREÇO	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO OFERTADO	CRAS DE REFERENCIA
ESPAÇO VIDA FLORIR TOLEDO	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 13 a 17 anos.	CRAS III
NÚCLEO DE ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE NACA	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS I
PROJOVEM ADOLESCENTE	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 15 a 17 anos. Desenvolvido em todos os CRAS.	CRAS I CRAS II CRAS III CRAS IV CRAS V
UNIDADE SOCIAL SÃO FRANCISCO USSF	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS IV

E as entidades socioassistenciais que executam o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos em organizações não governamentais estão citadas a seguir:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO OFERTADO	CRAS DE REFERÊNCIA
Ação Social São Vicente de Paulo	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS I - Vila Pioneiro
Aldeia Infantil Betesda	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS IV – Jardim Panorama
Centro Assistencial da Diocese de Toledo – Casa de Maria	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 e de 15 a 17 anos.	CRAS II – Jardim Europa
Centro Beneficente de Educação Infantil "Ledi Maas" – LIONS	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS I - Vila Pioneiro
Centro Comunitário e Social Dorcas – Unidade Pioneiro	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS I - Vila Pioneiro
Centro Comunitário e Social Dorcas – Unidade Coopagro	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS III – Jardim Coopagro
Associação de Pais, Mestres e Funcionários – APMF da Escola Municipal Anita Garibaldi - CIRCO – PETI	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS II – Jardim Europa
Associação de Pais, Mestres e Funcionários – APMF CAIC – PETI	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS I - Vila Pioneiro
Associação de Pais e Mestres – APM da Escola Municipal Oswaldo Cruz – Vila Nova – PETI	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS III – Jardim Coopagro
Associação de Pais e Mestres – APM da Escola Municipal Orlando Luiz Basei – Novo Sarandi – PETI	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo de 6 a 15 anos.	CRAS III – Jardim Coopagro

Segundo as informações que constam no Programa Cidade Sustentáveis, no ano de 2015, 3202 crianças e adolescentes foram atendidos nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos no município de Toledo.

6.2 SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Segundo o Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2010), em 1996 o município de Toledo não possuía entidade para abrigar crianças e adolescentes em situação de risco.

Diante disto, foi pactuado um acordo com a Associação das Donas de Casa para ocupação da sua antiga sede e abrigar temporariamente estas crianças. Este local, mesmo em situação precária, funcionou por um período de 5 anos, sendo que nos dois primeiros anos foi administrada pelo Conselho Tutelar e posteriormente pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

Neste período a estrutura era precária e a equipe técnica não atendia aos requisitos necessários para o atendimento de criança e adolescentes e suas famílias e a equipe de trabalho era bastante reduzida. No período de funcionamento

Em 13 de dezembro de 2002 foi inaugurado o serviço de acolhimento institucional mantido pela esfera municipal Casa Abrigo Menino Jesus, atendendo 12 crianças e adolescentes. Com o aumento da demanda, em 2010 optou-se pela implantação de mais um serviço de acolhimento institucional, sendo criada uma Casa Abrigo para o atendimento de adolescentes. Assim, foi definido que a Casa Abrigo Menino Jesus atenderia 12 crianças entre 0 e 12 anos incompletos e a segunda atenderia 8 adolescentes entre 12 e 18 anos.

Neste contexto histórico, destaca-se a Associação de Pais e Amigos Excepcionais (APAE), criada em 07 de abril de 1974, no município de Toledo, com o objetivo de ofertar atendimentos às pessoas com deficiência mental, que estavam fora do sistema educacional. (TOLEDO, 2010).

Naquele período, o município de Toledo não contava com os serviços de casas-lares, evidenciando a situação de pessoas com deficiência que não tinham vínculos familiares e não contavam com outros atendimentos institucionais. Tendo em vista esta dificuldade, a APAE, com recursos da Secretaria de Estado e Assuntos da Família, implantou a Casa Lar Bem Me Quer, em 23 de agosto de 2003, sendo uma instituição não governamental com capacidade

para 07 atendimentos, de faixas etárias diferentes, sendo criança, adolescente ou adulto que não tivessem vínculos familiares.

Através da entidade Centro Comunitário Social Dorcas foi criado em 2007 a Casa Lar Dorcas, tendo capacidade para 12 atendimentos. Para a consecução dos serviços, os dirigentes da Casa Lar Dorcas firmaram convênio com o poder público municipal, no qual este seria o responsável em destinar recursos.

Como explicitado anteriormente a Casa Abrigo Menino Jesus tinha capacidade de atendimento para 12 crianças, no entanto, havia uma vasta demanda e em diversos meses as vagas foram excedidas.

Diante disto, após deliberação do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e Ação Civil Pública instaurada pelo Ministério Público implantou-se uma nova unidade de acolhimento institucional, que foi inaugurada em 26 de dezembro de 2012, denominada de Casa Abrigo Menino Jesus II.

Em 16 de maio de 2014 a Casa Lar Dorcas cessou o atendimento direcionado ao serviço de acolhimento institucional devido a falta de acordo financeiro entre a prefeitura e a entidade.

Atualmente o município de Toledo possui três instituições de acolhimento institucional governamentais na modalidade de abrigos institucionais, os quais são: Casa Abrigo Menino Jesus I (crianças de 7 a 12 anos), Casa Abrigo Menino Jesus II (crianças de 0 a 6 anos) e Casa Abrigo para Adolescentes (adolescentes de 12 a 18 anos), tendo capacidade para atender 20 crianças ou adolescentes em cada instituição.

Para se alcançar uma visão mais completa do processo de acolhimento institucional no município de Toledo, procurou-se conhecer a realidade das crianças e adolescentes que estão atualmente em acolhimento institucional, trazendo dados referentes ao ano de 2015 e realizando uma análise a partir destes.

Incialmente apresentar-se- á dados e análises em relação a Casa Abrigo Menino Jesus I – atendimento à crianças de 7 a 12 anos. No ano de 2015, foram realizados 24 acolhimentos de crianças e adolescentes na Unidade I. De acordo com o Gráfico 1 os meses de agosto e dezembro foram os meses em que mais ocorreram acolhimentos em 2015.

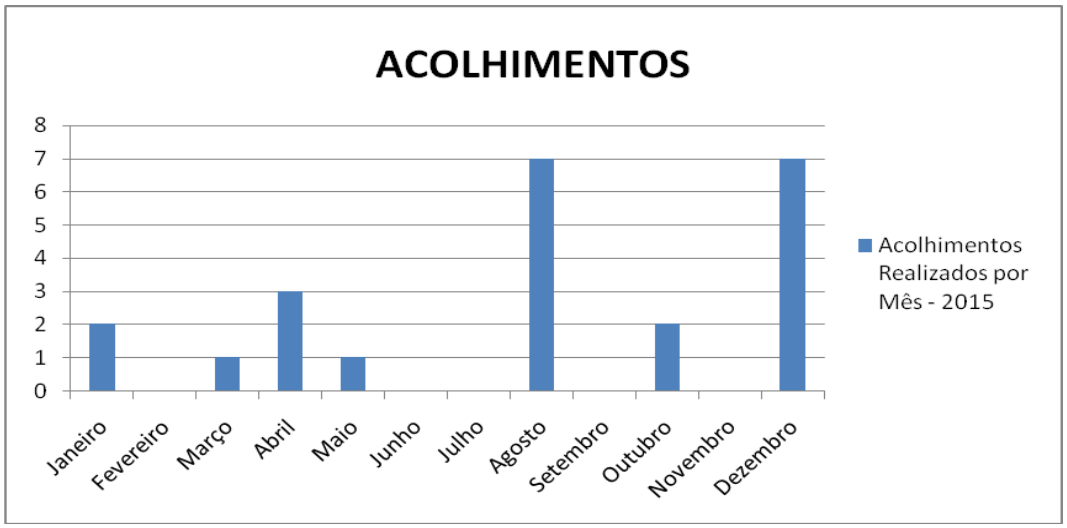


Gráfico 1: Crianças e adolescentes acolhidos por mês em 2015.

Cabe informar que 11 acolhimentos ocorreram de forma emergencial, através de ação do Conselho Tutelar, enquanto 7 ingressaram no serviço por meio de Determinação Judicial da Vara da Infância e Juventude, conforme mostra o gráfico abaixo.

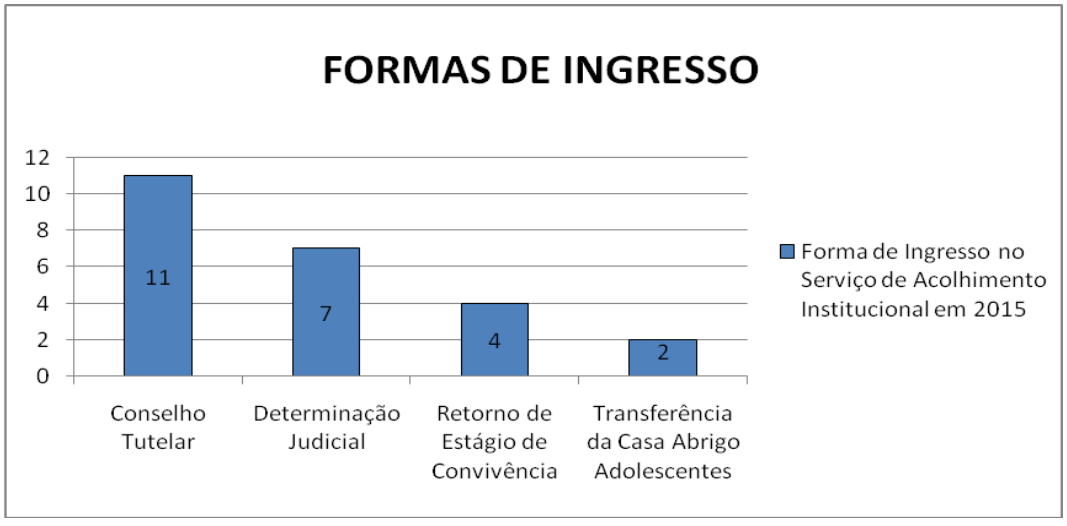


Gráfico 2: Forma de ingresso das crianças e adolescentes acolhidos em 2015.

Em relação ao afastamento da criança e adolescente de sua família, têm-se como fator determinante, os seus direitos estarem sendo violados, seja pela família de origem ou por pessoa que esteja exercendo o papel de responsável.

As violações, por serem complexas, exigem o desenvolvimento de ações integradas que favoreçam a superação dos processos geradores, e a recomposição de vínculos afetivos e comunitários.

Em 2015, um dos maiores fatores motivadores para o afastamento do convívio familiar foi a Medida de Proteção contemplando 37,5% dos acolhimentos. O acolhimento por medida de proteção é aplicado a crianças e adolescentes que não estavam sendo a vítima direta da violação de direitos, mas estava vivendo em um ambiente permeado de violência e presenciando muitas vezes a violação de direitos dos próprios irmãos. Nesse caso ocorre o acolhimento por entender que a criança estava também em situação de risco.

Outro fator significativo para acolhimentos no ano de 2015 foi a Negligência com 29,1% dos casos de acolhimento. A negligência é representada pela ausência de cuidados, abandono, omissão, caracterizando-se também pela inação, indolência, inércia e passividade.

Contemplando 4,1% temos o Abandono em conjunto com Abuso Sexual. O abandono consiste em deixar sem a devida assistência, a criança ou adolescente que está sob seu cuidado e autoridade, em situação de extrema vulnerabilidade e risco, não sendo este capaz de se defender dos riscos do abandono.

No abuso sexual, a criança é despertada para o sexo precocemente, de maneira deturpada, traumática. Estas práticas geralmente são impostas as crianças através de violência física, ameaças e em alguns casos, induzindo-as, convencendo-as. A criança ao ser, abusada sexualmente, é desrespeitada como pessoa humana, tem seus direitos violados, e o pior: na maioria das vezes, dentro de seu próprio lar, por quem tem a obrigação de protegê-la. O abuso sexual pode se dar de várias formas, e com ou sem contato físico.

No caso em que o gráfico aponta abuso sexual, ressalta-se que neste, o abuso foi cometido por terceiro, porém o abandono pela família.

Com 4,1% dos casos está a Violência Física. Na violência física o uso da força física ocorre de forma intencional, e tem como objetivo de causar danos, ferimentos ou até a morte da vítima.

O retorno de Estágio de Convivência para fins de adoção contempla 16,6% dos casos. Cabe ressaltar que foram 04 crianças que retornaram de estágio de convivência, e destas, duas já retornaram outra vez de um estágio de convivência.

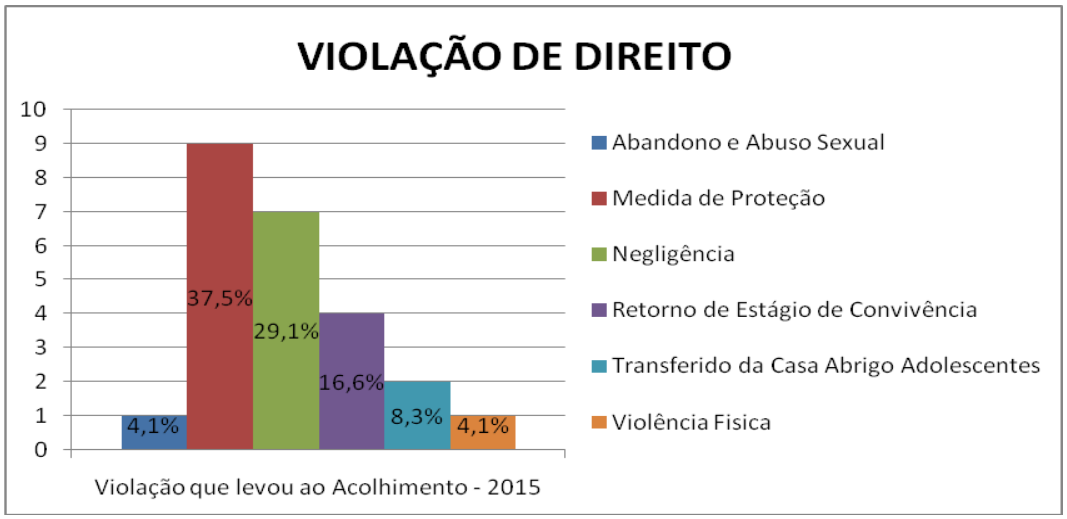


Gráfico 3: Fatores motivadores para o afastamento do convívio familiar.

No gráfico 4, apresentamos a relação familiar das crianças e adolescente acolhidos em 2015, no ato do acolhimento. Das crianças e adolescentes acolhidos no ano de 2015, 9 residiam apenas com a genitora, 3 moravam com pai e mãe, 5 com a mãe e padrasto, 1 residia com terceiro, e 6 residiam com família substituta para fins de adoção.

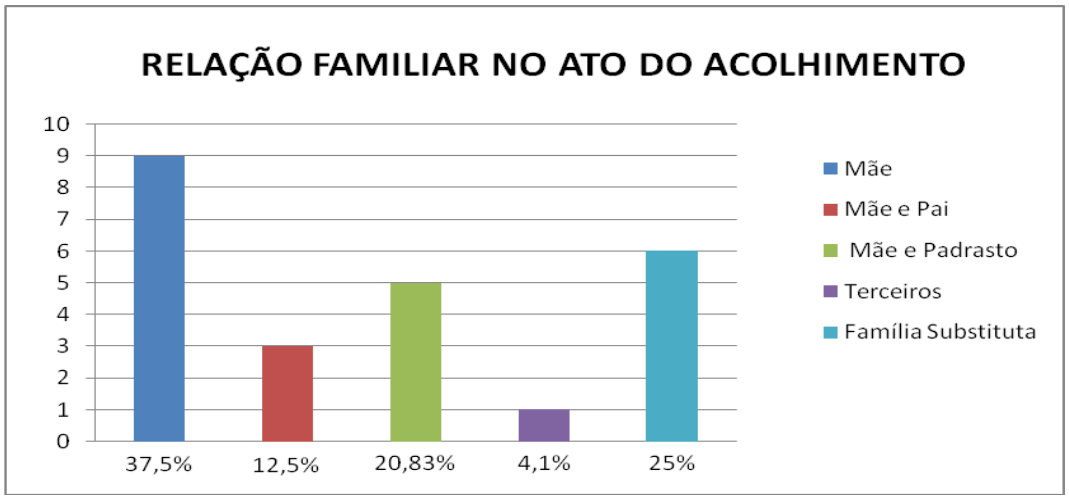


Gráfico 4: Com quem a criança e adolescente morava no momento do acolhimento.

Dos 24 acolhimentos realizados na Unidade I em 2015, 9 crianças já haviam passado por acolhimento anteriormente, como expressa o gráfico a baixo.

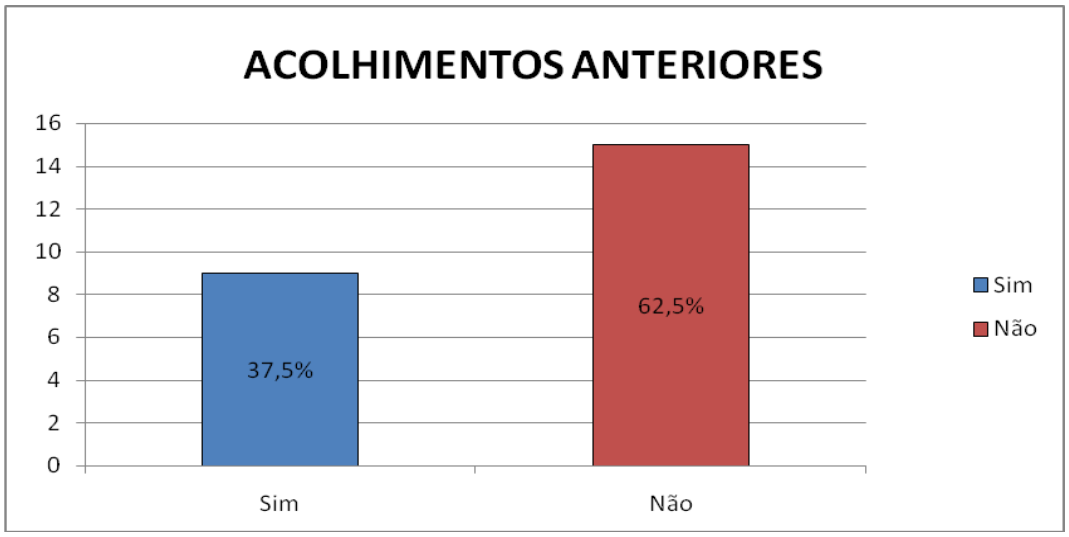


Gráfico 5: Crianças e adolescentes que já passaram por acolhimentos anteriores.

O gráfico 6 aponta o número de crianças acolhidas que compunham grupos de irmãos. Foram então acolhidas 06 crianças sozinhas configurando assim 25% do total, e, 18 crianças acolhidas em grupos de irmãos, configurando 75%.

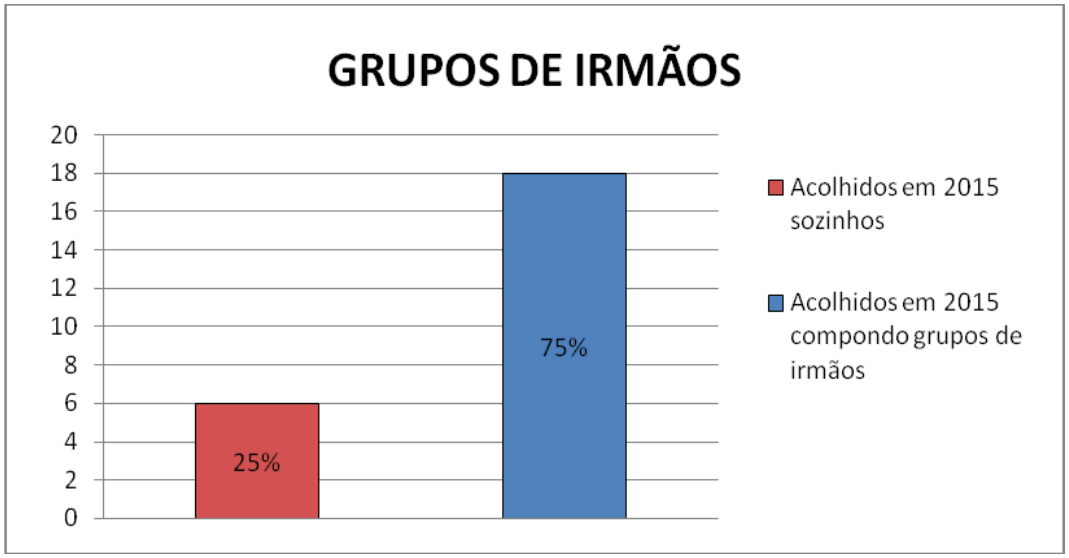


Gráfico 6: Crianças e adolescentes compondo grupo de irmãos

Cabe observar que dos acolhimentos realizados em 2015, 12 crianças e adolescentes acolhidos receberam algum tipo de atendimento anterior pela Rede de Proteção. Dentre os Serviços que realizaram esse trabalho pode-se destacar Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Conselho Tutelar, Saúde e Educação.

Das 12 crianças e adolescentes que não estavam sendo atendidas pela rede, 4 encontravam-se em estágio de convivência para fins de adoção, 2 vieram transferidas de outra unidade de acolhimento, e 3 tinham recém chegado de outro estado.

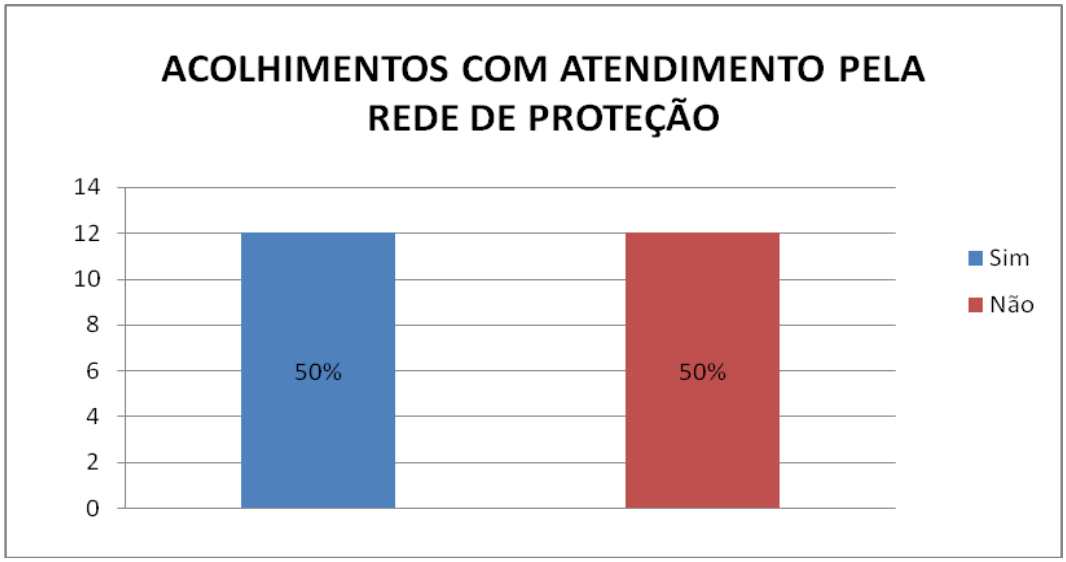


Gráfico 7: Acolhidos que foram atendidos pela Rede de Proteção anterior ao acolhimento.

Quanto ao território de origem das famílias com crianças e adolescentes acolhidos na Unidade I em 2015, conforme mostra o gráfico 8, é possível observar que o Santa Clara foi o bairro que apresentou o maior número de acolhimentos com 41,66 % dos casos.

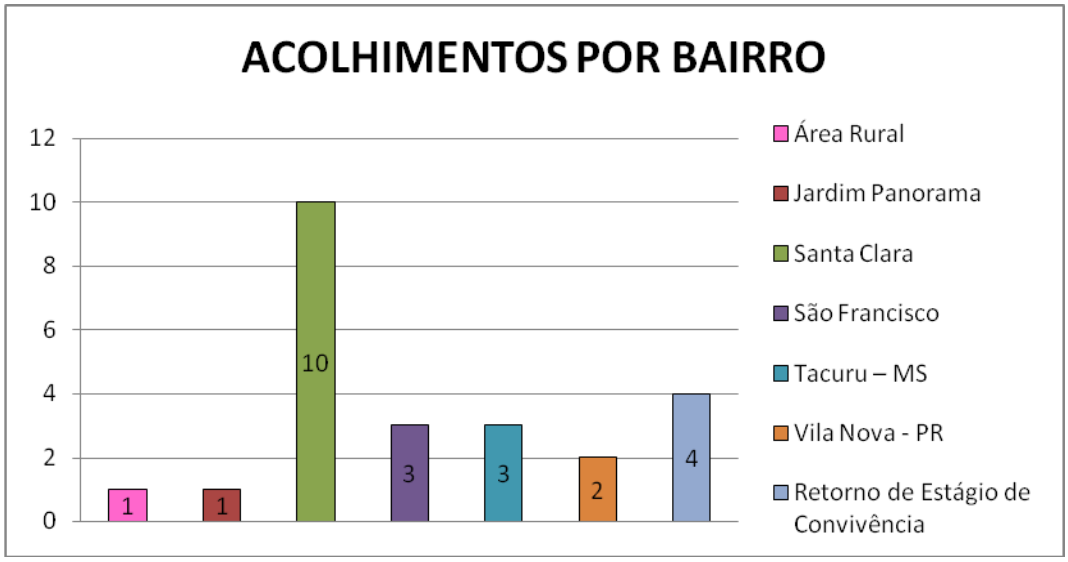
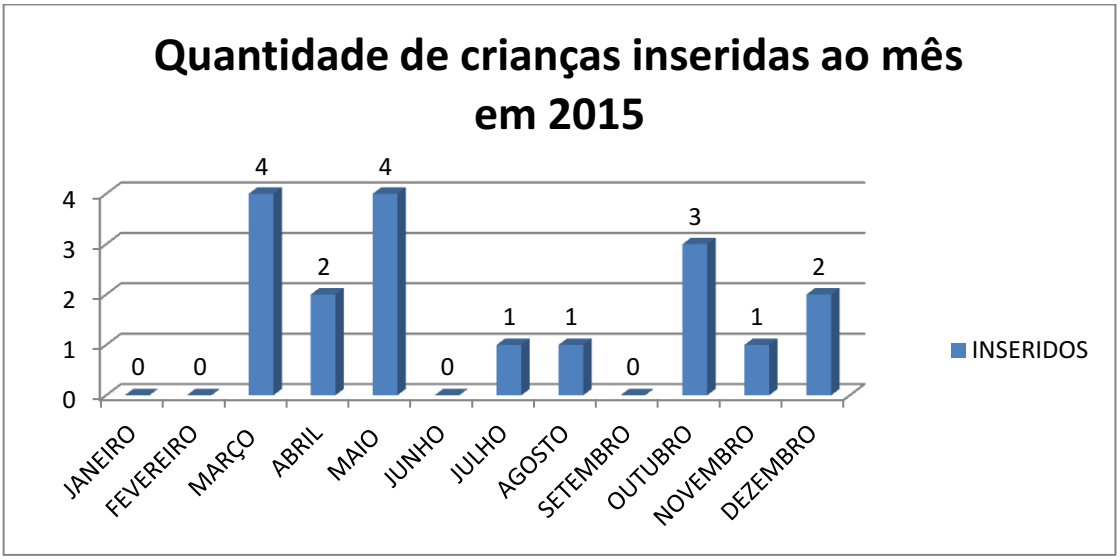


Gráfico 8: Bairro de origem das crianças e adolescentes acolhidos em 2015.

Em relação a Casa Abrigo Menino Jesus II – atendimento à crianças e adolescentes de 0 a 6 anos de idade, no ano de 2015 atendeu um total de 33 crianças. Em relação aos acolhimentos, verifica-se que o maior número ocorreu nos meses de março e maio, com 4 acolhimentos, seguidos do mês de outubro, em que houve 3 acolhimentos, conforme gráfico a seguir:

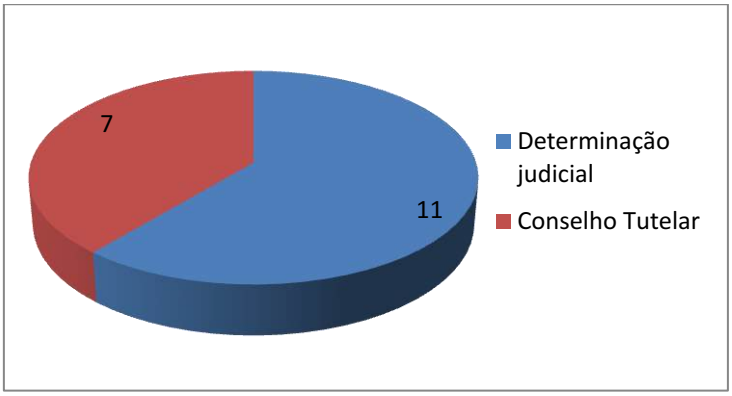
Gráfico 1: Acolhimentos por mês



São acolhidas crianças em situação de risco com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, desde que já trabalhadas e esgotadas as possibilidades de manutenção na família. As crianças são encaminhados mediante determinação judicial após acompanhamento da Rede Socioassistencial, ou em medidas emergenciais, encaminhados pelo Conselho Tutelar.

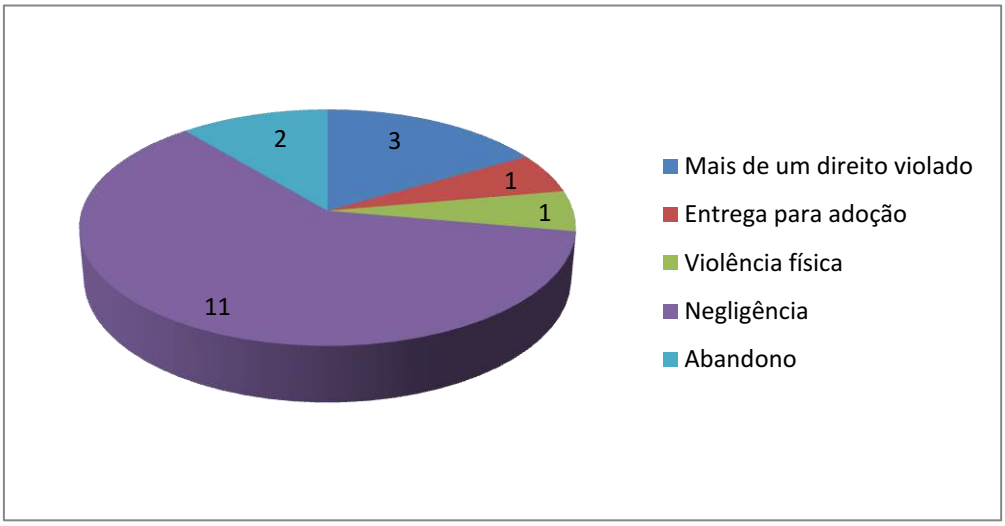
Durante o ano de 2015 percebe-se que dos 18 acolhidos, 7 foram encaminhados através do Conselho Tutelar, enquanto 11 ingressaram no serviço por meio de Determinação Judicial da Vara da Infância e Juventude, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 2: Forma de ingresso dos acolhidos em 2015.



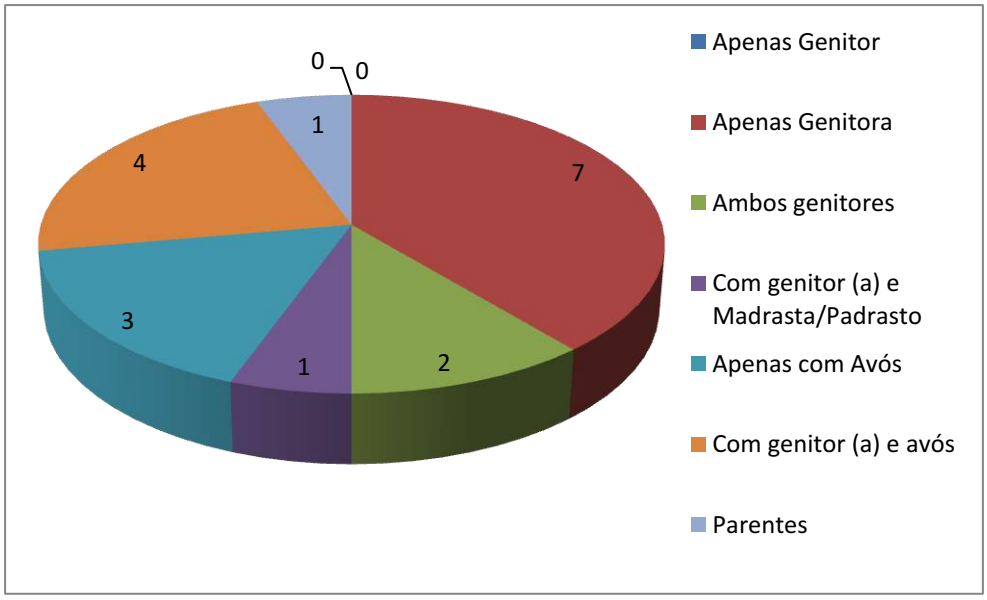
No que diz respeito aos fatores motivadores do afastamento do convívio familiar no ano de 2015, 11 foram decorrentes de negligência, 2 casos por abandono de incapaz, 1 acolhimento por violência física e 1 acolhimento em razão de entrega para adoção. Em 3 situações, houve mais de um direito violado.

Gráfico 3: Fatores motivadores para o afastamento da criança do convívio familiar.



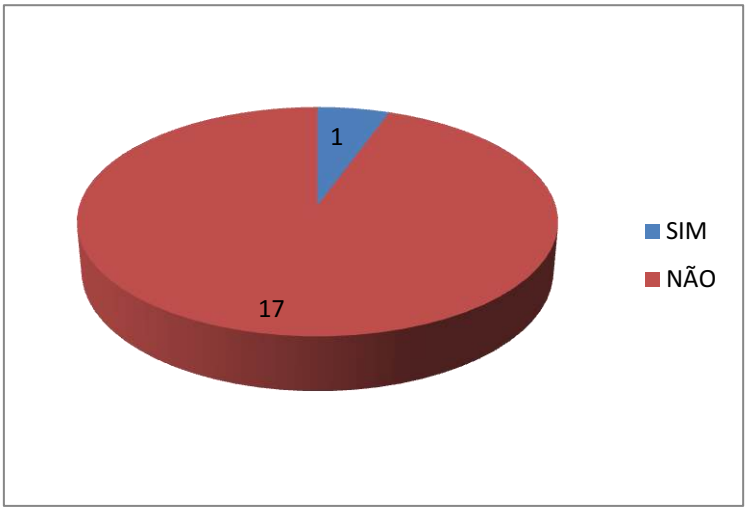
Destaca-se que dos 18 acolhimentos que ocorreram no ano de 2015, a partir dos atendimentos e acompanhamentos realizados também por outros Serviços, foi possível perceber que em 8 casos havia indício ou comprovação de uso abusivo de substâncias ilícitas por algum dos responsáveis.

Gráfico 04: Com quem a criança morava no momento do acolhimento



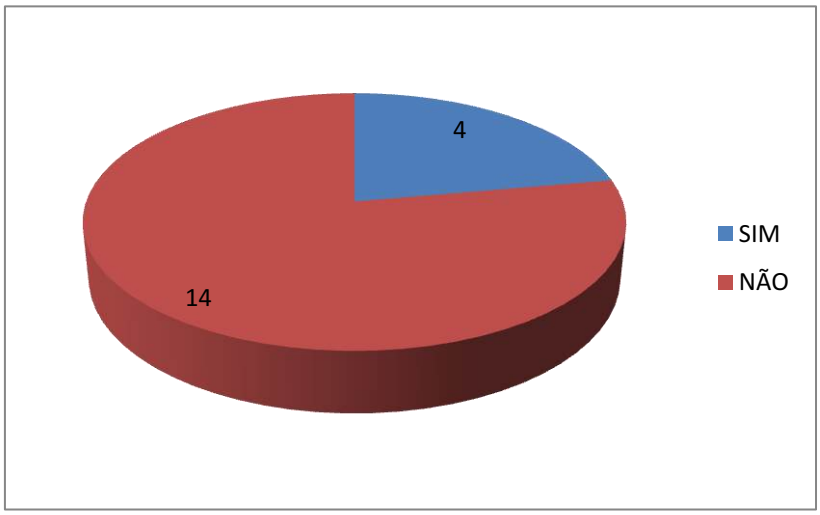
Dos acolhidos no ano de 2015, 7 residiam anteriormente com a mãe, 4 moravam com um dos genitores e com avós, 3 residiam apenas com um dos avós, 2 residiam com os genitores, 1 residia com genitor (a) e madrasta/padrasto, e 1 residia com uma tia.

Gráfico 05: Acolhimentos anteriores



Dos 18 inseridos no serviço em 2015, apenas uma crianças havia passado por um acolhimento anterior.

Gráfico 06: Irmãos acolhidos



Das crianças acolhidas em 2015, 4 delas tinham irmãos acolhidos na mesma instituição.

Das 18 crianças acolhidas em 2015, houve algum tipo de atendimento anterior com a família de 9 delas. Dentre os Serviços que realizaram esse trabalho pode-se destacar Centro de

Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializada em Assistência Social, Conselho Tutelar e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Esses dados podem ser verificados junto ao gráfico abaixo.

Gráfico 07: Crianças que tiveram suas famílias atendidas pela Rede Socioassistencial em período anterior ao acolhimento

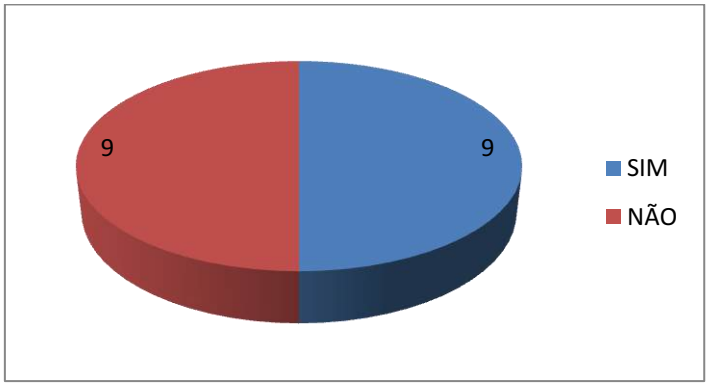
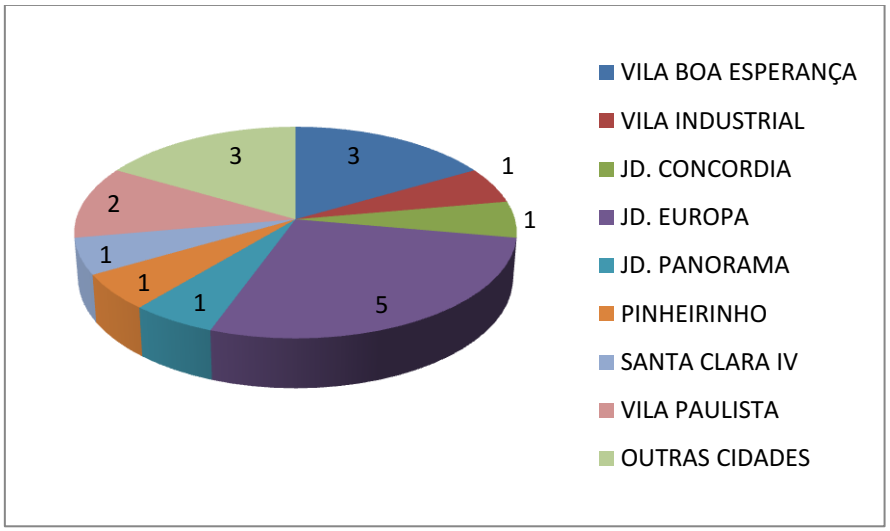


Gráfico 08: Bairro de origem das crianças inseridas em 2015



O bairro onde houve mais casos de acolhimento em 2015 foi o Jardim Europa, seguido pelos bairros Vila Boa Esperança e Jardim Concórdia.

No que tange a Casa Abrigo para Adolescentes, no ano de 2015 o Serviço obteve um total de 11 adolescentes acolhidos. Em relação aos acolhimentos, verifica-se que o maior número ocorreu no mês de Outubro, com 4 acolhimentos, já nos meses de Fevereiro, Março, Abril, Maio, Novembro e Dezembro, não houve nenhum acolhimento, conforme gráfico a seguir:

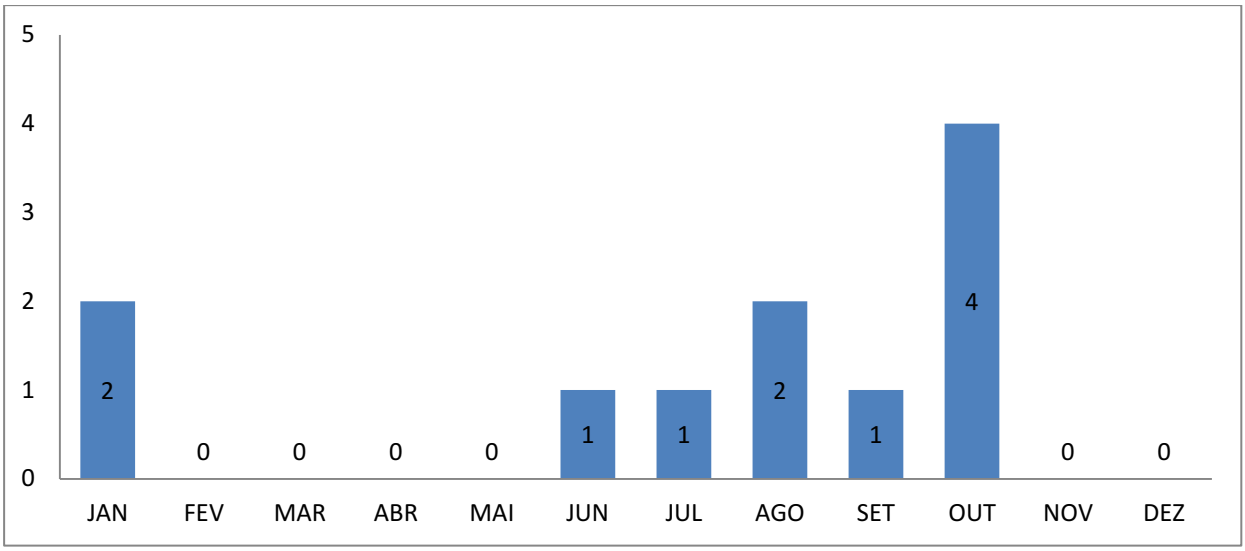


Gráfico 1: Número de acolhimentos

São acolhidos adolescentes em situação de risco com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, desde que já trabalhadas e esgotadas as possibilidades de manutenção na família. Os adolescentes são encaminhados mediante determinação judicial após acompanhamento da Rede Socioassistencial, ou em medidas emergenciais, encaminhados pelo Conselho Tutelar.

Durante o ano de 2015 percebe-se que dos 11 acolhidos, 5 foram encaminhados através do Conselho Tutelar, enquanto 6 ingressaram no serviço por meio de Determinação Judicial da Vara da Infância e Juventude, conforme demonstra o gráfico abaixo.

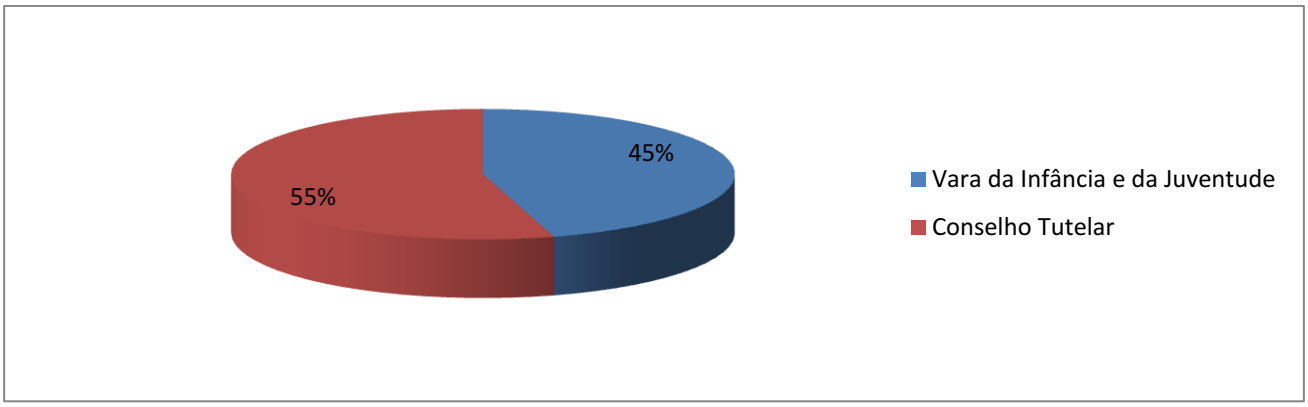


Gráfico 02: Forma de ingresso dos acolhidos em 2015.

No que diz respeito aos fatores motivadores do afastamento do convívio familiar no ano de 2015, 4 foram decorrentes de Abandono de Incapaz, 1 caso por Negligência, 1 acolhimento havia mais de um direito violado e 5 casos tiveram outros motivos.

Dentre os outros motivos, 2 foram por evasão da família de origem, 1 caso devido a genitora estar acolhida[4] e 2 acolhimentos foram motivados devido ao equívoco da rede de proteção, já que após a elaboração do relatório psicossocial não foi identificado nenhum direito violado.

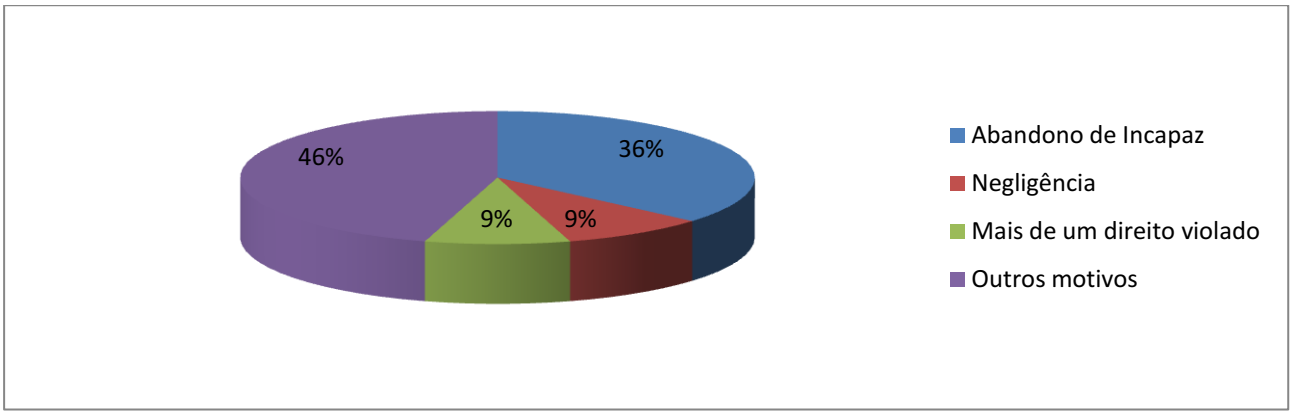


Gráfico 03: Fatores motivadores para o afastamento do adolescente do convívio familiar.

Destaca-se que dos 11 acolhimentos que tivemos no ano de 2015, a partir dos atendimentos e acompanhamentos realizados também por outros Serviços, foi possível perceber que somente em 1 caso havia indícios de que a genitora fazia uso abusivo de substâncias ilícitas. Em 2 casos do total de acolhimentos, a equipe técnica não obteve essa informação, devido as adolescentes terem evadido da família de origem, que eram pertencentes a outros municípios.

Dos adolescentes acolhidos no ano de 2015, 3residiam anteriormente com a mãe, 2 moravam com a avó, 1 com o pai, 3 residiam com terceiros e 2 vieram do Centro de Socioeducação - CENSE, onde estavam em cumprimento de Medida Socioeducativa de privação de liberdade.

[4]No caso de adolescentes acolhidos que possuam filhos, o atendimento deve fortalecer a vinculação afetiva, contribuir para o desenvolvimento de habilidades para o cuidado, a construção de um projeto de vida e o desenvolvimento da autonomia, de modo a garantir a proteção à(ao) adolescente e a seu(s) filho(s). Esse cuidado pode contribuir para prevenir a perpetuação de ciclos transgeracionais de ruptura de vínculos, abandono, negligência ou violência, representando importante recurso para garantir o direito à convivência familiar da(o) adolescente e da criança.

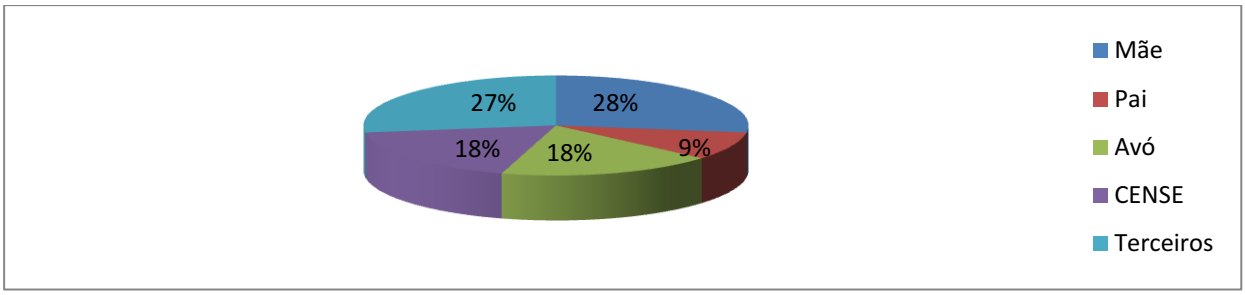


Gráfico 04: Com quem o adolescente morava no momento do acolhimento

Dos 11 acolhimentos em 2015, 7 adolescentes atendidos já haviam passado por acolhimento anteriormente, enquanto que 4 nunca haviam sido acolhidos.

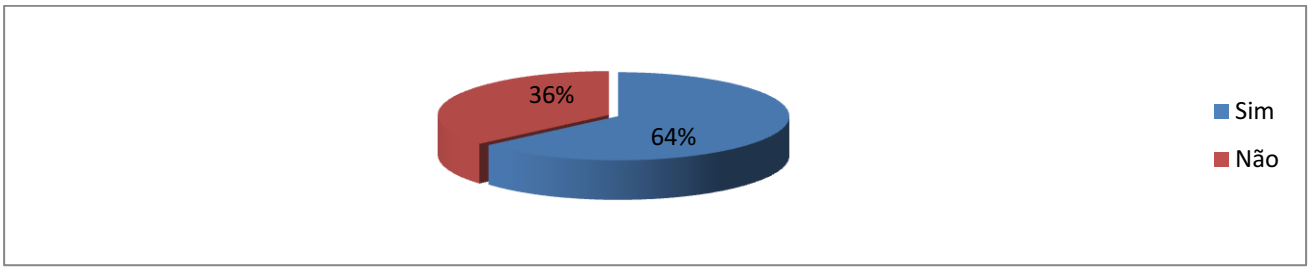


Gráfico 05: Acolhimentos anteriores

Quanto aos acolhimentos que tivemos no ano de 2015, nenhum dos adolescentes possuíam irmãos acolhidos.

Dos 11 adolescentes acolhidos em 2015, exceto duas adolescentes que vieram de outros municípios, todos receberam algum tipo de atendimento anterior. Dentre os Serviços que realizaram esse trabalho pode-se destacar Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializada em Assistência Social, Conselho Tutelar e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Esses dados podem ser verificados junto ao gráfico abaixo.

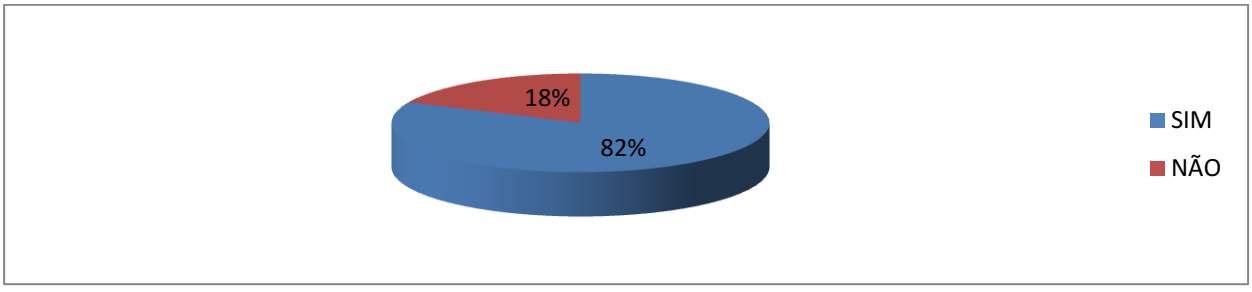


Gráfico 06: Adolescentes que foram atendidos pela Rede Socioassistencial anterior ao acolhimento

PLANO DE AÇÃO - DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Garantia às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Básica, mediante efetivação da política de Assistência Social e do ECA, fortalecendo e prevenindo ocorrências de situações de exclusão social e risco.	Garantir o cofinanciamento municipal para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes, ofertado pelas entidades não governamentais que compõem a rede socioassistencial do município de Toledo.	Garantir o cofinanciamento do SCFV com base na demanda da SMAS e capacidade instalada nas entidades não governamentais, Plano de Ação e Piso Municipal do Serviço.	Ação Continuada	Número de metas pactuadas para cofinanciamento; Quantidade de crianças e adolescentes atendidos no SCFV na rede não governamental; Número de crianças e adolescentes em demanda reprimida; Atendimento aos objetivos e aquisições dos usuários conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.	SMAS	CMAS / Controladoria de Controle Interno do município de Toledo.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
2	Ampliação da cobertura da Proteção Social Básica no município de Toledo.	Ampliar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF.	Qualificar e ampliar a oferta do PAIF em 100% dos CRASs; Realizar discussões e reuniões de aprimoramento do Serviço.	2023	Atender todas as famílias que necessitem do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF	SMAS	
		Ofertar, ampliar e qualificar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes.	Garantir equipes de trabalho para execução do Serviço	2023	Atender todas as crianças/adolescentes que necessitem do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, findando com a demanda reprimida.	SMAS	Entidades socioassistenciais que ofereçam SCFV para crianças e adolescentes.
		Ofertar e/ou ampliar o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para crianças e adolescentes com deficiência.	Capacitar as equipes para realizar trabalho a domicílio com crianças e adolescentes com deficiência e atender 80% da demanda do município.	2023	80% das crianças e adolescentes portadoras de deficiência atendidas neste serviço.	SMAS	
3	Acompanhamento pelo PAEFI de famílias com crianças e adolescentes em serviço de acolhimento	Identificação das famílias com crianças e adolescentes acolhidas que estejam em acompanhamento pelo PAEFI.	Redução do período de acolhimento de crianças e adolescentes.	2024	Análise comparativa de dados da quantidade de acolhidos nos anos anteriores e o período de permanência na Instituição.	SMAS	SAIJ; Rede de Proteção

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Referenciar as famílias, em casos de acolhimento, nos CREAS e nos CRAS.	Fortalecimento da rede de PSE e PSB.	2023	Dado referente ao referenciamento das famílias no PAEFI.	SMAS	
4	Reordenamento dos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em conformidade com as pactuações da CIT e resoluções do CNAS.	Realização de reuniões e grupos de estudos para aprimoramento e reordenamento do Serviço.	Reordenar 100% dos serviços de acolhimento para crianças e adolescente em conformidade com as pactuações da CIT e CNAS, e orientações técnicas para o Serviço.	2023	Relatório mensal e Relatório Descritivo.	SMAS	
		Ofertar capacitação para as equipes	Número de capacitações realizadas;	2023	Equipe capacitada para execução do serviço.	SMAS	Unioeste
		Contratação de RH para as adequações necessárias;	Número de servidores	2023	Equipe completa	SMAS	
		Ampliação e melhoria das estruturas físicas e de equipamentos das Casas Abrigo.	Número de reformas da estrutura e aquisições de equipamentos.	2023	Estrutura adequada e equipamentos suficientes.	SMAS	
5	Acompanhamento pelo PAEFI das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas.	Identificação das famílias com direitos violados em decorrência do uso de substâncias psicoativas;	Ampliar a cobertura de atendimento nesta situação;	2023	Mapeamento do número de famílias com violação de direitos atendidas antes e depois da pactuação da meta;	SMAS	
		Interlocução com Política da saúde para atendimento aos usuários;	Redução do número de famílias com direitos violados e da reincidência de violações em decorrência do uso de substâncias psicoativas.	2023	Relatório Descritivo – Diagnóstico;	SMAS; -Sec de Saúde (CAPS AD	CISCOPAR

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
6	Garantir a execução integral do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI	Ampliação das equipes dos CREAS PAEFI criança/adolescente e aumentar o atendimento psicossocial a crianças e adolescentes vítimas da violência, na faixa etária de 0 a 14 anos, bem como seus familiares, provenientes da área urbana e rural;	Redução da demanda reprimida dos CREAS;	2023	Monitorar a ampliação das equipes e reordenamento.	SMAS	
7	Garantir às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Especial, contribuindo para a reconstrução de vínculos, o fortalecimento de potencialidades, e a proteção de famílias e indivíduos por violação de direitos	Garantir equipamento e contratação de RH para os serviços da PSE que atendem crianças e adolescentes no município.	Redução da demanda reprimida por atendimento na PSE.	2023	Quantidade de famílias e indivíduos atendidos na PSE.	SMAS	
		Realização de campanhas de divulgação dos serviços ofertados na PSE.	Redução de número de casos de reincidência de violação de direitos de crianças e adolescentes.	2023	Plano de Providências do Monitoramento e Avaliação.	SMAS	
8	Investimento na Proteção Social Básica para que se efetive o acompanhamento familiar, visando que o afastamento do convívio familiar seja uma medida excepcional esgotando as possibilidades previstas no ECA antes do acolhimento de crianças e adolescentes.	Contratação de profissionais Assistentes em Desenvolvimento Social, Assistentes Sociais, Psicólogos e Assistentes Administrativos para compor as equipes dos CRASs e SCFV.	Redução da ocorrência de situações de vulnerabilidade social com crianças e adolescentes no território de abrangência do CRAS.	2023	Monitorar o quadro de RH e a ampliação do número de servidores nas equipes dos CRAS, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e trabalhadores da rede não governamental.	SMAS	Entidades socioassistenciais.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Aquisição de materiais de expediente e equipamentos no sentido de garantir a realização do acompanhamento familiar.	Boas condições de trabalho para que seja possível realizar o acompanhamento familiar.	2023	Monitorar a ampliação dos recursos públicos destinada a PSB.	SMAS	
		Realização de reuniões mensais de discussão e apropriação teórica sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), bem como reestruturação dos programas e projetos do CRAS.	Melhoria da qualidade de vida das famílias residentes no território de abrangência do CRAS;	2023	Monitorar a ampliação dos recursos públicos destinada a PSB.	SMAS	
9	Ampliação do Projeto Cegonha Feliz	Ampliar a divulgação do Projeto Cegonha Feliz ao público referenciado nos CRAS do município de Toledo, de modo que mais gestantes possam acessar este projeto nos CRASs de cada território.	Fazer divulgação sobre o Projeto Cegonha Feliz em todas as escolas municipais, colégios estaduais, Unidades Básicas de Saúde, e demais instituições da rede socioassistencial do município de Toledo;	2018	Quantidade de gestantes atendidas nos CRASs do município de Toledo	SMAS	CRAS I, CRAS II, CRAS III, CRAS IV e CRAS V

EIXO 4

DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E AO LAZER



7 EIXO 4 - DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E AO LAZER

Desde que foi sancionada a Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, os direitos e deveres da criança e do(a) adolescente, as responsabilidades do Estado, da sociedade e da família com o futuro das novas gerações, passam a ser considerados dentro de um novo paradigma e concepção que reconhece a criança e o(a) adolescente como sujeitos de direito, pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e prioridade absoluta no que se refere às políticas públicas.

No entanto, os fundamentos para a garantia dos direitos fundamentais da criança e do(a) adolescente enquanto pessoa humana tem sua origem na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, sendo fortalecidos por subsequentes documentos legais decorrentes da Declaração Universal dos Direitos da Criança e do Adolescente (1959), da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (1989), e outros conclaves de igual importância que se sucedem após o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer é um baluarte do movimento dos direitos humanos na medida em que garante à criança e ao(à) adolescente o acesso ao conhecimento histórico e culturalmente construído, permitindo-lhe o desenvolvimento integral.

7.1 DIREITO À EDUCAÇÃO

O Direito à educação é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado não tinha a obrigação formal de garantir a educação de qualidade a todos os brasileiros, o ensino público era tratado como uma assistência, um amparo dado àqueles que não podiam pagar. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram repensadas, e promover a educação fundamental passou a ser seu dever:

> "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho."
> Constituição Federal de 1988, artigo 205.

Além da Constituição Federal, de 1988, existem ainda duas leis que regulamentam e complementam a do direito à Educação: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996. Juntos, estes mecanismos abrem as portas da escola pública fundamental a todos os brasileiros, já que nenhuma criança, jovem ou adulto pode deixar de estudar por falta de vaga.

De acordo com a lei brasileira e com o ECA, a concepção de criança e adolescente ocorre em decorrência da idade, conforme o artigo 2º do ECA, "Considera-se criança, para os efeitos dessa Lei, a pessoa até 12 (anos) de idade incompletos, e adolescente, aquela entre 12 (doze) anos e 18 (dezoito) anos de idade".

Por se tratar de pessoas em desenvolvimento, crianças e adolescentes precisam ser especialmente protegidos pela sociedade e pelo Estado que é estabelecido pelo artigo 227 da Constituição brasileira.

> "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão."

Assim, no Brasil, as crianças e adolescentes são amparados por inúmeras regras e leis vigentes. É evidente que todos são responsáveis por garantir o desenvolvimento integral desse grupo, ou seja, conforme o ECA, no "Art.3° A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade."

É preciso salientar que há interações entre os componentes do sistema, conforme a especificidade dos diferentes contextos em que se atua para garantir os direitos de crianças e adolescentes. Neste sentido, a prática do sistema ganha concretude por meio das redes de proteção integral que se conformam localmente para promover o atendimento às necessidades de crianças e adolescentes.

O artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente esclarece a proteção complementar instaurada pela nova doutrina, ao afirmar que à criança e ao adolescente são garantidos todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, bem como são sujeitos a proteção integral.

As Escolas e os Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), têm o papel de identificar os casos de violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes e comunicar às autoridades competentes, assim como solicitar a presença dos pais ou responsáveis fazendo as orientações necessárias, ouvindo e os acolhendo. Também é função da escola receber e dar prioridade na matrícula de crianças em situação de risco ou vulnerabilidade e que estejam abrigadas.

Como a educação envolve processos que vão além da escola, é importante destacar que nela estão listadas principalmente as obrigações do Estado em relação à educação escolar (ensino). Esta, segundo a LDB, está dividida em dois grandes níveis, educação básica e educação superior.

A educação básica é composta por três etapas:

Educação Infantil – atende crianças até 5 anos, ou seja, em creches (0 a 3 anos) e pré-escolas (4 a 5 anos). Seu objetivo é promover o desenvolvimento integral, "em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade" (art. 29 da LDB). A Educação Infantil é duplamente protegida pela Constituição Federal de 1988: tanto é direito das crianças como é direito dos (as) trabalhadores (as) urbanos (as) e rurais em relação a seus filhos e dependentes. Ou seja, a Educação Infantil é um exemplo vivo da indivisibilidade e interdependência que caracterizam os direitos humanos, pois reúne em um mesmo conceito vários direitos: ao desenvolvimento, à educação, ao cuidado, à saúde e ao trabalho (CF, art. 7°, XXV, e art. 208, IV).

Ensino Fundamental – com duração mínima de nove anos, também conhecida como "educação primária", é a etapa que objetiva o "desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamentam a sociedade; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social" (art. 32, LDB). É a primeira etapa educacional a ser reconhecida como direito humano universal. Até a emenda constitucional 59, de 2009, também era a única etapa obrigatória.

Ensino Médio – é a etapa final da Educação Básica, com duração mínima de três anos. A Constituição prevê que deve ser progressivamente universalizado, de modo a atender a todas

as pessoas que terminam o Ensino Fundamental, inclusive os jovens e adultos que não tiveram oportunidade de cursá-lo. Pode ser oferecido de forma integrada à educação profissional.

No sentido de concretizar os direitos e contribuir para a efetivação da cidadania, torna-se indispensável a implantação de políticas públicas, programas, atividades, ações do cotidiano que atendam crianças e adolescentes nas demandas próprias do seu desenvolvimento, atingindo de igual forma as suas famílias. Dessa forma, é necessário um comprometimento efetivo com a criança e adolescente, com vistas à promoção da sua dignidade humana e o pleno exercício da cidadania.

7.1.1 Educação Infantil em Toledo

A integração da Educação Infantil ao sistema educacional brasileiro é ainda recente na história da educação, constituindo-se como um processo em construção no qual um dos avanços mais significativos reside em sua compreensão como parte da Educação Básica e não mais como serviço assistencial. Esta mudança de paradigma levou o Município de Toledo a reorganizar sua política educacional de modo a expandir o atendimento em Centros Municipais de Educação Infantil - CMEIs e garantir a universalização do atendimento escolar às crianças em idade Pré-Escolar.

O município de Toledo conta, em 2015, com 70 instituições educacionais que oferecem atendimento para a Educação Infantil nas modalidades Creche e Pré-Escola, sendo que destas, 62 são da rede pública municipal e as 08 restantes são da iniciativa privada. A modalidade Creche é oferecida em tempo integral nos Centros Municipais de Educação Infantil – CMEI – e também em mais 08 instituições particulares e filantrópicas. Os CMEIs são, a partir da Lei Federal nº 9394/96, organizados e tratados como instituições educacionais, e mesmo que vinculados ao Sistema Municipal de Ensino, para fins de registro e estatística, integram o Sistema Estadual de Registro Escolar - SERE. Sua jornada de atendimento diário é de 10 horas e trinta minutos, homologada em dezembro de 2014, com base em Parecer orientado do Conselho Municipal de Educação de Toledo. O município conta com 28 CMEIs em funcionamento e a modalidade Pré-Escola é ofertada nas 36 escolas da rede pública municipal, e em mais 07 instituições privadas de ensino e educação do município.

No Município de Toledo, a situação atual dos CMEIs que atendem crianças de 0 a 3 anos de idade, é de uma verdadeira ruptura com todo o passado assistencialista, efetivando uma política pública que garante a educação pública municipal como direito da criança,

independente das condições socioeconômicas das famílias. Assim sendo, frequentar os CMEIs, não pode jamais estar vinculado às necessidades de trabalho dos pais, mas necessidade sim, do desenvolvimento, da aprendizagem e do convívio social das crianças, conforme direitos garantidos em Lei. Isto foi possível através do Termo de Ajustamento de Conduta – TAC nº 7/13, entre o Ministério Público e o município de Toledo, definindo a inscrição em fila única de espera, para efetivação da matrícula, com consulta via meio eletrônico, no site da prefeitura municipal.

Cada uma das modalidades (CMEIs e Pré-escola) segue calendários específicos, elaborados pela Secretaria Municipal da Educação, os quais asseguram o cumprimento das 800 horas anuais, além dos períodos de férias coletivas, Reflexões Pedagógicas, Formação Continuada e Conselhos de Classe, tanto na rede pública quanto na privada. A garantia de oferta de serviços pedagógicos e não apenas assistenciais, é assegurada pelos Projetos Político-Pedagógicos da SMED e de cada instituição que apresenta as bases para organização do trabalho pedagógico e um sistema de avaliação com critérios específicos que lhes garantem a condição de avaliação diagnóstica e processual.

7.1.2 Ensino Fundamental em Toledo

Na legislação educacional brasileira constata-se uma preocupação com a ampliação do tempo de ensino obrigatório ao longo das últimas décadas. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação-LDB nº 9.394/96, mesmo mantendo a obrigatoriedade de oito anos, acenou com a possibilidade da ampliação para nove anos de duração.

No ano de 2001, o Plano Nacional de Educação (PNE), na meta nº 02, propôs a implantação progressiva do Ensino Fundamental com nove (09) anos de duração, através da inclusão nas escolas das crianças aos seis anos de idade. Em 2005, a Lei nº 11.114/05 altera o artigo 6º da LDB, tornando obrigatória a matrícula da criança aos seis anos de idade no Ensino Fundamental. Paralelamente, surge a Lei nº 11.274/06 que trata da duração do Ensino Fundamental, ampliando para nove anos.

Considera-se no documento Ensino Fundamental de Nove Anos – orientações pedagógicas para os Anos Iniciais, que "mais que uma determinação legal, o Ensino Fundamental de Nove Anos configura-se como a efetivação de um direito, especialmente às crianças que não tiveram acesso anterior às instituições educacionais. Considerando que o cumprimento da determinação legal isoladamente não garante a aprendizagem dos alunos, é fundamental um trabalho de qualidade no interior da escola, que propicie a aquisição do

conhecimento, respeitando a especificidade da infância nos aspectos físico, psicológico, intelectual, social e cognitivo". (SEED/PR, 2010, p. 9).

No município de Toledo, que tem Sistema de Ensino próprio, a Deliberação nº 03/2011, do Conselho Municipal de Educação (CME), em seu Art. 2º estabelece que: ― A oferta do Ensino Fundamental é obrigatória no Sistema Municipal de Ensino de Toledo, Estado do Paraná, com matrícula para toda criança que tiver 06 anos de idade completos ao início do ano letivo, ou a completar até 31 de dezembro do ano em que frequentar o 1º ano escolar. Nesse sentido, afirma no § 3º que: ― o Ensino Fundamental de 9 anos, em seus anos iniciais, será oferecido nas Escolas da Rede Pública Municipal, com propostas pedagógicas que contemplem o direcionamento a ser dado no processo educativo, em termos de concepção de ensino e de desenvolvimento humano (CME/TOLEDO, 2011, p.2).

7.1.3 Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva em Toledo

A educação é um direito de todos e compreende a diversidade inerente à espécie humana, a igualdade de condições de acesso e permanência na instituição escolar, da rede regular de ensino, de forma a promover no educando, a apropriação dos saberes historicamente acumulados pela cultura humana e, no âmbito da coletividade o pleno desenvolvimento da sociedade. As necessidades educativas específicas de todos os sujeitos, em sala de aula comum, são identificadas e atendidas, proporcionando o desenvolvimento integral do educando, de suas potencialidades e o exercício da cidadania, formação que contribui para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária além do espaço escolar.

A Educação Especial, na perspectiva da Educação Inclusiva, dever constitucional do Estado, da família e da sociedade civil organizada, é a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente nas classes da rede comum de ensino, cujo público alvo deve ser atendido pelos serviços de apoio congênere a todos os educandos que apresentem especificidades/necessidades que exijam romper barreiras de acessibilidade social-educacional de todas as ordens.

No município de Toledo coexistem dois Sistemas próprios de Ensino: Sistema Estadual de Ensino do Paraná e Sistema Municipal de Ensino de Toledo. Cada um tem caráter fiscalizador, consultivo e deliberativo. Portanto, cada sistema adequa às legislações educacionais, de âmbito nacional e suas respectivas normas. O Sistema Estadual de Ensino contempla a possibilidade de manutenção de permanência ou não com a oferta de ensino substitutivo do Ensino Comum (Classes Especiais e/ou Escolas de Educação Básica -

Modalidade de Educação Especial) em instituições próprias do Sistema ou através de parcerias de atendimento de escolarização. Já o Sistema Municipal de Ensino de Toledo aderiu à Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva no ano de 2008, substituindo os serviços de Educação Especial, substitutivos do Ensino Comum (Classes Especiais) por serviços de apoio à Educação Inclusiva, através da implantação das Salas de Recursos Multifuncional - SRM e/ou Centro de Atendimento Especializado - CAEs, entre outros serviços de apoio tais como, Professor de Apoio Permanente - PAP (para atender às necessidades específicas de cada área de deficiência), Psicopedagogia Escolar ou serviços equivalentes.

Quando verificado, pelo serviço da psicopedagogia da escola, a necessidade da realização da Avaliação Intelectiva a psicopedagogia da escola encaminhará a avaliação psicopedagógica do educando para a supervisão e assessoramento do Núcleo de Estudos e Atendimento a Diversidade e a Inclusão - NEADI, o qual após este procedimento e comprovação da necessidade, realizará a avaliação intelectiva através das psicólogas que compõem a equipe.

Os educandos com infrequência escolar, que apresentarem parecer favorável através da Avaliação Psicoeducacional ou parecer médico, terão encaminhamento para a Sala de Recursos Multifuncional, a qual tem como objetivo apoiar a organização e a oferta do Atendimento Educacional Especializado - AEE, prestado de forma complementar ou suplementar aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades/superdotação matriculados no Ensino Regular, assegurando condições de acesso, participação e aprendizagem.

Os educandos que apresentarem problemas na linguagem oral serão encaminhados a fonoaudióloga no âmbito educacional, que desenvolverá e realizará ações que busquem a prevenção e a promoção à saúde fonoaudiológica, através de avaliações, diagnóstico e encaminhamento para intervenções extraescolares em situações de ensino e aprendizagem na Educação Infantil, Ensino Fundamental e Educação Especial. Orientará e capacitará à equipe escolar, educando e família quanto à saúde fonoaudiológica na identificação de alterações na audição, linguagem, motricidade oral e voz, a fim de promover saúde na aquisição e desenvolvimento da linguagem e comunicação.

Com os professores psicopedagogos e professores do Atendimento Educacional Especializado - AEE se realizará o trabalho da escuta qualificada a fim de capacitar os profissionais para o atendimento da comunidade escolar. O trabalho será organizado pela

Psicóloga e Assistente Social do Núcleo de Estudos e Atendimento a Diversidade e Inclusão - NEADI, no espaço da Secretaria Municipal da Educação.

7.1.4 A Educação em Tempo Integral no Município de Toledo

A Educação em Tempo Integral tem sido alvo de discussões e iniciativas no Município de Toledo desde a década de 1980.

No intuito de garantir a consolidação da Educação em Tempo Integral como programa necessário ao desenvolvimento integral dos educandos, definiu-se o atendimento como Política Educacional Permanente, submetendo o Projeto de Educação em Tempo Integral, à apreciação do Conselho Municipal de Educação – CME, para análise e aprovação. Encaminhado aos poderes Executivo e Legislativo, foi oficializado através da Lei municipal nº 2.189 de 13 de março de 2015, que estabelece a Política da Educação em Tempo Integral, garantindo assim a efetivação dessa prática no Município, com implantação gradativa, conforme estabelece o Plano Nacional de Educação, Lei 13.005/14 e a Lei Municipal supra citada.

7.1.5 Educação em Tempo Integral na Rede Privada

O município de Toledo, em 2015, contava com 9 (nove) instituições privadas que ofertavam Educação em Tempo Integral e/ou jornada ampliada no contraturno escolar, totalizando 2.765 alunos atendidos, que permanecem o dia todo em atividades nos seguintes estabelecimentos de ensino: Colégio Comunitário de Toledo – FUNET, Colégio La Salle, Colégio Incomar, Colégio Intentus e os Centros de Educação Infantil: Construindo o Saber, Espaço Encantado, Ledi Maas - Lions e o Infantil Betesda.

7.1.6 Educação de Jovens e Adultos – EJA

A Educação de Jovens e Adultos- EJA, representa outra e nova possibilidade de acesso à educação escolar sob uma nova concepção, um modelo pedagógico próprio e de organização relativamente recente, destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no Ensino Fundamental e Médio na idade própria, direito garantido pela Constituição Brasileira Art. 208.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, Lei nº 9394/96, em seu Art. 32, é garantido aos alunos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo, constituindo-se como meios para o desenvolvimento da capacidade de aprender e relacionar-se, tanto social quanto politicamente e a Educação de Jovens e Adultos passa a ser considerada uma modalidade da Educação Básica, nas etapas do Ensino Fundamental e Médio.

Torna-se necessário a oferta do Ensino Fundamental a toda população do Município, bem como, a erradicação do analfabetismo, o acesso e permanência na escola das crianças, jovens e adultos que se encontram em situação de não escolaridade, tendo como prioridade a garantia da aprendizagem e a qualidade do ensino.

No município de Toledo, o trabalho com jovens e adultos analfabetos teve início em 1970 com o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), através da adesão a uma campanha nacional do Governo Federal. Com a Nova República, a partir do ano de 1985, o governo federal rompe com a política de Educação de Jovens e Adultos do período militar, extinguindo o MOBRAL e substituindo-o pela Fundação Nacional para Educação de Jovens e Adultos (Fundação Educar).

Em 1988, foi criado o Centro de Estudos Supletivos (CES) de Toledo, que em 1997 tornou-se CES Pólo.

Através de uma ação descentralizada entre CESTOL e SMED, em 1991 implantou-se o Ensino Supletivo – Fase I. Também em 1999 acontece a parceria com o Centro de Proteção a Vida de Assis Chateaubriand (CPV), no Projeto Brigadas do Trabalho, o qual tinha como objetivo a alfabetização de adultos.

Nesta mesma década, é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº. 9394/96, na qual a EJA passa a ser considerada uma modalidade da Educação Básica, nas etapas do Ensino Fundamental e Médio.

No ano 2000 pela Deliberação 08/00 do CEE, o CES passa a denominar-se Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA), com uma proposta de atendimento semipresencial.

Além do atendimento na sede no CEEBJA em 2002, através do Parecer nº. 238/01 CEE, a SEED passou a fazer parceria com a SMED com o Projeto de Educação de Jovens e Adultos (Projeto PEJA).

No ano de 2015, a Educação de Jovens e Adultos – EJA Fase I - atendeu aproximadamente 150 estudantes, distribuídos em 11 turmas, sendo algumas no período diurno e outras no período noturno.

7.1.7 Controle à Infrequência e Evasão Escolar

A obrigação de garantir a alfabetização e a frequência da criança na escola é dos pais, da escola, da Secretaria Municipal da Educação, do Conselho Tutelar - ao qual devem ser comunicados, além da infrequência de alunos, os casos de maus tratos contra a criança e o adolescente - da Secretaria do Estado da Educação e do Ministério da Educação.

Cabe ao professor ao constatar ausência não justificada, nos casos previstos em lei, do educando por 05 (cinco) faltas consecutivas ou 07 (sete) intercaladas no período de 02 meses (60 dias), comunicar imediatamente a coordenação da escola, utilizando o Formulário de Controle Interno de Faltas Injustificadas. As Escolas deverão comunicar a infrequência escolar da Educação Infantil, Pré I e Pré II e Ensino Fundamental, seguindo orientações dos procedimentos legais previamente repassados as/os coordenadores/as e diretores/as.

Será realizado pelo Serviço Social e a Psicologia, a oficina “Você é Importante” com os educandos dos 4° e 5° anos, com objetivo de prevenir situações que poderão levar a infrequência e a evasão escolar como a violência psicológica, física, negligência e sexual, divulgando a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente. As escolas foram selecionadas para o trabalho a partir da demanda apresentada de infrequência escolar no ano de 2013.

Com os pais ou responsáveis pelo educando, serão realizadas reuniões periódicas, para buscar em conjunto, possível solução das causas da infrequência ou evasão escolar. Junto à comunidade escolar, ocorrerão ações através de palestras, grupos de discussão e atividades de integração da escola com a comunidade com objetivo de desenvolver a compreensão da importância da educação, assim como oferecer um espaço de diálogo entre família e escola.

Os Diretores e Coordenadores das escolas serão apoiados, pela Secretaria Municipal da Educação referente aos procedimentos para providências a serem tomadas, quando verificado a infrequência ou a evasão escolar.

Na tabela abaixo, constam os dados anuais de Infrequência Escolar que foram encaminhados pelas escolas, através do preenchimento de formulário específico, para a equipe das Assistentes Sociais da SMED:

	ESCOLA	2014	2015
1.	Alberto Santos Dumont – Jd. Porto Alegre	23	06
2.	Amélio Dal Bosco – Centro	03	06
3.	André Zenere – Jd. América	36	57
4.	Anita Garibaldi – Jd. Europa	11	06
5.	Antônio Scain – Jd. Filadélfia	17	11
6.	Ari Arcássio Gossler – Jd. Santa Maria	01	08
7.	Arsênio Heiss - Jd. Modelo	02	00
8.	Borges de Medeiros - Vila Industrial	03	02
9.	Carlos Friedrich – Jd. Coopagro	72	17
10.	Carlos João Treis – Vila Paulista	12	52
11.	Duque de Caxias – Concórdia do Oeste	02	04
12.	Egon Werner Bercht – Jd. Paraná	00	05
13.	Henrique Brod – Jd. Panorama	38	50
14.	Ivo Welter – Santa Clara IV	10	19
15.	Jardim Concórdia - Jd. Concórdia	00	00
16.	José Pedro Brum – Jd. Maracanã	00	05
17.	Miguel Dewes – Dez de Maio	00	06
18.	Norma Demeneck Belotto – Jd. Gisela	01	05
19.	Nossa Senhora das Graças – Ouro Preto	00	00
20.	Olivo Beal – Cezar Park	03	47
21.	Orlando Luiz Basei – Novo Sarandi	01	00
22.	Osvaldo Cruz – Vila Nova	06	00
23.	Princesa Isabel – Dois Irmãos	01	00

24.	Reinaldo Arrosi – Vila Operária	18	00
25.	Santo Antonio – Boa Vista	01	02
26.	São Dimas – Bom Princípio	01	00
27.	São Francisco de Assis - São Francisco	28	55
28.	São Luiz - São Luiz	00	02
29.	São Pedro – Cerro da Lola	01	02
30.	Shirley Maria Lorandi Saurin - Centro	10	06
31.	Tancredo de Almeida Neves – Vila Boa Esperança	09	10
32.	Tomé de Souza – Vila Ipiranga	00	04
33.	Waldyr Luiz Becker – Jd. Fachini	14	16
34.	Walmir Grande – Jd. Panorama	11	38
35.	Walter Fontana – Vila Pioneiro	10	24
36.	Washington Luiz – Novo Sobradinho	00	02

7.1.8 Programas com a rede de serviços:

7.1.8.1 Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, é um serviço da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias, realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI).

O SCFV realiza atendimentos em grupo. São atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, dentre outras, de acordo com a idade dos usuários.

É uma forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais, coletivas e familiares.

O serviço tem como objetivo fortalecer as relações familiares e comunitárias, além de promover a integração e a troca de experiências entre os participantes, valorizando o sentido de vida coletiva. O SCFV possui um caráter preventivo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades dos usuários.

7.1.8.2 Circo da Alegria

No ano de 1992, a Secretaria Municipal da Educação desenvolvia um trabalho na área de Serviço Social dentro da escola Municipal Anita Garibaldi, referente as questões disciplinares. Havia muita evasão escolar, agressividade e baixa estima.

Dessa forma, surge o "Circo da Alegria", projeto social que visa ainda o conhecimento e cuidados com o corpo, a valorização e a adoção de hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e a ação com responsabilidade em relação à sua saúde e a saúde coletiva. O consumo de álcool, fumo e outras drogas ocorrem em idade muito precoce nessa comunidade e, para evitar o risco, é importante que as crianças e os adolescentes estejam integrados a um grupo de referência com o qual compartilham atividades sócio-culturais e cujos valores não estimulam o consumo destas substâncias tóxicas, além de buscar melhorar o desempenho escolar.

O Circo da Alegria atende hoje 180 crianças e adolescentes, a partir dos três anos de idade. Há uma equipe de profissionais para atender diretamente esta turma composta por 80 crianças e adolescentes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo.

7.1.8.3 Justiça também se Aprende na Escola

O programa "Justiça também se Aprende na Escola" surgiu da necessidade de divulgar noções básicas acerca do funcionamento do Poder Judiciário à população.

A ideia do programa é orientar os alunos da rede pública municipal, por meio de palestras com as crianças, com a presença do Magistrado, Promotor de Justiça e Advogado, ocasião em que cada profissional, além de explicar o seu papel na sociedade, esclarecer questões sobre cidadania e Justiça, facilitando a busca de serviços judiciais.

Com a intenção de promover a consciência de seus deveres, bem como a cultura e os meios de exercer plenamente seus direitos de cidadania, a Secretaria Municipal de Educação

(SMED) e o Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania- CEJUSC, desenvolverão nas escolas municipais o Programa Justiça se Aprende na Escola, abrangendo as turmas dos 5° anos das escolas.

O objetivo do programa é levar esclarecimentos à população, a partir das crianças, sobre questões de cidadania e Justiça. Como as crianças e adolescentes são agentes multiplicadores de informação, o programa possibilitará a difusão de conhecimentos sobre a Justiça e cidadania aos familiares e à comunidade, além de conscientizar sobre direitos e deveres, e a forma de exercê-los.

7.1.8.4 Programa Saúde na Escola

Lançado em 2008, o Programa Saúde na Escola – PSE, do Governo Federal, por meio de parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, é destinado à saúde escolar e contribui para a formação integral dos estudantes toledanos, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, além da comunidade escolar e alunos da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos - EJA são beneficiados pelo Programa.

7.1.9 Estatística Geral Final das Escolas Municipais de Toledo

ESTATISTICA GERAL - 2010
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE							PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final	Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1459	239	274	2	1422	1420	2	99,86	0,14	16,38	18,78	0,14
2º ano	1859	245	272	2	1830	1639	191	89,56	10,44	13,18	14,63	0,11
3º ano	2684	278	326	1	2635	2468	167	93,66	6,34	10,36	12,15	0,04
4º ano	2038	214	221	1	2030	1953	77	96,21	3,79	10,50	10,84	0,05
4ª série	20	36	8	0	48	48	0	100,00	0,00	180,00	40,00	0,00
TOTAL	8060	1012	1101	6	7965	7528	437	94,51	5,49	12,56	13,66	0,07
								100,00				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	893	138	139	13	878
PRÉ II	1257	200	211	11	1235
DM	45	2	8	0	39
DV	27	5	5	0	35
COND TIP	2	1	1	0	2
SALA REC.	291	106	54	8	336
EJA	0	0	0	0	0
TOTAL	2515	452	418	30	2522

7528	94,44
437	5,48
6	0,08
7971	100,00

ESTATISTICA GERAL - 2011
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE							PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final	Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1492	282	307	2	1465	1454	11	99,25	0,75	18,90	20,58	0,13
2º ano	1655	260	293	0	1622	1433	189	88,35	11,65	15,71	17,70	0,00
3º ano	1874	269	315	1	1827	1666	161	91,19	8,81	14,35	16,81	0,05
4º ano	2616	304	349	0	2571	2436	135	94,75	5,25	11,62	13,34	0,00
5º ano	1968	187	244	1	1910	1888	22	98,85	1,15	9,50	12,40	0,05
TOTAL	9605	1302	1508	4	9395	8877	518	94,49	5,51	13,56	15,70	0,04
						9395		100,00				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	730	135	126		721
PRÉ II	1275	191	198		1256
DM	0	0	0		0
DV	25	7	3		29
Cond.Tip.	0	0	0		0
Sala Rec.	55	13	12		55
Sala Rec.Mul.	179	52	26		205
EJA	0	0	0		0
TOTAL	2264	398	365	31	2266

8877	94,45
518	5,51
4	0,04
9399	100,00

ESTATISTICA GERAL - 2012
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE							PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final	Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1461	203	240	0	1424	1418	6	99,58	0,42	13,89	16,43	0,00
2º ano	1665	247	263	1	1648	1449	199	87,92	12,08	14,83	15,80	0,06
3º ano	1642	198	223	2	1615	1459	156	90,34	9,66	12,06	13,58	0,12
4º ano	1869	213	260	1	1821	1692	129	92,92	7,08	11,40	13,91	0,05
5º ano	2449	185	192	3	2439	2392	47	98,07	1,93	7,55	7,84	0,12
TOTAL	9086	1046	1178	7	8947	8410	537	94,00	6,00	11,51	12,97	0,08
						8947		100,00				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	890				890
PRÉ II	1218				1218
DM	35	9	3	0	41
DV	32	4	7	0	29
Cond.Tip.	9	2	0	0	11
Sala Rec.	0	0	0	0	0
Sala Rec.Mul.	226	45	38	2	231
EJA	0	0	0	0	0
TOTAL	1673	327	296	23	1681

8410	93,92	
537	6,00	
7	0,08	
8954	100	

	EJA			
	AP	REP	Desistente	
1	23	47	32	102
2	23	19	12	54
3	22	16	16	54
4	15	31	13	59
	83	113	73	269
%	30,86	42,01	27,14	100,00

ESTATISTICA GERAL - 2013
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE							PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final	Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1330	304	275	1	1358	1349	9	99,34	0,66	22,86	20,68	0,08
2º ano	1638	333	342	0	1629	1466	163	89,99	10,01	20,33	20,88	0,00
3º ano	1623	254	263	1	1613	1479	134	91,69	8,31	15,65	16,20	0,06
4º ano	1592	260	283	0	1569	1477	92	94,14	5,86	16,33	17,78	0,00
5º ano	1769	279	272	1	1775	1724	51	97,13	2,87	15,77	15,38	0,06
TOTAL	7952	1430	1435	3	7944	7495	449	94,35	5,65	17,98	18,05	0,04
						7944		100,00				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	1109	200	183	10	1102
PRÉ II	1236	231	182	14	1265
DV	40	8	7	0	61
Sala Rec.Mul.	268	65	34	1	298
EJA	0	0	0	0	0
TOTAL	2653	504	406	25	2726

7495	94,31
449	5,65
3	0,04
7947	100

ESTATISTICA GERAL - 2014
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE								PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final		Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1438	335	322	3	1448	1448	1447	1	99,93	0,07	23,30	22,39	0,21
2º ano	1520	377	376	1	1520	1520	1358	162	89,34	10,66	24,80	24,74	0,07
3º ano	1599	309	310	2	1596	1596	1452	144	90,98	9,02	19,32	19,39	0,13
4º ano	1582	285	277	1	1589	1589	1490	99	93,77	6,23	18,02	17,51	0,06
5º ano	1535	246	242	1	1538	1538	1524	14	99,09	0,91	16,03	15,77	0,07
TOTAL	7674	1552	1527	8	7691	7691	7271	420	**94,54**	**5,46**	20,22	19,90	0,10
									100,00				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	1242	272	249	14	1229
PRÉ II	1317	292	289	8	1310
DV	41	10	11	0	58
Sala Rec.Mul.	185	53	39	1	198
EJA	180	0	1	52	127
TOTAL	2965	627	589	75	2922

7271	94,44
420	5,46
8	0,10
7699	100

ESTATISTICA GERAL - 2015
ESCOLAS MUNICIPAIS DE TOLEDO

SÉRIE / ANO	QUANTIDADE							PERCENTUAL				
	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final	Aprovado	Reprovado	AP	REP	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente
1º ano	1434	253	226	5	1456	1450	6	99,59	0,41	17,64	15,76	0,35
2º ano	1600	254	239	1	1614	1613	1	99,94	0,06	15,88	14,94	0,06
3º ano	1525	247	241	1	1530	1438	94	93,99	6,14	16,20	15,80	0,07
4º ano	1548	240	217	1	1570	1526	42	97,20	2,68	15,50	14,02	0,06
5º ano	1491	197	187	1	1500	1516	11	101,07	0,73	13,21	12,54	0,07
TOTAL	7598	1191	1110	9	7670	7543	154	**98,34**	**2,01**	15,68	14,61	0,12
								100,35				

	Matric. Inicial	Transf. Recebida	Transf. Expedida	Desistente	Matric. Final
PRÉ I	1207	259	261	21	1157
PRÉ II	1288	285	275	11	1288
DV	39	4	3	0	60
Sala Rec.Mul.	163	27	12	1	177
EJA	2	0	0	0	2
TOTAL	2699	575	551	33	2684

PLANO DE AÇÃO – DIREITO À EDUCAÇÃO							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Promoção, execução e avaliação das políticas educacionais conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, considerados os aspectos do cuidar e do educar com qualidade, nas instituições municipais públicas e privadas de Educação Infantil.	Ampliar a oferta de vagas na Educação Infantil, modalidades Creche e Pré-Escola, através da construção de Centros Municipais de Educação Infantil de forma a atender, 50% da população de 0 a 03 anos, e de 100% na Pré-Escola, a partir de 2016.	Universalizar, a Educação Infantil modalidade Pré-Escola e ampliar a oferta de Educação Infantil modalidade Creche, de modo a atender 50% da população Municipal de 0 a 03 anos.	Ação Continuada	100% das crianças atendidas	Governos Municipal, e Federal SMED.	Conselho Municipal de Educação - CME
		Aderir a proposta de Educação Infantil 100% inclusiva nas modalidades Creche e Pré-Escola dentro da proposta de educação como direito de todos, garantindo Professor de Apoio Permanente - PAP, conforme normativas para esse serviço de apoio.		Ação Continuada	50% das crianças atendidas	Governos Municipal e Federal.	SMED / Instituições escolares privadas.
		Assegurar o acesso ao transporte escolar da zona rural, para crianças da Educação Infantil, com veículos adequados para o atendimento a esta faixa etária, e com monitor para acompanhar durante o trajeto.		A partir de 2017.	Monitores contratados	Governos Municipal e Federal.	SMED e Empresas de transporte escolar.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Estabelecer programas de incentivo à execução da Lei de Responsabilidade Social em Creches e Pré-Escolas, estabelecendo parcerias com empresas, nos termos da legislação vigente.		A partir de 2017.	Parcerias efetivadas	Governo Municipal	SMED e Empresas.
		Complementar a ação da família, articulando, na Educação Infantil, as funções de educar e cuidar.		Ação Continuada	Número de ações realizadas	Governo Municipal e SMED.	Famílias, empresas, CMEIs e instituições de formação docente.
		Promover ações continuadas e permanentes de educação alimentar e nutricional e manter alimentação saudável para as crianças em estabelecimentos públicos e conveniados, devendo as refeições principais ser preparadas nos CMEIs, por profissionais concursados, com devido acompanhamento nutricional.		Ação Continuada	Número de refeições nas CMEIS	Governos Federal, Estadual e Municipal	SMED, produtores rurais e Cozinha Social e CMEIs.
		Assegurar a criação de APMF's nos CMEIs e manter os Conselhos Escolares nas Instituições de Educação Infantil garantindo os princípios da gestão democrática.		A partir de 2017.	Número de professores capacitados	SMED.	Conselho Municipal de Educação e instituições escolares.
		Garantir o fornecimento de materiais pedagógicos adequados às faixas etárias e às necessidades do trabalho educacional das modalidades Creche e Pré-Escola.		Ação Continuada	Realização de concursos	Governos Municipal, Federal e Instituições escolares privadas.	SMED, Instituições Escolares, Associações de Pais, Mestres e Funcionários.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Promover ações em regime de colaboração que visem à efetivação de programas federais voltados à construção, reestruturação e aquisição de equipamentos às instituições que ofertam a Educação Infantil, a fim de ampliar o acesso a essa etapa da Educação Básica.		Ação Continuada	Numero de computadores adquiridos	Governos Municipal e Federal.	MEC, SMED e gestores escolares.
		Garantir que todas as escolas e CMEIs do Município elaborem e/ou implementem suas Propostas Pedagógicas, observando os documentos norteadores, o Calendário Escolar e o Plano de Ação de cada instituição, estimulando a efetiva participação de todos os membros da comunidade escolar.	Manter, através de normas complementares e normativa administrativa, a definição da jornada diária de atendimento nos CMEIS com calendário escolar que assegure datas para Reflexões Pedagógicas, Conselhos de Classe e Formação Continuada na Educação Infantil, modalidades Creche e Pré-Escola.	Ação Continuada	Numero de turmas reduzidas	Governos Municipal e Federal.	SMED, Instituições educacionais públicas.
		Assegurar a continuidade da proposta avaliativa descritiva na Educação Infantil, em especial na modalidade Creche, que tenha característica diagnóstica e de acompanhamento do processo, com objetivo de analisar a forma como a criança progride na elaboração do conhecimento, fomentando as discussões pedagógicas nos Conselhos de Classe.		Ação Continuada	Numero de professores contratados e equipamentos adquiridos	SMED Conselho Municipal de Educação - CME e Instituições educativas.	CMEIs, Escolas, professoras/es, diretoras/es, coordenadoras/es, pais e ou responsáveis.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
2	Superar as desigualdades educacionais, promovendo a cidadania, erradicar o analfabetismo e todas as formas de discriminação, na promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental, para a melhoria da qualidade da educação no Ensino Fundamental.	Monitorar, em regime de colaboração, o acesso, a permanência e a aprendizagem dos alunos matriculados nas instituições de ensino, identificando motivos de ausência, baixa frequência e evasão escolar	Manter e implementar critérios de qualidade no cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas na proposta pedagógica para o Ensino Fundamental, com ações de integração e de continuidade entre os Sistemas de Ensino.	Ação Continuada	Sistema de monitoramento garantido	SMED, SEED/NRE	Ministério Público, Assistência Social, Conselho Tutelar, Instituições Educacionais Públicas e Privadas, pais e responsáveis.
		Promover a busca ativa de todas as crianças fora da Instituição de Ensino.		Ação Continuada	Numero de crianças reintegrados	SMED, SEED/NRE.	Profissionais de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Fonoaudiologia.
		Articular com órgãos responsáveis pelas áreas da Saúde e da Educação, o atendimento a estudantes da Rede Escolar Pública de Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.		Ação Continuada	Numero de alunos a tendidos	Governos Estadual e Municipal.	SEED/NRE SMED.
		Estruturar o Ensino Fundamental de Nove Anos, considerando a organização do Ciclo de Alfabetização com duração de três anos, garantindo a alfabetização de todas as crianças, até o final do terceiro ano/Anos Iniciais;	Alfabetizar todas as crianças no máximo, até o final do 3º ano, e garantir o acesso, a permanência e o sucesso na aprendizagem a todas as crianças e alunos no Ensino Fundamental.	Ação Continuada	Numero de crianças alfabetizadas	Governos Federal e Municipal.	SMED, Conselho Municipal de Ensino.
		Reorganizar a Proposta Curricular da Educação Infantil, do Ensino Fundamental de 9 anos e da avaliação, a partir dos estudos realizados na Formação Continuada, grupos de estudos, Conselho de Classe, Semana Pedagógica.		Ação Continuada.	Numero de professores capacitados	Governo Municipal, Governo Estadual.	SMED, SEED-NRE, Instituições Públicas e Privadas.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Adequar, de acordo com a demanda, a estrutura física, o mobiliário, os materiais pedagógicos e prover profissional efetivo nas bibliotecas das instituições de ensino, para atendimento ao Ensino Fundamental de 9 anos.		Ação Continuada	Concurso realizado	Governo Municipal, Governo Estadual.	SMED, SEED-NRE, Instituições Privadas de Ensino.
		Garantir Laboratório de Tecnologias Educacionais, manutenção e atualização dos equipamentos, nas instituições de ensino das Redes Municipal, Estadual e Privada, para que sejam atendidos, no máximo, dois alunos por equipamento.		Até o ano de 2017	Numero de computadores adquiridos	Governo Municipal, Governo Estadual, Instituições Privadas de Ensino.	SMED, SEED-NRE, Instituições Privadas.
		Estabelecer o número máximo de vinte e cinco alunos por turma, especificamente nas de 3º Ano do Ciclo de Alfabetização/Anos Iniciais.		Ação Continuada	Turmas reduzidas	Governo Municipal.	SMED, Conselho Municipal de Educação.
3	Promoção da Educação Inclusiva garantindo condições de acessibilidade ao Atendimento Educacional Especializado em todos os níveis de ensino.	Introduzir e garantir o estudo de direitos humanos, Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS, noções do Sistema Braille, Sorobã, orientação e mobilidade, atividades de vida diária e prática, estimulação visual e estratégias pedagógicas inclusivas (metodologia) nos currículos dos cursos de pedagogia, das licenciaturas, do Ensino Médio na modalidade normal e na formação de professoras/es que atuam na Educação Superior.	Assegurar que as instituições de ensino de todos os níveis e modalidades, públicas e privadas do Município de Toledo, elaborem e realizem Programa de Formação Continuada para professoras/es da sua instituição, sob o princípio da "Formação Cidadã/Educação Inclusiva", com subsídios teórico-didáticos para atendimento aos educandos com necessidades educacionais específicas.	Ação Continuada	Numero de professores contratados	Coordenações de cursos das universidades, Promotoria da Educação, NRE/SEED, SMED gestores das instituições de ensino públicas e privadas.	Coordenações da área no NRE/Toledo, SMED, Gestores e coordenadoras/es das instituições de ensino, professoras/es e comunidade educativa.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Implantar em parceria com as instituições especializadas, o ensino da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS para os alunos com surdez, ouvintes e comunidade escolar, mediante Programa de Formação de Professoras/es ou Instrutores de LIBRAS, bem como, de nível básico para formação de Professoras/es/as do Ensino Comum.	Assegurar a elaboração e implantação de Programa de "Educação Bilíngue" nas instituições de Ensino Comum Inclusivas.	Até 2017 e universalizar até 2024.	Parcerias efetivadas	Governos Federal, Estadual e Municipal, Universidades, NRE/SEED e SMED.	Gestores e professoras/es das instituições de Ensino e pais.
		Implantar os serviços de ensino e interpretação bilíngue (Língua Portuguesa - modalidade escrita e LIBRAS) através da contratação de profissionais: Professor "Intérprete de LIBRAS" e Professor "Instrutor de LIBRAS", para os/as educandos/as e a/as instituições de ensino onde os alunos com surdez estiverem matriculados, nos termos da Lei, selecionados via avaliação com prova prática.		Ação Continuada	Numero de professores contratados	Governos Federal, (MEC) Estadual (SEED) e Municipal (SMED).	Gestores das instituições de ensino e professoras/es das instituições escolares.
		Prever ações e serviços necessários para a operacionalização da Escola Bilíngue nas instituições do Município de Toledo (de acordo com seus Projetos Políticos Pedagógicos - PPPs), onde haja educandos com surdez.		Ação Continuada	Numero de ações realizadas	Governos Federal, (MEC) Estadual (SEED), Municipal (SMED) e respectivos mantenedores.	Gestores das instituições de ensino e professoras/es das instituições escolares.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Prover serviço pedagógico especializado, nas instituições de ensino, que tenham matriculados educandos, público alvo da Educação Especial, para todas as suas etapas, níveis e modalidades, garantido pelos seus respectivos mantenedores e descrito no PPP de cada instituição, para o atendimento aos educandos com Deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades ou Superdotação, com no mínimo professoras/es habilitados na área da docência e Educação Especial, nos termos da Lei.	Assegurar a implantação de Programas Permanentes de Ações Inclusivas ou Programas de Acessibilidade próprios para cada instituição de ensino públicas e privadas no Município.	Ação Continuada	Numero de programas implantados	Governo Federal, Estadual (SEED), Municipal (SMED) e instituições públicas e privadas.	Direções e coordenações das instituições de ensino, Conselhos, Promotoria Pública e profissionais da Educação.
		Criar Programa de atendimento aos alunos da Rede de Ensino com Altas Habilidades ou Superdotação, conforme normas dos Sistemas de Ensino.		Ação Continuada	Numero de crianças atendidas	SMED, SEED/NRE, Sistema Municipal e Estadual de Ensino.	Gestores, coordenadores e professoras/es das instituições escolares.
		Exigir que todas as instituições de ensino público e privado tenham Projeto de Atendimento às necessidades específicas dos educandos ("Enriquecimento Curricular, Aceleração e Suplementação"), contemplados nos PPPs, em todos os seus níveis, etapas e modalidades de ensino ofertadas.		A partir de 2016.	Numero de projetos implantados	Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Ensino.	Gestores, coordenadores, profissionais da educação, Pais/responsáveis pelos educandos, os próprios educandos (maiores de 18 anos) e Promotoria Pública.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Implementar o acervo das bibliotecas escolares com livros didáticos falados, em Braile e em caracteres ampliados, para todos os alunos cegos e para os de visão subnormal da Educação Infantil e Ensino Fundamental da Rede de Ensino e para os demais alunos, adquiridos pelo poder público e instituições privadas.		Ação Continuada	Numero de livros adquiridos	Governos Federal, Estadual, Municipal e instituições privadas.	MEC,SEED/NRE, SMED e Instituições privadas de ensino.
		Garantir, a ampliação de Atendimento Educacional Especializado - AEE e/ou apoio educacional aos alunos incluídos com necessidades educacionais específicas, como um dos suportes pedagógicos ao professor do Ensino Regular/Comum em sala de aula, pelos órgãos competentes.		Ação Continuada	Número de salas ampliadas	Governos Federal, Estadual, Municipal e instituições privadas.	MEC, SEED/NRE, SMED e Instituições privadas de ensino.
		Garantir por meios legais, transporte escolar público aos estudantes que apresentem dificuldades de locomoção, mediante a aquisição de veículos adaptados às necessidades e especificidades dos passageiros ou por meio de contratos firmados entre poder público e concessionárias contratadas para esse fim.		Ação Continuada	Numero de veículos adaptados	Governos Federal (MEC), Estadual (SEED/NRE) e Municipal (SMED).	Promotoria Pública, Conselhos Municipal e Estadual de Educação, pais/responsáveis e educandos maiores de 18 anos.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Garantir em Lei, a presença de acompanhante, no transporte escolar para os educandos da rede pública, indicada a necessidade por equipe multiprofissional (responsável pelo educando), em protocolo próprio para esse fim.		Ação Continuada	Numero de monitores contratados	Governos Federal, Estadual e Municipal.	MEC, SEED/NRE,SMED Conselhos afins e Promotoria Pública.
		Implementar a aplicação de testes de acuidade visual e auditiva em todas as instituições e modalidades de ensino da Rede Pública Municipal, por profissional especializado e/ou capacitado para desenvolver esta ação.		Ação Continuada	Numero de testes aplicados	Governo Municipal.	SMED, Secretaria de Saúde e Conselhos Municipal de Educação.
		Proceder a avaliação dos alunos de classes especiais, oriundos de outros sistemas de ensino, incluindo estes educandos em série/ano do Ensino Comum, considerando sua paridade etária, criando alternativas pedagógicas, dinamizando o processo de aprendizagem.		Ação Continuada	Número de alunos avaliados	Governo Estadual e Municipal e instituições privadas de ensino.	SEED/NRE e SMED, direção e coordenação de instituições escolares, pais/responsáveis e Promotoria Pública.
		Estimular a convivência social na comunidade, de pessoas com Deficiência e/ou Transtornos do Espectro Autista, por meio de estratégias de comunicação e de atividades inclusivas comunitárias.		Ação Continuada	Número de atividades desenvolvidas	SEED/NRE e SMED, direção e coordenação de instituições escolares públicas e privadas.	Os profissionais das instituições de ensino Professor do AEE, pais/responsáveis.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Criar e manter o Funcionamento do CAE - Centro de Apoio Especializado Municipal com profissionais das áreas de "Estimulação Visual", "Estimulação precoce", "Estimulação Motora", "Estimulação da Linguagem Oral", Estimulação da LIBRAS, "Estimulação das Funções Sociais Executivas e da Mente", com itinerância.		Ação Continuada.	CAE - implantados	Governo Federal, Estadual, Municipal e instituições privadas.	MEC, SEED/NRE, SMED, Conselho Municipal e Estadual de Educação.
		Criar normativa que garanta o direito a especificidade de acesso para as avaliações como Prova Brasil, Provinha Brasil, SAEB, SAEP, avaliações municipais entre outras. Adaptações, tais como o direito a "Ledores" ou "Intérpretes de LIBRAS", "provas ampliadas" e "provas em Braille" para educandos que apresentem necessidade comprovada.		A partir de 2017	Normativas criadas	SEED/NRE, SMED.	Gestores das instituições de ensino, CME/Toledo, CEE/PR e professoras/es das instituições escolares.
		Oferecer flexibilização curricular nas instituições de ensino do Município de Toledo e processos de avaliação adequados, previstas nos PPPs de cada instituição, observadas as necessidades educacionais específicas para modalidade da "Educação Especial Domiciliar".		Ação Continuada	Números de atendimentos domiciliares	SEED/NRE e SMED e instituições privadas de ensino.	Direção, coordenações de instituições públicas e privadas e profissionais da educação.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Fiscalizar as instituições de ensino em relação à existência do plano de ações inclusivas, as adequações de acessibilidade física da escola, a existência no PPP de previsão de adequações curriculares e o registro da necessidade de projetos específicos de adequação curricular.		Ação Continuada.	Número de instituições fiscalizadas	SEED/NRE e SMED e instituições privadas de ensino.	NRE e coordenação da educação especial, SMED Promotoria pública e CME/Toledo
		Prever nos PPPs de cada instituição escolar o "Plano de Ações Inclusivas" que contemple a elaboração, execução e análise do Plano de Atendimento Individual e os "Serviços Educacionais Especializados" conforme legislação.		Ação Continuada.	Números de Planos elaborados	SEED/NRE e SMED e instituições privadas de ensino.	Direção, coordenações de instituições públicas e privadas e profissionais da educação.
		Realizar coleta de dados dos Sistemas de Ensino do Município de Toledo (PR), referentes à quantidade de educandos com deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento e/ou Altas Habilidades/Superdotação, bem como se estão matriculados na escola comum ou nas escolas especiais, de instituições públicas e privadas de todos os níveis, etapas e modalidades de ensino.	Criar banco de dados com registros estatísticos dos educandos matriculados no Ensino Comum em relação ao Ensino de Educação Especial - Modalidade Substitutiva, tendo em vista a Política Pública de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva.	Ação Continuada	Número de diagnósticos realizados	Governos Estadual, Municipal e instituições de ensino públicas e privadas.	SEED/NRE, SMED, gestões e coordenações das instituições de ensino.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Monitorar dados da execução dos Programas de Acessibilidade e Segurança previsto em legislação, referentes aos educandos com deficiência, Transtorno do Espectro Autista e/ou Altas Habilidades/Superdotação, instituições de ensino de todos os níveis, etapas e modalidades.		Ação Continuada	Números de programas executados	Governo Estadual (NRE), Governo Municipal (SMED) e instituições de ensino privadas.	Corpo de Bombeiros, vigilância sanitária, Promotoria Pública e outros conselhos afins. Fórum Municipal de Educação, CME/Toledo,
4	Promoção da Educação Básica Pública em Tempo Integral.	Ampliar gradativamente o número de turmas e de Instituições escolares na oferta da Educação em Tempo Integral.	Ampliar gradativamente, até 2024, a Educação em Tempo Integral para, no mínimo, 50% das escolas públicas, para atender, pelo menos, 25% dos alunos da Educação Básica	Ação Continuada	Número de turmas criadas	Governo Federal, Estadual e Municipal.	SMED, SEED/NRE e instituições privadas de ensino.
		Garantir a construção de prédios com padrão arquitetônico e mobiliário adequado para o atendimento da Educação em Tempo Integral.		Ação Continuada		Governo Federal, Estadual e Municipal.	SMED, SEED/NRE Secretaria de Planejamento e Instituições de Educação Integral.
		Aplicar avaliação para os alunos da Educação Integral, através de instrumento unificado, abrangendo conhecimentos relacionados à Língua Portuguesa, Matemática e conhecimentos gerais, a partir de estudos realizados nos encontros da Comissão de Estudos da Educação em Tempo Integral.	Instituir matriz curricular articulada à proposta pedagógica da Educação em Tempo Integral, estabelecendo avaliação anual para os educandos do Ensino Fundamental, da Educação em Tempo Integral.	Ação Continuada	Número de alunos avaliados	SMED, NRE e instituições de Ensino Privado, em Tempo Integral.	SMED, SEED/NRE Comissão de Estudos da Educação em Tempo Integral e Instituições privadas de tempo Integral.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Fomentar a articulação da escola com os diferentes espaços educativos, culturais e esportivos, e com equipamentos públicos, como bibliotecas, museu, parques, teatro, aquário, cinema e planetário.		Ação Continuada	Espaços implantados	Governo Federal, Estadual, Municipal	SMED, SEED/NRE, Secretaria da Cultura, Secretaria do Meio ambiente e instituições públicas e privadas.
		Manter nutricionista permanente para atender a demanda da Educação em Tempo Integral.	Garantir profissionais especializados na Educação em Tempo Integral e fortalecer as ações da rede de atendimento na orientação e apoio às famílias, com foco no desenvolvimento integral do educando.	Ação Continuada	Profissionais contratados	Governo Municipal e Estadual.	SMED, SEED/NRE Secretaria de recursos humanos e instituições privadas.
		Realizar reuniões periódicas envolvendo toda a rede de atendimento na orientação e apoio às famílias.		Ação Continuada	Numero de reuniões realizadas	. SMED, SEED/NRE	SMED, NRE, famílias, profissionais da rede e Instituições de Educação Integral.
		Organizar projetos educacionais que envolvam a família no espaço escolar.		Ação Continuada	Numero de projetos organizados	SMED, SEED/NRE e as Instituições de Educação Integral.	Profissionais da educação e comunidade escolar (professoras/es, pais/famílias, alunos).
5	Promoção da sustentabilidade socioambiental por meio do desenvolvimento de uma educação cidadã, responsável, crítica e participativa.	Realizar prática educativa, integrada e permanente em todos os níveis e modalidades de ensino.	Desenvolver projetos e programas de formação de Educação Ambiental, voltados à proteção, recuperação e melhoria socioambiental.	Ação Continuada	Praticas realizadas	Governo Municipal, Estadual e Federal.	SMED, SEED/NRE, Universidades preferencialmente Públicas, Instituições de ensino públicas e privadas e de ensino superior, SMMA e empresas públicas e privadas Comitê Gestor Municipal, Comitê Gestor Da BP3.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Realizar Eventos de sensibilização ambiental em todos os níveis e modalidades de ensino e educação da rede pública e privada.		Ação Continuada	Numero de eventos realizados	Governo Municipal, Estadual e Federal.	SMED, SEED/NRE, Instituições de Ensino Superior e instituições de ensino privado.
		Adquirir material de apoio didático, pedagógico para o desenvolvimento da Educação Ambiental.		Ação Continuada	Material adquirido	SMED, SEED/NRE, Instituições de Educação Superior, IAP, EMATER, SEMA, Empresas Públicas e Privadas, Instituto das Águas, SMMA, CMMA, Comitê Gestor Municipal, Comitê Gestor da BP.	SMED, SEED/NRE, Instituições de Ensino Superior, SMMA, IAP, EMATERCMMA, SEMA, Instituto das Águas, ITAIPU,Comitê Gestor Municipal, Comitê Gestor da BP3.
		Fomentar estudos com professoras/es/as das redes públicas, para a produção de materiais didáticos como apoio nas aulas de Educação Ambiental.		Ação Continuada	Numero de professores capacitados	Governo Municipal, Estadual, Instituições privadas de ensino.	SMED, NRE, Instituições Educação Superior, Instituições públicas e privadas, empresas e cooperativas, SMMA, CMMA, ITAIPU, Comitê Gestor, Municipal, Comitê Gestor da BP3.
		Fortalecer e apoiar projetos e programas de Educação Ambiental em todos os níveis e modalidades de ensino e educação.		Ação Continuada	Número de projetos apoiados	Governo Municipal, Estadual e Federal.	Governo Municipal, Estadual e Federal e Instituições privadas.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Promover a formação de multiplicadores em Educação Alimentar e Nutricional, com representante de cada Instituição de Ensino.	Implementar ações de Educação Alimentar e Nutricional, de prática contínua e permanente, estimulando a adoção voluntária de escolhas alimentares saudáveis	Ação Continuada	Número de multiplicados formados	Governo Municipal.	SMED e Cozinha Social.
		Implantar e manter hortas escolares, tendo o alimento como ferramenta pedagógica.		Ação Continuada	Número de hortas implantadas	Governo Municipal.	SMED e Cozinha Social.
		Realizar oficinas culinárias que favoreçam os hábitos regionais e culturais saudáveis.		Ação Continuada	Número de Oficinas realizadas	Governo Municipal.	SMED e Cozinha Social.
		Inserir a Educação Alimentar e Nutricional no Projeto Político Pedagógico das escolas e CMEIs.		Ação Continuada	Inserção da Ação nos projetos	Governo Municipal.	SMED.
6	Erradicação do analfabetismo absoluto e redução em 50% a taxa de analfabetismo funcional durante a vigência do PME	Garantir a continuidade do atendimento às pessoas não alfabetizadas, assegurando nas escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio a oferta da modalidade de alfabetização, a Fase I e a Fase II de ensino e de exames para Jovens e Adultos, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação.	Elevar a taxa de alfabetização da população com 15 anos, ou mais, para além de 95,4% no Município de Toledo	Ação Continuada	Índice elevado da taxa de alfabetização	Governos, Municipal e Estadual em regime de colaboração.	SMED, SEED/NRE, Coordenação da EJA Fase I, FASE II e Paraná Alfabetizado.
		Ofertar material didático-pedagógico, transporte, atividades culturais e visitas técnicas de estudo, adequados à demanda para a FASE I, de forma a incentivar a permanência e o sucesso dos alunos na escola.		Ação Continuada	Índices de permanecia melhorados	Governos Municipal e Estadual.	SMED, SEED/NRE,Coordenação da EJA.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Realizar levantamento, avaliação e divulgação de experiências em alfabetização de jovens e adultos, que constituam referência para os agentes integrados ao esforço Municipal de erradicação do analfabetismo, em parceria com as instituições envolvidas na modalidade.	Erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional no Município.	Ação Continuada	Diagnostico realizado	SMED, SEED/NRE.	Instituições de Ensino Superior, empresas públicas e privadas.
		Mapear, por meio de Censo Educacional, nos termos do Art. 5º, § 1º da LDB, a população que não teve acesso ao Ensino Regular, visando localizar e induzir a demanda para programas de oferta da Educação de Jovens e Adultos.		Ação Continuada	Mapeamento realizado	SMED, SEED/NRE.	Parcerias entre Estado e Município, IES e IBGE.
		Estimular o acesso do aluno jovem e adulto aos demais níveis ou modalidades do Ensino Básico e profissionalizante.		Ação Continuada	Numero de alunos matriculados	SMED, SEED/NRE.	Professoras/es que atuam nesta modalidade.
		Garantir às pessoas com deficiência o acesso e permanência às etapas da Educação de Jovens e Adultos, bem como a inclusão assistida conforme legislação vigente.	Implementar ações de alfabetização de jovens, adultos e idosos, com garantia de continuidade da escolarização básica	Ação Continuada	Numero de alunos inclusos	SMED, SEED/NRE.	Coordenações da EJA e setor da Educação Especial.
		Manter Atendimento Psicopedagógico e Educacional Especializado, bem como apoio pedagógico aos alunos da EJA, de acordo com a demanda e a necessidade desta modalidade.		Ação Continuada	Atendimento garantido e ampliado	SMED, SEED/NRE.	Coordenações da EJA e setor da Educação Especial.

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
		Estabelecer políticas que facilitem parcerias para o aproveitamento dos espaços ociosos existentes na comunidade, para a Educação de Jovens e Adultos.		Ação Continuada	Numero de parcerias efetivadas	SMED,SEED/ NRE.	Instituições de ensino e Comunidades.
		Apoiar as universidades na oferta de cursos dirigidos à pessoa idosa.		Ação Continuada	Numero de parcerias realizadas	SMED, SEED/NRE.	IES, Grupos de Idosos.
		Articular as políticas de Educação de Jovens e Adultos com as de proteção contra o desemprego e de geração de empregos, garantindo a flexibilização de horários para o aperfeiçoamento.		Ação Continuada	Articulações realizadas	SMED,SEED/ NRE.	Coordenações da EJA em parceria com IES, empresas do grupo 5 S, ACIT.
		Articular as políticas de Educação de Jovens e Adultos com as culturais, de modo que os estudantes sejam beneficiários de ações que permitam ampliar seus horizontes culturais.		Ação Continuada	Articulações realizadas	SMED, SEED/NRE.	Coordenações da EJA em parceria com Secretaria da Cultura.
		Garantir que, nos locais onde a Educação de Jovens e Adultos funciona à noite, haja a presença da guarda Municipal, durante o período de aula, para a segurança do local, preservando a integridade física das pessoas que estão envolvidas no processo de ensinar e aprender.		Ação Continuada	Número de guardas nos locais	Governo Municipal.	SMED em parceria com Secretaria de Segurança e Trânsito.
		Assegurar a continuidade do atendimento aos adolescentes e jovens em conflito com a lei, nos programas de Educação de Jovens e Adultos, em nível Fundamental e Médio, assim como de formação profissional.		Ação Continuada	Numero de adolescentes inclusos	Governos Federal, Estadual e Municipal.	SMED, SEED/NRE e Coordenações de EJA Fase I e Fase II.

7.2 DIREITO À CULTURA

Historicamente, o investimento em cultura no Brasil sempre esteve muito aquém da demanda, porém a população brasileira, mesmo em situações de ausência do atendimento do Estado, desenvolveu uma enorme experiência no uso de atividades culturais para programas de cidadania voltados, especialmente, a crianças, jovens e adultos em condições de extrema vulnerabilidade e risco social. Em anos de omissão, o Estado deixou um espaço vazio ocupado pela sociedade, experiência hoje reconhecida mundialmente. Atualmente, são centenas de milhares de grupos atuando formal e informalmente no Brasil. Vale questionar como as ações públicas chegam a crianças e adolescentes, de forma a garantir-lhes seus direitos e a plena formação da identidade. Segundo o PNC – Plano Nacional de Cultura, o Estado pretende incentivar a formação de uma rede de espaços públicos culturais dedicados às crianças e aos jovens, que aliem atividades lúdicas e criativas ao conhecimento das artes e das mais diversas expressões culturais, como meio imprescindível de formação para a cidadania; e estabelecer programas de estímulo ao acesso de crianças e jovens aos bens culturais de suas comunidades, por meio da oferta de transporte, descontos e ingressos gratuitos e a realização de atividades pelas escolas, como oficinas, visitas a museus, excursões ao cinema e ao teatro.

O grande avanço em relação ao direito a cultura foi conquistado ao longo dos 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente o qual apresentou um olhar mais cuidadoso para os direitos dos pequenos, que ainda que com certa dificuldade, as pessoas lembram que existe uma legislação que garante os direitos fundamentais de meninos e meninas. Mas ainda temos que vencer o desafio de fazer com que o Estado democrático funcione e que a legislação seja, efetivamente, colocada em prática,

Sabemos que é por meio do acesso à cultura que crianças e adolescentes constroem a cidadania cultural e não basta apenas aparelhar locais com equipamentos culturais, é preciso dar a crianças e adolescentes a possibilidade de se tornarem construtores de sua própria história, produtores de cultura, aptos a transformar a realidade em que estão inseridos. Nesse sentido, é fundamental a articulação de espaços de interlocução entre os diversos segmentos da sociedade, para juntamente com o poder público debater políticas públicas, conquistas, desafios e oportunidades que de fato atendam toda a população infanto-juvenil

A cultura é considerada como de extrema importância para a criança, já que ela é posta em contato com esse direito desde o momento do nascimento. Ela aprenderá com seus familiares as formas lúdicas de expressão e de relacionamento, bem como as emoções,

posturas e gestos, desenvolvendo-se de acordo com a cultura daqueles. Ao longo de sua vida, desenvolverá este direito de forma mais abrangente. No entanto, tal direito, em se tratando de crianças e adolescentes, não é absoluto, haja vista que se trata de sujeitos em processo peculiar de desenvolvimento.

Vale destacar os documentos de relevância na seara internacional no que tange à infância sobre o direito fundamental à cultura, ou seja, a Declaração da Organização das Nações Unidas - ONU da Criança de 1959 e a Convenção da ONU da Criança de 1989 e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, quais as limitações e/ou proteções são esboçadas no que tange aos direitos culturais.

Assim, a referida Declaração em seu princípio VII traz o direito à cultura como complemento do direito à educação, sendo que expressamente é declarado que "dar-se-á à criança uma educação que favoreça sua cultura geral e lhe permita – em condições de igualdade de oportunidades – desenvolver suas aptidões e sua individualidade, seu senso de responsabilidade social e moral" (DECLARAÇÃO DA ONU, 1959).

A primeira manifestação do direito à cultura no ECA está prevista no artigo 4º, o mesmo artigo que ratifica a proteção integral. Tal direito também está assegurado no artigo 71º, assegurando o direito à informação, cultura, lazer, diversões, espetáculos, serviços, dentre outros.

Assim, todo o povo, no transcorrer de sua história, constrói uma identidade cultural através de suas ações e realizações. No entanto esta identidade, para não se esvaecer no tempo, requer uma consciência coletiva que pense a si mesma como um organismo, existindo em constante movimento. A cultura aliada à educação se apresenta como necessária e merecedora da atenção do poder público, na construção de nova dimensão social, considerando que o acesso ao conhecimento, a informação e oportunidades de vivência de experiências numa diversidade cultural, são fundamentais para capacitar o indivíduo na sua emancipação, diante das dificuldades enfrentadas no atual mundo globalizado.

7.2.1 Cenário Histórico da Cultura em Toledo

Em Toledo, diferentemente de outras áreas de colonização do Estado do Paraná, indivíduos oriundos de uma mesma região, preferiram adquirir suas propriedades em locais onde houvesse famílias afeitas à mesma língua, religião, aos mesmos usos e costumes. Surgiram várias atividades como teatro, música, coral, concursos, festas de igrejas, de carnaval e juninas, bailes, prática de esportes e as improvisadas canções entoadas pelos

pioneiros, serviram para preservar seus traços culturais e étnicos, impregnando a cultura toledana de valores incomensuráveis.

O precursor das artes cênicas em Toledo foi o "Colégio das Irmãs" instalado em 1948, e durante a década seguinte, constantemente seus alunos faziam apresentações ao público local. No entanto, o período áureo das artes cênicas ocorreu na década de 1970, onde integrantes de vários grupos teatrais exerciam atividades por altruísmo puro. Haviam grupos de estudantes dirigidos por professores que montavam peças e se apresentavam com sucesso na comunidade. Dessas iniciativas dos jovens formaram-se grupos teatrais, dentre eles citamos MALUKI em 1973; Grupo Recreativo Esportivo Teatral e Cultural "Águias Humanas", em 1974; Grupo Teatral Independente e Grupo Collase em 1975.Este último no início dos anos 80, passou também a dedicar-se a dança com diversas coreografias.

Entre as diversas manifestações culturais na história local, uma das mais divulgadas foi a música. Instrumentistas pioneiros animavam os bailes realizados no Café Imperial desde o final da década de 1940. No mesmo local esporadicamente haviam sessões de cinema e as primeiras festas da igreja, casamentos, festas juninas, carnavalescas e outros eventos sociais.

O primeiro conjunto musical de Toledo teve origem em 1952, formado por integrantes da família Angeli, que se propunha a animar os eventos festivos na comunidade. A partir do sucesso das primeiras apresentações, e para fazer frente ao progresso do Município, o grupo musical se estruturou com novos integrantes e fundou o conjunto denominado “Jazz Oeste”, que se constituiu num dos mais conhecidos e tradicional grupo de música na década de 1950, propagando em suas apresentações o nome de Toledo para a região.

Em 05 de setembro de 1964 houve a estreia dos “Ritmistas”, cuja modernização da aparelhagem e a versatilidade dos seus integrantes, foram fundamentais para o sucesso do grupo em todo o oeste paranaense, mantendo-se profissionalmente em atividade até o início da década de 2000. Outro destaque musical foi a Banda Lira Antiga, fundada em 1976, que por meio de suas execuções tornou-se atração no Município, apresentando-se em festas, programas culturais, recepção a autoridades e outros eventos, desativada na década de 1980. Na sequência, foi criada a Banda Municipal, vinculada a Secretaria Municipal de Cultura e Esportes, composta de cerca de 30 membros.

O carnaval em Toledo sempre teve participação efetiva da população, cujos eventos carnavalescos de maior adesão eram aqueles realizados em clubes e o carnaval popular, organizado pelo poder público no ginásio de esporte Alcides Pan, com programações para adultos e crianças. A primeira apresentação de carnaval de rua foi na década de 1970, com a escola de samba Passos de Ouro, tendo por local a Avenida São Vicente de Paulo, em frente a

praça Willy Barth. Neste mesmo espaço, na década de 80, houve desfile de carnaval, com as escolas de samba "Véio Ivo" e " Unidos da Vila Pioneira", que também se apresentaram na rua 1º de Maio, Bairro da Vila Pioneiro. As últimas edições de carnaval de rua foram na década de 1990, tendo gradativamente diminuído o entusiasmo dos foliões, com o evento sendo realizado atualmente apenas em alguns clubes e sem a participação infantil.

Há que se considerar a contribuição da iniciativa privada na formação da cultura toledana, com a constituição de associações, clubes, grupos musicais, de corais, de teatro e danças, que preservam costumes, tradições, e implementaram a vida cultural no Município.

O primeiro coral foi constituído em 15 de agosto de 1948, quando o Padre Antonio Patuí convocou um grupo de pessoas, lideradas pelas Irmãs Vicentinas, para cantarem na solenidade de Crisma na então Vila Toledo. E o "Coral da Igreja", como foi chamado, não parou mais suas atividades, e sua presença passou a ser constante no maior encontro dos moradores nos primórdios de Toledo: a missa dominical. Em 1965, quando a catedral ficou pronta, o Coral passou a cantar no coro que ficava entre as duas torres brancas do prédio da primeira catedral de Toledo, e por isso passou a ser denominado de “Voz das Torres”. Após a derrubada da primeira catedral, não havia mais sentido a permanência do nome e em 1977 o Coral passou a ser denominado de “Coral Cristo Rei”, por ser Cristo Rei o patrono da Paróquia, o Padroeiro do Município e da Diocese de Toledo.

Os costumes e hábitos, a música, a dança, a coreografia e as festas dos desbravadores e colonizadores determinaram o surgimento de grupos folclóricos tradicionalistas, como os Centros de Tradições Gaúchas- CTGs, sendo que o primeiro CTG de Toledo, fundado em 1965, denominava-se "Três Fronteiras". Em 2015, o Município conta com dois Centros (CTG Chama Crioula e CTG Estância da Liberdade) que divulgavam a literatura sul-rio-grandense, reunindo todas as correntes étnicas, com organização de atividades com fins culturais, peculiares a vida dos gaúchos. Da mesma forma, como representante da cultura de grupos étnicos, a colônia japonesa fundou em 1962 a Associação Cultural e Esportiva de Toledo-CEATO, com atividades nas áreas de teatro, esporte, preservação da língua e divulgação da culinária japonesa, com destaque para o Sukiyaki, servido no inverno.

Para valorizar as tradições e a cultura italiana, um grupo de descendentes fundou em 1991 o Centro Cultural Ítalo-Brasileiro de Toledo, com sede própria, e em 1997, o Centro Ítalo decidiu criar um festa típica, que ficou conhecida como “ Festa di São Pietro”, uma homenagem ao Santo e em comemoração ao aniversário do Clube. A partir da sua segunda edição o evento passou a integrar o Calendário de Eventos do Município, marcado com muita animação musical, dança, jogos, trajes e pratos típicos.

Portanto, as raízes étnicas, o espírito empreendedor e a unidade do povo toledano contribuíram muito para a evolução cultural do Município. Os costumes, tradições, eventos culturais foram responsáveis pela formação sociocultural da população toledana.

No início da década de 1980 com incentivo do poder público e lideranças do setor cultural, foram criados outros projetos que se destacaram como o Tempo de Cultura, que trouxe para Toledo expoentes nacionais nas diferentes manifestações culturais, que debateram com os toledanos e toledanas, as tendências culturais de nosso país, e oportunizaram o enriquecimento cultural do Município. Passados alguns anos, outros projetos como o Concurso de Contos "Paulo Leminski", Festival de Teatro, Encontro de Corais, surgiram neste cenário cultural.

Em 1983, foi criado o Projeto História, com um grupo de trabalho encarregado de realizar pesquisa histórica sobre o Município, tendo como objetivos o tombamento de dados geográficos e estatísticos, registro sistemático de fatos históricos, organização de arquivo histórico municipal, divulgação de compêndio para fins escolares e livros para comunidade, bem como a instalação do Museu Histórico de Toledo, fato ocorrido em 1984. Entre várias publicações lançadas a partir deste Projeto, destacou-se o livro "Toledo e Sua História", em1988.

Outra grande conquista cultural em 04 de novembro de 1985, foi a criação da Secretaria Municipal de Cultura e Esportes, pela Lei 1.253, numa demonstração por parte da Administração Pública de maior apoio ao setor cultural. Um fato relevante deste apoio no mesmo ano foi a aquisição do prédio para o Centro Cultural de Toledo, espaço cultural que passou a abrigar a Biblioteca Pública, o acervo e exposições do Museu Histórico Willy Barth, o Conselho Municipal de Cultura e o Conselho Municipal de Desportos.

A arte circense em Toledo, iniciada a partir da realização de oficina em 1992 sob o comando de artista cearense, tem o objetivo de educar através da arte e exigiu atenção do poder público para a construção de espaço próprio para a prática circense, envolvendo alunos de escolas públicas no contraturno escolar. Assim surgiu a Trupe Circo da Alegria na Escola Municipal Anita Garibaldi e com ampliação das atividades para outras escolas, novas trupes de circo foram formadas com a apropriação de conhecimentos após alguns anos de prática da arte circense, contando em 2015 com 522 pessoas envolvidas na prática da arte circense no Município, entre crianças, adolescentes e jovens.

A criação da Secretaria Municipal de Cultura em1997, com o objetivo de prover e difundir a cultura em todas as suas formas de manifestação, estimular e orientar as ações culturais confirma esta opção de incentivo à cultura por parte do poder público.

Até a década de 1990 era evidente a carência de espaços próprios para a prática de atividades culturais no Município. Inicialmente para as apresentações eram montados palcos em praças públicas, colégios, clubes, ginásios de esportes, tornando-se comum problemas de acústica e iluminação, o que dificultava a vinda e apresentação de artistas nacionais no Município. Os espaços disponíveis e que reuniam as melhores acomodações para o público e condições para os artistas, pertenciam ao setor privado como o Cine Teatro Guarani, Cine Imperial e auditório do Colégio La Salle, locais onde eram realizadas as edições do FESTIN, espetáculos teatrais e de dança, palestras e outros eventos memoráveis organizados pelo poder público local, iniciativa privada, estabelecimentos de ensino, artistas locais e nacionais.

A inauguração do Teatro Municipal de Toledo em 26 de novembro de 1999, representou para a comunidade toledana a conquista de um espaço cultural público sonhado a décadas, reunindo condições para receber espetáculos locais, nacionais e internacionais, com acústica, iluminação, som e um palco privilegiado para apresentação dos artistas, que também contam com amplos e modernos camarins. Da mesma forma, destacam-se a construção do Centro Cultural Ondy Helio Niederauer em 2004 no Bairro da Vila Pioneiro, do Centro de Artes e Esportes Unificados - CEU em 2012, no Bairro Jardim Europa/América e do prédio próprio para o Museu Histórico Willy Barth em 2015, na Vila Becker, espaços culturais conquistados pela comunidade.

7.2.3 Projetos desenvolvidos pela Secretaria de Cultura

Projeto Violão

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:

Objetivos: Proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento do violão. Oferece também ao aluno teoria e prática musical a fim de permitir a ele executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita.

Ações realizadas: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, direcionamento para o desenvolvimento e formação da técnica violonistica. Os ensaios musicais são realizados durante o curso, assim como apresentações culturais.

Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 29

Quantidade de crianças e/ou adolescentes em demanda reprimida:00

Projeto Guitarra por Música

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Proporcionar ao aluno a fundamentação para o estudo do instrumento, bem como a formação do músico instrumentalista.
Ações realizadas: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música
Quantidade de crianças e/ou adolescentes atendidos: 09
Quantidade de crianças e/ou adolescentes em demanda reprimida: 1

Projeto Saxofone, Flauta Transversal e Clarinete

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Proporcionar ao aluno o ensino dos instrumentos de sopro saxofone, flauta transversal e clarinete, tornando o aluno apto à realização da leitura de partitura musical e a percepção, entendimento e interpretação estilística dos principais estilos musicais.
Ações realizadas: Exercícios de leitura de partitura, exercícios técnicos de mecanismo do instrumento, prática de interpretação os principais estilos musicais e prática de música de câmara, envolvendo todos os alunos destes cursos.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas.
Quantidade de crianças e/ou adolescentes atendidos: 03
Quantidade de crianças e/ou adolescentes em demanda reprimida: 0

Projeto Teoria Musical

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Fundamentar e regulamentar as relações de consonância e dissonância que são parte essencial do sistema musical tonal. Preparar o músico habilitando suas capacidades rítmicas e melódicas proporcionando uma abordagem total da estrutura musical, abordando os fundamentos da linguagem musical assim como sua estruturação e suas regras.

Ações realizadas: Aulas em grupo com orientações direcionadas, juntamente com exercícios teóricos e práticos de leitura musical, bem como elementos da estrutura musical. Treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica da teoria musical.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas.
Quantidade de crianças e/ou adolescentes atendidos: 18
Quantidade de crianças e/ou adolescentes em demanda reprimida no bimestre: 00

Projeto Técnica Vocal

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes, dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal.
Ações realizadas: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica vocal.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 52
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 26

Projeto Musicalização Infantil

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Apresentar de forma lúdica e prazerosa os princípios básicos da música como as propriedades do som, conceitos de dinâmica e andamento, instrumentos, história da música e percepção auditiva, buscando desenvolver a musicalidade da criança através de aulas dinâmicas e diversificadas utilizando o corpo, instrumentos da bandinha rítmica, instrumentos alternativos e a voz.
Ações realizadas: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica vocal.

Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 21
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 23

Projeto Teclado

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Proporcionar ao aluno uma vivência musical através do teclado, utilizando-se da leitura musical, de forma lúdica e criativa. Partindo da compreensão de um repertório musical variado, estimulando gradualmente o aprendizado técnico do mesmo.
Ações realizadas: Avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado),
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos.
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 41
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 15

Projeto Dez Dedos no Teclado

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Desenvolver a sensibilidade rítmica, auditiva e leitura de partituras através da utilização do teclado e piano, proporcionando assim o aprendizado do teclado nos níveis básico, intermediário e adiantado.
Ações realizadas: Avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado), atividades em sala, preparação dos alunos para o recital de fim de ano.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos.
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 02
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 00

Projeto Curso de Pintura em Tela "Arte na Tela"

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o

desenvolvimento da sensibilidade artística, desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida.
Ações realizadas: Aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de pintura a óleo sobre a tela em estudos variados de luz e sombra, cor, composição e texturas com referências na História da Arte e artistas consagrados.
Profissionais que executam a atividade: Instrutora de Artes, qualificada em Artes Plásticas
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 16
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda: 10

Projeto Introdução ao Desenho Artístico

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o desenvolvimento da sensibilidade artística, desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida.
Ações realizadas: Aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de lápis grafite em estudos variados com linhas, hachuras e manchas; técnica de tinta guache e lápis de cor aquareláveis com estudos de cor, luz e sombra e composição através de estudos e releituras de obras de arte e estudos de observação de modelos naturais, possibilitando o aprendizado do desenho nos níveis básico, intermediário e avançado preparando o aluno para criação individual e futuras exposições.
Profissionais que executam a atividade: Instrutora de Artes, qualificada em Artes Plásticas
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 25
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 11

Projeto Formação do Ator

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Propiciar a formação artística de crianças e adolescentes, fornecer elementos que desenvolvam a cidadania e a cultura nos nossos jovens.

Ações realizadas: Finalização de ensaios realizados em bimestre anterior, apresentações culturais no mês de novembro na casa da cultura e dezembro no recital de fim de ano.
Profissionais que executam a atividade: Professor do curso de teatro.
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 42
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 08

Projeto Violão por Música

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivos: Proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento ao violão. Oferece também ao aluno teoria e prática musical a fim de permitir o aluno executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita.
Ações realizadas: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, direcionamento para o desenvolvimento e formação da técnica violonistica. Os ensaios musicais são realizados durante o curso, assim como apresentações culturais.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura plena em Música.
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 58
Quantidade de crianças e/ou adolescentes em demanda reprimida: 33

Projeto Violino, Viola Clássica/Violoncelo

Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos:
Objetivo: Apresentar à população uma nova visão musical, tendo como principal foco o desenvolvimento da música clássico-erudita. Bem como levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora.
Ações realizadas: Aulas práticas e teóricas, atividades em sala de aula, ensaios musicais, aprendizagem das notas e partituras músicas, postura e recitais apresentações culturais.
Profissionais que executam a atividade: Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura em Música.
Quantidade de crianças e adolescentes atendidos: 45
Quantidade de crianças e adolescentes em demanda reprimida: 00

PLANO DE AÇÃO - DIREITO À CULTURA							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Ampliar e implementar espaços Culturais para crianças e adolescentes	Viabilizar a construção de um espaço para o desenvolvimento de atividades artísticas culturais.	Implementar um novo espaço anexo a Casa da Cultura para realização de atividades artística culturais no município.	2018-2025	Numero de espaços construídos	SMC	Secretaria Municipal da Administração, Secretaria Municipal de Planejamento
		Monitorar o funcionamento dos espaços culturais existentes e otimizar a sua utilização	Ampliar o atendimento dos locais pertinentes à Secretaria Municipal da Cultura em 10%,	Ação Continuada	Número de atendimentos, conforme relatório mensal emitido pela SMC.	SMC	SMC
2	Realizar análise contínua de dados para diagnósticos da realidade das demandas artísticas culturais no município.	Manter base de dados atualizada de crianças e adolescentes praticantes de atividades artísticas culturais.	Manter o registro atualizado de crianças e adolescentes participantes dos cursos.	Ação Continuada	Número de cadastros realizados na SMEL	SMC	SMC
3	Universalizar o acesso à Cultura	Desenvolver ações culturais em comunidades e/ou bairros que não tenham estrutura física da SMC	Descentralizar cursos e realizar atividades nas comunidades e/ou bairros	2017-2027	Número de ações desenvolvidas	SMC	Secretarias Municipais
		Desenvolver ações de inclusão para Crianças e adolescente com deficiência	Atender crianças e adolescentes com deficiência em atividades culturais	2017-2027	Número de crianças e adolescentes atendidos	SMC	Secretarias Municipais da Administração, da Educação, do Esporte, da Juventude.
		Promover a capacitação de profissionais para atendimento à crianças com deficiência.	Promover a capacitação de profissionais no atendimento com crianças e adolescentes com deficiência.	2017-2027	Número de profissionais capacitados para atendimento.	SMC	Secretarias Municipais da Administração, de Recursos Humanos

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
4	Manter o quadro de profissionais da SMC capacitado e Atualizado	Promover cursos de capacitação para os profissionais	Promover a capacitação de profissionais em diferentes áreas de atuação, para atendimento às diversas linguagens artísticas	2017-2027	Número de profissionais capacitados para atendimento.	SMC	Secretarias Municipais da Administração, de Recursos Humanos
5	Desenvolver ações e atividades para formação de plateia para diversas linguagens culturais	Realizar festivais e mostras das diversas linguagens culturais	Atingir no mínimo 20% de crianças e adolescentes do município .	Ação Continuada	Número de Crianças atendidas	SMC	Secretarias Municipais da Administração, da Educação, do Esporte, da Juventude.

7.3 DIREITO AO ESPORTE E AO LAZER

No seu artigo 4º, o Estatuto da Criança e do Adolescente também estabelece responsabilidades à sociedade civil e à Administração Pública, como proporcionar meios que possibilitem a prática de atividades esportivas por crianças e adolescentes, entre outros direitos. Dessa forma, cabem ao governo, as comunidades de civis e órgãos dos entes da Federação fomentar e elaborar políticas públicas que visam fornecer o acesso a tais práticas, dando seguridade ao jovem para poder acessar a estes dispositivos como fatores que possibilitam formá-los como indivíduos e cidadãos, assim como estabelece a lei. Tal documento legal também determina que a prática do desporto constitua um dos direitos à liberdade, que será assegurado pelo Poder Público, a família e a sociedade em geral.

Para efeitos de criação e implementação de políticas públicas voltadas ao esporte, a Constituição Federal estabelece, em seu artigo 226 que o Poder Público deve dar prioridade na destinação de recursos orçamentários para a fomentação da prática de atividade física, construção e manutenção de espaços para que tal ato possa ser realizado. A seção que diz respeito ao desporto também estabelece atribuições ao Estado, como a garantia de incentivo a prática do desporto para crianças, adolescentes. Esta lei possui determinações consoantes à Constituição Federal, no que diz respeito às leis do setor em questão.

Além disso, dispositivos como a Lei de Incentivo ao Esporte também permite a acumulação de recursos ao desporto, a partir do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, onde estas devem declarar a destinação de tal recurso financeiro a projetos desportivos, aprovados por uma Comissão Técnica do governo. Desta forma, além do Poder Público, a sociedade civil também pode contribuir para a realização do desporto oficial ou não-oficial.

Como as demais políticas que garantem direitos Humanos de Crianças e Adolescentes o Poder Público e a sociedade possuem a responsabilidade de incentivar e fomentar iniciativas e projetos que tenham como finalidade o desenvolvimento pleno destes indivíduos inimputáveis, mas que adquirirão o status de cidadãos brasileiros num futuro próximo. Para isso, é necessário focar na formação, implementação e avaliação de políticas públicas que possam atender a essa demanda, que devem também estar em harmonia com as leis vigentes no Brasil.

Porém, mesmo como garantia estabelecida nas mais diversas legislações um fator a ser notado, que é de suma importância na implantação de tais projetos, é de como tais políticas públicas são gerenciadas, através de seus agentes e atores que atuam junto aos poderes para

que os programas possam ser implementados, levando em conta as demandas da sociedade no que diz respeito à garantia do direito constitucional de acesso as políticas de esporte.

No âmbito do Município de Toledo, no que se refere ao atendimento da criança e do adolescente, a Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo, segue 4 linhas de trabalho para o atendimento à população do município, sendo; Lazer e Recreação, Programas de iniciação esportiva, Programa de atendimento ao Rendimento no Esporte e Programa de Paradesporto.

O setor de lazer e recreação, desenvolve atividades que atende crianças e adolescentes de 01 à 17 anos. Contando com uma estrutura de equipamentos de recreação, com cama-elástica e brinquedos infláveis, proporciona atividades recreativas em Escolas Municipais e bairros e distritos do município, além de realizar atividades recreativas em festas gastronômicas e eventos oficiais do município

O Setor de Iniciação Esportiva, compreende o maior volume de atendimentos à crianças e adolescentes, o trabalho desenvolvido baseia-se na oferta de atividades esportivas nos núcleos de atendimento da Secretaria de Esportes, proporcionando a população acesso ao esporte através de profissionais de Educação Física formados, em estruturas físicas adequadas, próximas aos locais que demandam estas atividades, preferencialmente onde crianças e adolescentes possam estar em risco social. Sendo as atividades desenvolvidas por este setor, voltadas aos conceitos de "Esporte Formador e Transformador", conceitos estes que visam a formação de cidadãos responsáveis, com saúde e fisicamente ativos.

Desde 2015 a Secretaria de Esportes e Lazer passou a ter o setor de Paradesporto, que hoje atende crianças e adolescentes com deficiência. São atendidas as modalidades e Judô para cegos, Judô para surdos, Para-atletismo, natação e xadrez.

Complementando as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Esportes e Lazer, o setor de Rendimento no Esporte, atende a demanda de crianças e adolescentes que se destacam no setor de iniciação, e que podem ter um futuro promissor no esporte, as atividades executadas em núcleos específicos do município e que visam a participação destes adolescentes nas modalidades esportivas como "atletas" representantes do município em competições oficiais de nível, municipal, regional e estadual.

Para atendimento à população a SMEL conta com uma estrutura de 46 professores de educação física, 2 motoristas, 1 auxiliar administrativo e 5 auxiliares de serviços gerais.

A Estrutura Administrativa tem o cargo de Secretaria(o) de Esportes, Coordenador do Setor Administrativo Financeiro, Coordenador do Setor do Idoso, Coordenador de Lazer e Recreação, Coordenador de Esporte de Base e Estrutura Física, Coordenados de Esporte de Rendimento e Coordenador do Paradesporto.

A estrutura física da Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo está distribuída nos bairros de Toledo, contando com 9 campos de futebol, pista de skate e pista de bicicross, 10 Ginásios Poliesportivos, 1 pista de atletismo (anexa ao estádio municipal), 2 piscinas públicas 1 estádio municipal, 1 centro olímpico, 7 campos sintéticos.

Espaços Físicos Esportivos da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

Nome	Tipo	Endereço	CEP
Centro Esportivo Aldanir Angelo Rossoni	Ginásio	Av. Ministro Cirne Lima n° 4180	85904-460
Centro Esportivo Adenir José Massola	Ginásio	Rua Rodrigues Alves n°1366	85903-500
Centro Esportivo XIV de Dezembro	Piscina e Campo Sintético	Rua Guanabara s/n°	85902-580
Centro Olímpico Arnoldo Bohnen	Centro Esportivo	Rua Guanabara s/n°	85902-580
Complexo Esportivo Euzébio Garcia	Ginásio e Piscina	Rua Mario Pudell	85909-446
Centro esportivo Lauri Jose Simon	Ginásio	Av. Senador Attílio Fontana n°3055	85911-260
Ginásio de Esportes Dez de Maio	Ginásio	Distrito de Dez de Maio	
Ginásio de Esportes de Novo Sarandi	Ginásio	Distrito de Novo Sarandi	
Ginásio de Esportes Alcides Pan	Ginásio	Rua Protásio Alves n° 1640	85905-325
Ginásio de Esportes Hugo Zeni	Ginásio	Rua Protásio Alves s/n°	85905-325
Ginásio Esportes Jaime Zeni	Ginásio	Rua Adilson Bier s/n°	85906-250
Centro Esportivo Luciano Lauro Longen	Ginásio	Rua Valério Lambaré n° 140	85908-370
Estádio Municipal 14 de Dezembro	Estádio	Rua da Faculdade s/n°	85903-000
Campo do Jardim Coopagro	Campo de Futebol	Rua Claudio Areco n° 1245	85903-707
Centro Esportivo da Vila Industrial	Campo de	Rua Santos Dumont s/n°	85904-450

	Futebol		
Campo do Jardim Gisela	Campo de Futebol	Rua Borges de Medeiros s/n°	85905-290
Campo do Jardim Porto Alegre	Campo de Futebol	Rua Paraná esq. c/ Ramiro Zibeti	85906-120
Campo dos Amadores	Campo de Futebol	Rua Presidente Emílio Médici	85906-695
Campo do jardim América	Campo de Futebol	Rua General Canabarro s/n°	85908-149
Centro Esportivo Deolindo Cordeiro	Campo de Futebol	Rua São Francisco Falso s/n°	85909-554
Campo do Aliança	Campo de Futebol	Rua 1° de Maio esq c/ Gonçalves Ledo	85910-160
Centro Esportivo Nelson Miguel Schardong	Campo de Futebol	Rua Reinaldo Barili esq. Américo Sartori	85915-010
Campo Sintético Jardim Coopagro	Campo Sintético	Rua Willy Wey n° 5311	85903-460
Campo Sintético da Guarda Municipal	Campo Sintético	Rua Japão n°1111	85906-737
Campo Sintético Bairro Bela Vista	Campo Sintético	Rua Castro Alves n° 1005	85908-140
Campo Sintético Europa/América	Campo Sintético	Rua Félix da Cunha n° 571	85908-340
Campo Sintético Praça das Bandeiras	Campo Sintético	Rua 1° de Maio esq c/ Gonçalves Ledo	85910-160
Parque Frei Alceu	Quadra	Rua São Paulo	85906-150

	de Areia		
Pista de Bicicross	Pista de Bicicross	Rua Minhas Gerais s/n°	85906-170
Pista de Skate	Pista de Skate	Rua Minhas Gerais s/n°	85906-170

7.3.1 Programas da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

A Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo é uma importante ferramenta de trabalho com crianças e adolescentes, proporcionando atividades esportivas saudáveis, ofertando as atividades em áreas onde as crianças e adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade social.

São ofertadas 16 modalidades esportivas nos naipes masculinos e femininos. Estas modalidades são distribuídas sempre levando em consideração a demanda do local onde está sendo proposta, a disponibilidade de estrutura física, de recursos humanos e materiais.

A partir de 2014 foi implantado Programa Passe atleta, que disponibiliza 4400, vales transporte para crianças e adolescentes se deslocarem para realizar atividades esportivas em outros locais. Estas crianças e adolescentes são selecionadas pelos professores das modalidades, e recebem o cartão do vale transporte para se deslocar até núcleos de treinamento específico para o desenvolvimento do rendimento do esporte praticado.

Buscando sempre seguir as orientações das políticas nacionais do esporte, os trabalhos propostos e desenvolvidos buscam nas teorias do Esporte Formador e Transformador, objetivando oferecer o esporte com opção de formação de um cidadão saudável e transformação de crianças e adolescentes que possam estar em situação de risco.

Em 2013 a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer sofreu uma profunda reestruturação, dividindo a estrutura funcional em setores de Administração, Lazer e Recreação, Esporte de Base, Esporte de Rendimento, Paradesporto e Setor do Idoso. Juntamente com essa reestruturação, foi possível desenvolver um trabalho eficiente no diagnostico das necessidades da população, sendo que uma das ações foi a divisão do município em 5 setores regionais, que possibilitou delimitar os espaços e as necessidades de implementação de atividades esportivas baseados na disposição geográfica das estruturas físicas e dos locais de maior vulnerabilidade social para crianças e adolescentes.

Tabelas com os dados do Esporte divididas por modalidade Esportiva:

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
1	**BASQUETE-BOL** - Masculino - Feminino	--	G.E. Jaime Zeni	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **Basquetebol,** 3 (Três) vezes por semana no período matutino e vespertino	De 7 a 18 anos	400	350	Não tem
1		--	G.E. Adenir Jose Massola		De 7 a 18 anos	50	20	Não tem
1		--	G.E. Aldanir Angelo Rossoni		De 7 a 18 anos	50	0	Não tem
1		--	Esc. Mun. Shirley M. L. S.		De 7 a 18 anos	25	18	Não tem
1		--	Esc. Mun. Egon Verner Bercht		De 7 a 18 anos	25	20	Não tem
1		--	Esc. Mun. Anita Garibaldi		De 7 a 18 anos	25	20	Não tem
1		--	Esc. Mun. Carlos Friedrich		De 7 a 18 anos	25	14	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend	Demanda reprimida
2	**CAPOEIRA** - Masculino - Feminino	--	Centro Esportivo Arnoldo Bohnen	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **Capoeira**, 3 (Três) vezes por semana matutino e vespert.	De 5 a 18 anos	40	30	Não tem
2		--	Ginásio de Esportes Lauri Simon		De 5 a 18 anos	40	22	Não tem
2		--	Esc. Mun. Ari Arcassio Gossler		De 5 a 18 anos	40	33	Não tem
2		--	Esc. Mun. José Pedro Brum		De 5 a 18 anos	40	31	Não tem
2		--	Esc. Mun Waldyr L. Becker		De 5 a 18 anos	40	27	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
3	**FUTEBOL** - Masculino	--	Campo dos Amadores	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **Futebol de Campo** Masculino 3 (Três) vezes por semana no período matutino e vespertino	De 7 a 18 anos	70	45	Não tem
3		--	Campo Centro Esportivo XIV de Dezembro		De 7 a 18 anos	40	30	Não tem
3		--	Campo Complexo Esportivo da Vila Industrial		De 7 a 18 anos	50	22	Não tem
3		--	Campo do Jd Esplanada		De 7 a 18 anos	30	12	Não tem
3		--	Campo do Jd América		De 7 a 18 anos	50	0	Não tem
3		--	Campo do Filadelfia		De 7 a 18 anos	30	0	Não tem
3		--	Campo Sintético Jd Europa		De 7 a 18 anos	80	50	Não tem
3		--	Compo do Jd São Francisco		De 7 a 18 anos	50	25	Não tem
3		--	Campo Sintetico Jd Coopagro		De 7 a 18 anos	50	27	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
4	**FUTSAL** - Masculino	--	Gin. Esportes Alcides Pan	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **Futsal Masculino 2 ou 3** vezes por semana no período matutino e vespertino	De 7 a 18 anos	180	130	Não tem
4		--	Gin. Esportes Aldanir A. Rossoni		De 7 a 18 anos	100	75	Não tem
4		--	Gin. Esportes Jaime Zeni		De 7 a 18 anos	100	45	Não tem
4		--	Gin. Esportes Lauri J. Simon		De 7 a 18 anos	300	220	Não tem
4		--	Gin. Esportes Luciano L. Longen		De 7 a 18 anos	250	180	Não tem
4		--	Gin. Esportes N. Sarandi		De 7 a 18 anos	100	88	Não tem
4		--	Gin. Esportes X de Maio		De 7 a 18 anos	50	35	Não tem

4		--	Gin. Esporte Euzébio Garcia		De 7 a 18 anos	200	156	Não tem
4		--	Esc. Mun. Shirley Lorandi		De 7 a 18 anos	30	14	Não tem
4		--	Esc. Mun. Ivo Welter		De 7 a 18 anos	30	12	Não tem
4		--	Esc. Mun. Olivo Beal		De 7 a 18 anos	30	15	Não tem
4		--	Esc. Mun. José Pedro Brum (CAIC)		De 7 a 18 anos	50	27	Não tem
4		--	Esc. Mun. Oswaldo Cruz		De 7 a 18 anos	30	12	Não tem
4		--	Esc. Mun. Reinaldo Arrosi		De 7 a 18 anos	30	17	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
5	**FUTSAL** - Feminino	--	G. E. Euzébio Garcia	**Futsal Feminino** 3 (Três) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	200	112	Não tem
5		--	G. E. Luciano Lauro Longen		De 7 a 18 anos	50	22	Não tem
5		--	Esc. Mun. José Pedro Brum		De 7 a 18 anos	50	25	Não tem
5		--	Esc. Mun. Shirley. M. L. S.		De 7 a 18 anos	25	11	Não tem
5		--	Esc. Mun. Ivo Welter		De 7 a 18 anos	25	0	Não tem

N	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
7	**HANDEBOL** - Masculino - Feminino	--	Ginásio de Esportes Alcides Pan	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **HANDEBOL** 3 (Tres) vezes por	De 7 a 18 anos	200	98	Não tem
7		--	Ginasio de Esportes Lauri J. Simon		De 7 a 18 anos	100	56	Não tem
7		--	Ginasio de Esportes Euzébio Garcia			100	72	

7		--	Ginásio de Esportes Luciano Lauro Longen	semana no período vespertino		100	35	

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
8	**JUDÔ** - Masculino - Feminino	--	Centro Olimpico Arnoldo Bohnen	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **JUDÔ** 2 (duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	200	145	Não tem
8		--	Ginásio de Esportes Euzebio Garcia		De 7 a 18 anos	100	0	Não tem
8		--	Centros da Juventude		De 7 a 18 anos	200	50	Não tem
8		--	Jd Europa		De 7 a 18 anos	50	45	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
9	**NATAÇÃO** - Masculino - Feminino	--	Piscina Pública – Centro Esportivo IVX de Dezembro – Jd. Santa Maria	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **NATAÇÃO** 3 (Três) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	500	389	Não tem
			Piscina Pública – Aldo Belo - Pioneiro			500	335	

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
10	**KARATÊ** - Masculino - Feminino	--	Centro Olimpico Arnoldo Bohnen	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **KARATÊ** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	150	110	Não tem
10		--	AER Sadia		De 7 a 18 anos	100	45	Não tem
10		--	Centro da Juventude		De 7 a 18 anos	100	35	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
11	**TENIS DE MESA** - Masculino - Feminino	--	Centro Olímpico	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **TENIS DE MESA** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos			Não tem
11		--	CAIC		De 7 a 18 anos			Não tem
11		--			De 7 a 18 anos			Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
12	**VOLEIBOL** - Masculino - Feminino	--	Ginásio de Esportes Hugo Zeni	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **VOLEIBOL MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas)	De 7 a 18 anos	200	150	Não tem
12		--	Ginásio de Esportes Aldanir Rossoni		De 7 a 18 anos	80	20	Não tem
12		--	Ginásio de Esportes Lauri Simon		De 7 a 18 anos	80	30	Não tem
12		--	Escola Municipal Shirley Lorandi		De 7 a 18 anos	30	12	Não tem

12		--	Ginásio de Esporte Luciano L. Longen	vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	100	44	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
13	**VOLEI DE PRAIA** - Masculino - Feminino	--	Praça Chico Mendes	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **VÔLEI DE PRAIA MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	30	17	Não tem
13		--	Praça Coopagro		De 7 a 18 anos	30	12	Não tem
13		--	Parque Urbano Frei Alceu		De 7 a 18 anos	30	22	Não tem
13		--			De 7 a 18 anos			Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
14	**XADREZ** - Masculino - Feminino	--	- SMED - Esc. Mun. Alberto Santos Dumond	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **XADREZ MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	50	25	Não tem
14	**XADREZ** - Masculino - Feminino	--	G. E. Alcides Pan		De 7 a 18 anos	100	44	Não tem

14	**XADREZ** - Masculino - Feminino		Biblioteca Pública Municipal		De 7 a 18 anos	50	12	
14	**XADREZ** - Masculino - Feminino		Centros da Juventude		De 7 a 18 anos	100	0	

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
1	SESI ATLETA DO FUTURO	Atividades esportivas em escolinhas	-Ginásio de Esportes da AE.R. Sadia -Ginásio de Esportes do SESI -Escola Ecológica Borges de Medeiros, Carlos Friedrich, Norma Belotto, Shirley Lorandy, Antônio Scain, Egon Werner, Jardim Concórdia, São Francisco, Waldir Luiz Becker, Vereador José Pedro Brum – CAIC , Casa da Cultura, Colégio La Salle, Colégio FUNET, Colégio Estadual São Francisco, Centro dos Idosos do Jardim Porto Alegre , São Luiz, UNIPAR CAMPUS II	Propiciar a prática esportiva em suas diversas formas de manifestação vislumbrando a criação da cultura e do hábito esportivo	De 5 A 18 Anos	2500	2156	

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas atend	Nº de Atende.	Demanda reprimida
14	GA	--	Ginásio da UNIPAR	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **XADREZ MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	200	89	Não tem
14		--			De 7 a 18 anos			Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
14	Atletismo	--	Pista de Atletismo Estádio XIV de Dezembro	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **XADREZ MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	100	22	Não tem
14	Atletismo	--	Centro da Juventude		De 7 a 18 anos	100	45	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
14	**Rugby**	--	Complexo Esportivo da Vila Industrial	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de RUGBY 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	200	80	Não tem
14	Rugby	--	Campo do Jd América		De 7 a 18 anos	50	0	Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
14	**Jiu Jitsu**	--	Centro da Juventude	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **JIU JITSU** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	50	30	Não tem
14		--			De 7 a 18 anos			Não tem

Nº	Programa	Eixo de Complexidade	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos	Metas a atender	Nº de atend.	Demanda reprimida
14	**Badminton**	--	Escola Municipal Jose Pedro Brum	Atender crianças de 7 a 18 anos com a modalidade de **XADREZ MASCULINO E FEMININO** 2 (Duas) vezes por semana no período matutino e vespertino.	De 7 a 18 anos	100	25	Não tem
14		--			De 7 a 18 anos			Não tem

PLANO DE AÇÃO – DIREITO AO ESPORTE E AO LAZER							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Ampliar e implementar espaços de referência e atendimento esportivo de recreação e lazer para crianças e adolescentes	Viabilizar a construção de novos espaços para a prática de modalidades esportivas, desenvolvimento de atividades de lazer e de recreação.	Implementar 2 novos espaços para prática esportiva, de lazer e recreação no município.	2017-2025	Número de espaços construídos	SMEL	Sec. Mun. Juventude Sec. Mun. Administração Secretaria Municipal de Planejamento
		Monitorar o funcionamento dos espaços esportivos existentes e otimizar a sua utilização para atendimento preferencialmente próximo a sua capacidade máxima.	Ampliar o atendimento dos locais pertinentes à SMEL em 10%,	Ação Continuada	Número de atendimentos, conforme relatório mensal emitido pela SMEL.	SMEL	SMEL
2	Realizar análise contínua de dados para diagnósticos da realidade das demandas esportivas existentes no município.	Manter base de dados atualizada de crianças e adolescentes praticantes de modalidades esportivas.	Manter o registro atualizado por meio de sistema eletrônico, de crianças e adolescentes participantes dos projetos.	Ação Continuada	Número de cadastros realizados na SMEL	SMEL	SMEL
3	Universalizar o acesso ao esporte	Desenvolver programas de acesso ao esporte de base em comunidades e/ou bairros que não tenham estrutura física da SMEL	Acrescentar 10 núcleos de base em comunidades e/ou bairros que não tenham estrutura física da SMEL.	2017-2025	Número de núcleos em funcionamento	SMEL	SMEL SMJ Associações de Moradores SMED SEED
		Desenvolver programas de acesso ao esporte de Crianças com deficiência ao esporte de base.	Atender crianças e adolescentes com deficiência em modalidades esportivas de base.	2017-2025	Número de crianças com necessidades e	SMEL	SMEL SMED Instituições de atendimento especializado.
		Promover a capacitação de profissionais para atendimento à crianças com deficiência.	Promover a capacitação de profissionais no atendimento com crianças e adolescentes com deficiência.	2017-2025	Número de profissionais capacitados para atendimento.	SMEL	SMEL Sec. Mun. Administração

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
4	Manter o quadro de profissionais da SMEL capacitado e Atualizado	Promover cursos de capacitação para os profissionais	Promover a capacitação de profissionais em diferentes áreas de atuação, para atendimento às diversas modalidades esportivas e olímpicas.	2017-2025	Número de profissionais capacitados para atendimento.	SMEL	SMEL Sec. Mun. Administração
5	Monitorar e avaliar os projetos, programas e serviços que atendem as crianças e adolescentes.	Criar instrumentos de avaliação e um instrumento específico para avaliar os projetos, programas e serviços que atendem às crianças e adolescentes.	Aplicar o instrumento de avaliação em 100% dos projetos, programas e serviços que atendem as crianças e adolescentes.	Ação Continuada	Número de projetos, programas e serviços avaliados.	SMEL	Parceiros conveniados e de cooperação técnica.
6	Criar a cultura do esporte, lazer e atividade física na criança e adolescente, garantindo uma melhor qualidade de vida através da prática do exercício físico.	Desenvolver dois projetos de Esporte/Participação/Lazer no Município para atendimento de crianças e adolescentes	Atingir no mínimo 30% de crianças e adolescentes do município atendidas nestes programas no ano.	Ação Continuada	Número de Crianças atendidas	SMEL	SMEL SMJ

EIXO 5
DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO NO TRABALHO



8 EIXO 5 - DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO NO TRABALHO

8.1 MARCO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESFERA NACIONAL E NO MUNICIPIO DE TOLEDO

A profissionalização e a proteção no trabalho são direitos fundamentais assegurados aos adolescentes a partir dos 14 anos. O interesse dos adolescentes de se qualificarem profissionalmente para o exercício do trabalho na maior idade é protegido pelo direito à profissionalização, por ser elemento essencial para a inserção futura no mercado de trabalho (MACHADO, 2003). O trabalho permitido ao adolescente, deve ser realizada com especial cautela e atenção, em razão de sua condição peculiar de desenvolvimento e da proteção excepcional e integral a que faz jus. O respeito às normas que regulamentam a proteção no trabalho aos adolescentes é, pois, fator determinante para que outros direitos fundamentais não sejam violados e para que não haja consequências prejudiciais no seu desenvolvimento.

O art. 60 do Estatuto foi revogado diante da nova redação do art. 7º, XXXIII, da CF/1988, trazido pela Emenda Constitucional nº 20/1998, que estabelece que é proibido o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos, e qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos. A matéria sobre a aprendizagem dos adolescentes é abordada com diretrizes e princípios pela CF/1988, e especificamente regulamentada pelo Estatuto e pela CLT, em especial com as alterações trazidas pela Lei nº 10.097/2000, com dispositivos que se complementam. Antes dos 14 anos é proibido qualquer trabalho; dos 14 aos 18 anos os adolescentes têm direito ao trabalho protegido, ou seja, é permitido na condição de aprendiz e é proibido o trabalho noturno, insalubre e perigoso; a partir dos 16 anos é permitido o trabalho fora do processo de aprendizagem (PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná, 2013).

O trabalho na condição de aprendiz, que consiste no trabalho inserido em um programa de aprendizagem, com vistas à formação técnico-profissional, é permitido a partir dos 14 anos de idade. Nesse sentido, a aprendizagem é a formação técnico-profissional ministrada segundo as diretrizes e bases da legislação da educação em vigor (art. 62 do Estatuto, arts. 2º, 27, III, 28, III, 36, § 4º e 39 a 42 da LDB). Essa formação deve abranger:

- O ensino geral;
- O desenvolvimento da personalidade;

- O desenvolvimento do caráter e das faculdades de compreensão;
- O julgamento, expressão e adaptação;
- A aquisição de conhecimentos e aptidões práticas específicas, necessários ao exercício de determinada profissão, inerentes à formação profissional.

A formação técnico-profissional vai muito além de apenas formar o adolescente como um profissional, ela revela-se como uma etapa do processo educacional e forma um cidadão, contribuindo também para o desenvolvimento de seus valores, caráter e personalidade (OLIVEIRA, 2005). A formação técnico-profissional do adolescente, considerando sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento, deve observar os princípios elencados no art. 63 do Estatuto, a fim de que não prejudique seus demais direitos fundamentais. Portanto, deve haver a garantia de acesso e frequência obrigatória ao ensino regular, visto que a aprendizagem profissional é um processo educacional complementar e interdependente com o ensino regular. A atividade de formação deve ser compatível com o desenvolvimento do adolescente, não podendo ser prejudicial ao seu processo de formação física, psíquica, moral e social. É preciso observar horário especial para o exercício das atividades, levando-se em conta também a necessidade de alternância entre os períodos de teoria e prática na aprendizagem (art. 227, § 3º, III, CF/1988, e arts. 403 e 428 da CLT).

Conforme o PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná (2013) diferenciam-se duas modalidades de aprendizagem quanto ao modo de aquisição, a escolar e a empresária, indicando os responsáveis pela transmissão e qualificação e não apenas o local em que é realizada.

No caso da aprendizagem escolar, a legislação não cogita a existência de vínculo de emprego, visto que o trabalho complementa estreitamente o ensino escolar, diametralmente oposto ao que ocorre com a aprendizagem empresária (FONSECA, 2005). O estágio profissionalizante, regulamentado pela Lei nº 11.788/2008, é caracterizado como aprendizagem escolar, uma vez que a lei exige um convênio entre a empresa e a escola, bem como a formalização de um contrato entre o educando, a parte concedente do estágio e a instituição de ensino (FONSECA, 2005). Reforçando essa caracterização, a mesma lei estatui que o estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, e deve ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino (arts. 1º e 3º, § 1º, Lei nº 11.788/2008).

A aprendizagem empresária tem seus preceitos específicos estabelecidos pelas Leis nº 10.097/2000 e nº 11.180/2005, que reformularam artigos da CLT (arts. 428 a 433 da CLT), e

pelo Decreto nº 5.598/2005. A Portaria 723/2012, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), regulamentou este Decreto, criando o Cadastro Nacional de Aprendizagem Profissional (CNAP), destinado ao cadastramento das entidades qualificadas em formação técnico-profissional metódica definidas no art. 8º do Decreto. Nesse caso, ao adolescente aprendiz, maior de 14 anos, são assegurados os direitos trabalhistas e previdenciários (art. 227, § 3º, II, CF/1988, e art. 65, Estatuto). A aprendizagem é objeto de um contrato de trabalho especial do qual resultam obrigações recíprocas, em que o empregador se compromete a transmitir formação técnico-profissional ao adolescente, e este, por sua vez, compromete-se a executar as atividades programadas necessárias a essa formação (art. 428, caput, CLT).

É obrigatório o registro, na carteira de trabalho do adolescente aprendiz, do contrato com indicação da matrícula e frequência no ensino fundamental, caso não o tenha concluído. O contrato deverá ser por prazo determinado, o período necessário para concluir a formação, vinculado ao prazo máximo de dois anos. O aprendiz, assim, é considerado empregado para todos os efeitos legais, conferindo-lhe os direitos trabalhistas e previdenciários. Em regra, a duração da jornada de trabalho do aprendiz é de 6 horas diárias, dentre atividades teóricas e práticas, vetadas horas extras e regime de compensação. É possível, no entanto, jornada de 8 horas, se o adolescente aprendiz já tiver concluído o ensino fundamental (arts. 428 e 432, caput e § 1º, CLT).

A Emenda Constitucional nº 20/1998, trouxe a nova dicção constitucional, revogando o art. 64 do Estatuto e veta qualquer trabalho para os menores de 14 anos. A remuneração do adolescente aprendiz, a partir dos 14 anos, é garantida com o salário-mínimo/hora, salvo condição mais favorável (art. 428, § 2º, da CLT).

Consoante a proteção especial garantida constitucionalmente, assegura-se o trabalho protegido ao adolescente com deficiência, de forma que o Estado deve promover programas de assistência integral, incluindo a prevenção e o atendimento especializado para as pessoas com deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem com deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. Vale lembrar também a vedação a qualquer discriminação de salário ou critérios de admissão ao trabalhador com deficiência (arts. 7º, XXXI, 227, § 1º, II, da CF/1988, e art. 66, Estatuto). Objetiva-se a efetiva integração do adolescente com deficiência na comunidade, mediante o exercício de uma atividade que lhe garanta o sustento e como forma de realização pessoal e superação da própria deficiência,

evitando sua marginalização social. No entanto, o adolescente com deficiência possui maior vulnerabilidade do que os demais, motivo pelo qual requer espectro maior e mais específico de proteção, sendo cogente a comunhão de esforços das áreas da saúde, educacional e trabalhista nessa tarefa (AMADEI, 2005).

Faz-se necessário atentar, ainda, para a adequação das condições de trabalho e da formação técnico-profissional para as especificidades referentes ao grau e ao tipo de deficiência que o adolescente apresentar, a fim de que realmente possa haver aproveitamento de suas capacidades bem como a futura inserção no mercado de trabalho sem prejudicar seu desenvolvimento.

O trabalho do adolescente, seja qual for a modalidade ou natureza do vínculo, deve observar as vedações ao trabalho noturno, perigoso, insalubre ou penoso e em locais ou horários prejudiciais ao seu desenvolvimento e formação escolar (art. 67, Estatuto). A Portaria nº 20/2001, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), estabelece as atividades em que é proibido o trabalho dos adolescentes, especificando os locais e serviços considerados como perigosos ou insalubres. Caracteriza-se como perigoso todo trabalho que seja inseguro, expondo ao risco a integridade física do adolescente. Atividades insalubres são aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde. Já o trabalho penoso consiste nas atividades que importam maior desgaste físico ou psíquico, exige desprendimento de força muscular desproporcional ao desenvolvimento físico ou que possa comprometê-lo (OLIVEIRA, 2005). O período noturno de trabalho é o compreendido entre as 22 horas de um dia e as 5 horas do dia seguinte, sendo que este período aplica-se também ao trabalho rural, visto que o Estatuto configura-se como lei específica. É preciso fazer a ressalva de que a maior parte das atividades desenvolvidas no meio rural pode ser considerada como trabalho penoso, o que o torna proibido, de forma que o trabalho do adolescente no meio rural só é permitido se observar a todas as restrições e condições legais.

Oliveira (2005) menciona também que os adolescentes não podem trabalhar em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, considerados como trabalhos que vinculem objetos que ofendam a moral, independentemente dos locais em que sejam realizados. Existem ainda trabalhos que não são aconselhados aos adolescentes pela sua falta de maturidade física ou psicológica. Configura-se como socialmente prejudicial todo trabalho que impeça o convívio do adolescente com a família, a escola e o lazer.

Reunindo a natureza dos trabalhos proibidos acima mencionados, o Decreto nº 6.481/2008 estabelece a lista das atividades vedadas para pessoas com menos de 18 anos de idade (Lista TIP), elencando em seu anexo grandes grupos de atividades e os prováveis riscos ocupacionais e repercussões à saúde do adolescente, nas áreas de:

- Comércio;
- Construção civil;
- Distribuição de eletricidade, gás e água;
- Industriais;
- Pesca;
- Serviços coletivos, sociais, pessoais e domésticos, além de estabelecer os trabalhos proibidos por serem prejudiciais à moralidade; e
- Transporte e armazenagem;

Desta forma, segundo Oliveira (2005, p. 232) "é proibido ao adolescente trabalhar em ambientes ou atividades insalubres, penosas e perigosas, mesmo que lhe sejam oferecidos os equipamentos de proteção, pois estudos científicos atestaram que o organismo das crianças e dos adolescentes é mais suscetível a elementos agressivos". O Decreto nº 6.481/2008 prevê exceções a essa regra, conforme art. 2, § 1º, incs. I e II.

Para a efetivação do direito à proteção no trabalho é necessária uma fiscalização atuante e rígida – principalmente por parte das autoridades, mas também de toda a sociedade – das condições de trabalho em que estão inseridos os adolescentes. Incumbe assim ao Ministério do Trabalho, precipuamente, fiscalizar o respeito às normas que regem o trabalho na relação de emprego, com atuação na esfera judiciária do Ministério Público Federal e da Justiça do Trabalho. O trabalho dos adolescentes fora da relação empregatícia também recebe proteção, cabendo ao conselho tutelar, promotor de justiça e ao juízo da infância tomar as providências devidas, como exigir frequência à escola (OLIVEIRA, apud PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná, 2013).

Orientando-se pelas premissas de que o trabalho do adolescente deve ser complementar à sua formação educacional, esta atividade, primordial típica dessa fase e essencial ao adequado desenvolvimento, deve existir a compatibilidade entre a jornada de trabalho e a regular frequência à escola. A atividade laboral, portanto, não pode prejudicar o acesso e a frequência escolar, os quais sempre terão precedência.

O Estatuto determina que os programas sociais que sejam calcados no trabalho educativo, devam assegurar condições de capacitação para o exercício de atividade regular remunerada. É considerada como educativa a atividade laboral em que prevalecem sobre o aspecto produtivo as exigências pedagógicas relativas ao desenvolvimento pessoal e social do educando. Constata-se que é essencial para essa caracterização que a atividade laboral esteja enquadrada em um projeto precipuamente pedagógico que vise à capacitação a partir do desenvolvimento social do adolescente. Não desfigura seu caráter essencial educativo a remuneração recebida como forma de contraprestação ao trabalho realizado (art. 68, § 1º, do Estatuto).

Cabe salientar, desde que realizadas dentro dos critérios de trabalho educativo apresentados, que para Oliveira (2005), o conceito amplo de trabalho educativo permite abranger inúmeras modalidades laborativas do adolescente. Essa concepção engloba tanto relações dentro ou fora de uma relação de emprego, coadunando com as atividades desenvolvidas no já explicitado contrato de aprendizagem (com vínculo empregatício), como também o estágio (sem vínculo empregatício), atividades profissionalizantes de cooperativa-escola ou escolas-produção, visto que seus elementos não se contrapõem. Nesse sentido, o pedagogo Antônio Carlos Gomes da Costa destaca que o art. 68 do Estatuto introduziu uma verdadeira revolução sociopedagógica no que se refere à articulação educação-trabalho-renda, no contexto da realidade sociocultural e da evolução histórica brasileira. Dentro de um programa social, a conjunção desses fatores implica a superação da perspectiva da educação para o trabalho – aprender para trabalhar –, assumindo a noção de educação pelo trabalho, isto é, trabalhar para aprender. Esta nova perspectiva traz à tona o caráter transformador e das múltiplas possibilidades concretas que comporta o trabalho educativo do adolescente, concedendo base legal para a organização de escolas-cooperativas, escolas-oficiais, escolas-empresas (COSTA, 2005).

A associação das noções de cidadania e de dignidade à profissionalização leva à construção do entendimento de que esta, com sua dimensão global política e educacional, e a proteção no trabalho do adolescente, devem direcionar-se a uma interface de emancipação humana. Devem ser consideradas, sob a ótica do processo educativo de profissionalização, as próprias experiências do adolescente e de sua comunidade, com vistas a respeitar sua condição de desenvolvimento e identidade cultural. Contribuindo ainda com a construção do seu conhecimento, deve-se, propiciar a familiarização com a disciplina, organização do trabalho e associativismo (SÁ, 2005).

O Estatuto reforça de forma expressa o direito do adolescente à profissionalização e à proteção no trabalho, confirmando toda a normatização já exposta, sobretudo os limites estabelecidos ao trabalho do adolescente. O trabalho permitido a este deve respeitar as premissas do respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e a capacitação profissional adequada ao mercado de trabalho.

Com base no exposto acima e no PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná (2013), o Plano de Ação a seguir traz ações de fortalecimento e ampliação de programas de aprendizagem oficiais e ofertados pela sociedade civil organizada, ações de profissionalização respeitando diversidades e condições específicas, como adolescentes com deficiência, agricultura familiar, etc., além de ações de profissionalização de adolescentes para atuação nos três setores indutores do desenvolvimento e da economia (Primário, Secundário e Terciário), dentre outros.

8.2 MARCO SITUACIONAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Fazendo jus ao direito social, garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de que "toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego", o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece os parâmetros de como as atividades profissionais podem ser exercidas por adolescentes, bem como deve ocorrer o preparo profissional no Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho. De acordo com o artigo 7º da CF/1988, conferida pela Emenda Constitucional 20 de 1998, é proibido o trabalho noturno, perigoso e insalubre aos menores de 18 anos e qualquer forma de trabalho antes dos 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos. A alteração dada pela Emenda Constitucional 20 leva à revogação do artigo 60 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que proibia o trabalho para menores de 14 anos salvo na condição de aprendiz. A revisão da legislação vem ao encontro da Convenção nº 138 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil em 2011. A Convenção estabelece que todo país "assegure a efetiva abolição do trabalho infantil e eleve, progressivamente, a idade mínima de admissão a emprego ou a trabalho a um nível adequado ao pleno desenvolvimento físico e mental do jovem". E ainda, a Convenção apresenta as piores formas de trabalho infantil. O Relatório da OIT de 2009, "Trabalho Decente e Juventude", afirma que a efetiva prevenção e erradicação do trabalho infantil e a limitação estrita do trabalho dos adolescentes às situações de aprendizagem

protegidas por lei são, sem dúvida, o ponto de partida essencial das políticas para a juventude (PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná, 2013).

Nesse contexto, o trabalho para os adolescentes é proibido até os 14 anos. A partir dessa idade, e até os 24 anos, as atividades de trabalho devem (até 15 anos) ou podem (até 24 anos) ser enquadradas em um contexto de formação técnico-profissional, na condição de aprendiz. Aos 16 anos o adolescente pode executar atividades profissionais em geral, contanto que seja preservado de atividades consideradas perigosas ou insalubres para sua faixa etária, conforme descrito no Parágrafo Único do art. 403 da Lei nº 10.097 de 2000, que dá nova redação à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1943: "o trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permitam a frequência à escola" (BRASIL, 2000).

No Estatuto da Criança e do Adolescente, são vinculadas a aprendizagem e a formação técnico-profissional, às diretrizes e bases da legislação de educação em vigor, portanto, às Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996. Com isso, as políticas públicas voltadas ao adolescente devem garantir o bom aproveitamento do processo educativo ao longo do período da idade escolar. Se entendermos a profissionalização como a preparação do adolescente para se tornar profissional, este processo não pode concorrer com o ensino regular básico.

A adequação das políticas de profissionalização a essa diretriz é fundamental. No contexto das políticas de qualificação profissional, o Brasil investe maciçamente em iniciativas voltadas ao público jovem na década de 1990, e estas são:

> ampliadas e consolidadas na década de 2000-2010, e continuam sendo executadas como demanda social, como resposta do Estado às necessidades sociais de sujeitos jovens e adultos-jovens. Uma dessas necessidades é o suprimento da grande massa de mão de obra precocemente excluída do mercado de trabalho e sem postos na economia capitalista. Apesar da situação de grande oferta de mão de obra vivida atualmente pelo país, a demanda por empregabilidade também é cada vez maior e o grande número de pessoas disponíveis para o trabalho permite às empresas escolherem os mais qualificados, ou seja, com maior conhecimento para exercício das tarefas (MALEWSCHIK, 2013, p.12).

Diante do exposto, a inserção profissional exige uma formação integral qualificada, com ênfase em uma preparação voltado à atuação específica. Conforme Oliveira (apud FREITAS, 2007), a baixa escolaridade é elemento que dificulta a aprendizagem de melhor qualidade e consequente inserção no mercado de trabalho, criando um círculo vicioso, pois o

desemprego dificulta a escolaridade ou sua melhor qualidade (OLIVEIRA apud FREITAS, 2007).

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2009), quanto mais precoce a entrada no mercado de trabalho, mais precária tende a ser a inserção laboral e maior o prejuízo na formação educacional. No entanto, tanto a maior escolaridade, quanto a maior experiência profissional, é cada vez mais exigida e, portanto, o relatório conclui que são necessários novos arranjos entre educação e trabalho nas políticas para a juventude.

É importante destacar, aqui, que as diferenças na renda familiar influem nas condições de escolarização e na incorporação de papéis no mundo do trabalho (GONZALEZ, 2009). Com base em dados da PNAD de 2007, o autor conclui que a probabilidade de pessoas na faixa etária de 15 a 17 anos estarem fora da escola e desempregadas ou inativas é três vezes menor entre as famílias de renda per capita maior que um salário mínimo, do que nas famílias com até meio salário mínimo per capita.

Assim, pode-se inferir que a situação dos jovens no mundo do trabalho é inseparável da situação de suas famílias. Desse modo, um contexto de poucas oportunidades de inserção produtiva bem remunerada torna difícil para os pais financiarem as atividades de estudo e lazer dos filhos, colocando para os jovens uma necessidade ainda maior de contar com seus próprios meios ou com políticas do Estado (IPEA, apud PLANO decenal dos direitos da criança e do adolescente do estado do Paraná, 2013).

Conforme dados da amostra do Censo 2010, no Paraná havia 198.153 adolescentes entre 14 e 18 anos exercendo alguma atividade profissional. No Município de Toledo, em 31 de dezembro de 2015, o número total de empregos formais era 45.617. O número de adolescentes (15 a 17 anos) empregados era 519 e de jovens (18 a 24 anos) era de 8.566. Mais informações estão demonstradas na Tabela a seguir:

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
2 - 15 a 17 anos	327	192	519
3 - 18 a 24 anos	4.738	3.828	8.566
4 - 25 a 29 anos	4.158	3.662	7.820
5 - 30 a 39 anos	6.975	6.137	13.112
6 - 40 a 49 anos	4.966	4.385	9.351
7 - 50 a 64 anos	3.597	2.349	5.946
8 - Acima de 65 anos	231	72	303
Total	**24.992**	**20.625**	**45.617**

Em 2015, 22 empresas ofertaram vagas para adolescentes (15 a 17 anos). O número de vagas ofertadas pelas empresas por meio da Agência do Trabalhador foram 102 vagas em 2015.

Os programas de aprendizagem que são divulgados pela Agência do Trabalhador anualmente são os aplicados pelo SENAI e SENAC. Os demais programas de estágios e aprendizagem não são divulgados integralmente pela Agência do Trabalhador.

Para inovar, é preciso quebrar alguns paradigmas de gestão, identificar os gargalos e potencialidades, hierarquizar prioridades, definir responsabilidades e integrar os diversos atores do processo, pois só assim se construirá o município desejado

PLANO DE AÇÃO - DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E PROTEÇÃO NO TRABALHO							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
1	Melhorar a qualidade das atividades de aprendizagem realizadas com os adolescentes e dar celeridade aos processos internos.	Estruturar e modernizar a Agência do Trabalhador, através da implementação de novas tecnologias de informação, implementação de laboratórios, biblioteca e salas de multimídia.	Criação de um *site* e de um sistema para otimizar os processos internos.	2018	Site em funcionamento. Sistema implementado.	Agência do Trabalhador.	Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico, de Inovação e Turismo; Secretaria de Assistência Social; Sistema S de Ensino Profissionalizante; CMDCA; ACIT; e Governo Estadual e Federal.
			Desenvolvimento de um manual de procedimentos e fluxos.	2018	Manual desenvolvido e em utilização pela comunidade de trabalhadores.		
			Implementação de dois laboratórios de informática, de uma sala multimídia e uma biblioteca.	2018 - 2020	Número de laboratórios implementados. Número de salas multimídia implementadas. Biblioteca em funcionamento.		
			Renovação de 100% dos computadores de toda a Agencia do Trabalhador.	2018 - 2020	Número de salas de aula reformadas em relação ao número de salas existentes.		
		Viabilizar condições de acesso e permanência no Programa de Aprendizagem através de auxílio material.	Fornecer gratuitamente uniformes e vale transporte a 100% dos alunos.	Ação Continuada	Número de alunos recebendo uniforme e vale-transporte gratuitos em relação ao número total de alunos.		
		Reestruturação do currículo de quem trabalha com os Programas de Aprendizagem, inserindo conteúdos de protagonismo juvenil, culturais, idiomas, etc., e revisão do regulamento interno.	Implementar um currículo reestruturado.	2018	Currículo reestruturado.		
			Publicação de um novo Regimento Interno.	2018	Regulamento publicado.		
			Capacitar 100% da comunidade de trabalhadores para atuação com novo currículo e regimento interno.	2019	Número de servidores capacitados em relação ao número total de servidores.		

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
2	Fomentar a implantação, Implementação e continuidade de Programas de Aprendizagem.	Ampliar a oferta de cursos e vagas para aprendizagem e propiciar a melhoria das estruturas das instituições existentes, por meio de articulações, parcerias e cofinanciamentos de entidades da sociedade civil organizada, garantindo a inclusão de adolescentes com deficiência.	Firmar convênio com, pelo menos, 25 entidades da sociedade civil organizada, sendo ao menos 5 entidades a cada dois anos.	2017 - 2026	Quantidade de convênios firmados. Quantidade de vagas cofinanciadas.	Agência do Trabalhador.	Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico, de Inovação e Turismo; Secretaria de Assistência Social; CMDCA; MTE; Entidades da sociedade civil organizada; e Instituições Credenciadas.
		Ampliar e fortalecer o programa de aprendizagem do Município de Toledo em respeito à Lei estadual nº 15.200/2006, diversificando parcerias para execução e ampliação das possibilidades de qualificação profissional de acordo com interesses dos adolescentes e possibilidades de vagas em órgãos e empresas públicas.	Expandir em no mínimo 10% ao ano, o uso das vagas no Programa Aprendiz.	2018 - 2026	Número de adolescentes inseridos no Programa em relação ao número de vagas existentes.		
		Elaborar campanhas para divulgação da aprendizagem profissional e do trabalho protegido do adolescente, visando atingir associações comerciais, industriais, turísticas e afins, e empresas.	Realizar uma campanha a cada dois anos.	2017 - 2026	Número de campanhas realizadas.		
		Fortalecer a rede de aprendizagem através da realização de encontros, propiciando trocas de experiências.	Realizar um encontro a cada dois anos.	2017 - 2026	Número de encontros realizados. Número de participantes nos encontros.		
		Intermediar, através do Programa Jovem Aprendiz, trabalho para os adolescentes na modalidade de aprendizagem, preparando jovens de 14 a 24 anos para ingressar no mercado de trabalho através de formação técnico-profissional.	Inscrição de 50 jovens por ano.	2018 - 2026	Número de jovens inscritos.		

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
3	Ampliar a oferta do ensino técnico e profissionalizante.	Garantia do acesso e permanência com êxito de alunos com deficiência nos cursos técnicos e de qualificação profissional, bem como sua inserção no mundo do trabalho, considerando suas habilidades, capacidades e potencialidades.	Ampliação em 100% da oferta de vagas de forma gradativa, contemplando as pessoas com deficiência, sendo 20% ao ano.	2018 - 2022	Número de oferta de vagas para pessoas com deficiência.	Agência do Trabalhador.	Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico, de Inovação e Turismo; Secretaria de Assistência Social; Núcleo Regional de Educação; Secretaria de Agropecuária; CMDCA; MEC; e FNDE.
		Expansão e democratização da profissionalização voltada para os bairros de pequeno porte e distritos, no formato EAD.	Expandir até atingir 100% dos bairros de pequeno porte e distritos do Município de Toledo.	2018 - 2026	Número de vagas ofertadas e de alunos incluídos.		
		Oferta de cursos técnicos aos filhos de pequenos agricultores ligados à agricultura familiar.	Ampliação em 100% da oferta de vagas de forma gradativa, contemplando os filhos de pequenos agricultores ligados à agricultura familiar, sendo 20% ao ano.	2018 - 2022	Número de oferta de vagas para filhos de pequenos agricultores.		
		Construção de um Centro Municipal de Educação Profissional.	1 (um) Centro Municipal de Educação Profissional construído.	2020	Número de vagas ofertadas em cursos técnicos e profissionalizantes. Centro de Educação Profissional construído.		
		Oferta de cursos de qualificação profissional aos adolescentes acima de 14 anos em cumprimento de medidas socioeducativas.	Ofertar vagas de cursos técnicos e profissionalizantes para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.	2018 - 2022	Oferta de cursos técnicos e profissionalizantes.		
		Fomentar a profissionalização de adolescentes para atuação nos três setores (Primário, Secundário e Terciário), desenvolvendo projetos de capacitação para o ingresso de adolescentes no mercado de trabalho, nas modalidades permitidas pela legislação vigente.	Capacitar 100 adolescentes a cada dois anos, nos setores indutores de Desenvolvimento Econômico e Tecnológico, de Inovação e Turismo (Primário, Secundário e Terciário).	2018 - 2026	Número de adolescentes capacitados.		

EIXO 6

FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS DO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



9 EIXO 6 – FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS DO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DE CRIAÇAS E ADOLESCENTES

9.1 – SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

O Sistema de Garantias de Direitos constitui-se na articulação e integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal. Compreendem este Sistema, prioritariamente, os seguintes eixos:

Defesa dos Direitos Humanos: os órgãos públicos judiciais; ministério público, especialmente as promotorias de justiça, as procuradorias gerais de justiça; defensorias públicas; advocacia geral da união e as procuradorias gerais dos estados; polícias ; conselhos tutelares; ouvidorias e entidades de defesa de direitos humanos incumbidas de prestar proteção jurídico-social.

Promoção dos Direitos: A política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes operacionaliza-se através de três tipos de programas, serviços e ações públicas:

1) serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, afetos aos fins da política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes;

2) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos e;

3) serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas.

Controle e Efetivação dos Direitos: realizado através de instâncias públicas colegiadas próprias, tais como: conselhos dos direitos de crianças e adolescentes; conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; e os órgãos e os poderes de controle interno e externo definidos na Constituição Federal. Além disso, de forma geral, o controle social é exercido soberanamente pela sociedade civil, através das suas organizações e articulações representativas.

Dentro do Sistema de Garantia de Direitos os Conselhos de Direitos e Tutelares desempenham uma função estratégica: a de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Como fruto de ações direcionadas do Estado e da sociedade civil organizada, a rede dos Conselhos Tutelares está em expansão e esse avanço, cabe dizer, é o reconhecimento de uma luta que vem antes de 1990, ano do aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que traz em seu cerne o paradigma da proteção integral e que ainda

impõe uma série de mudanças sociais, políticas e administrativas estas ações, priorizam o Sistema de Garantia de Direitos para que ele torne-se operante, dando um grande passo para que o Estatuto da Criança e do Adolescente seja finalmente implementado, o que certamente fará diferença para os milhões de crianças e adolescentes brasileiros.

A descentralização administrativa, por seu turno, diz respeito à forma de implementar e administrar as políticas públicas pela Administração. Com efeito, como consta do inciso III, do art. 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Poder Público deve criar e manter programas específicos, em cooperação com entidades não governamentais. Para a efetivação dos direitos o Estado pode executar suas atribuições de forma centralizada, por órgãos integrantes da Administração direta ou descentralizada, ou seja, em cooperação com a sociedade civil, por meio das organizações não governamentais. Essa distinção entre descentralização política e administrativa é incorporada pelo SINASE –Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. É importante que o Estado, apesar da cartilha neoliberal, não pode se isentar de sua responsabilidade com as políticas públicas, principalmente daquelas ligadas aos direitos sociais. Pode, somente, trabalhar em cooperação com os entes não governamentais, no desempenho de suas atribuições.

Os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente foram incorporados pela Constituição Federal, através dos arts. 227, § 7º e 204. Com base na articulação dos dois dispositivos, aplicam-se à área da infância e da juventude a descentralização político administrativa e a participação popular (incisos I e II, do art. 204 da CF). Por isso a composição paritária dos conselheiros que se dá entre os representantes governamentais e da sociedade civil através das organizações sociais.

A descentralização implica a criação dos conselhos nos três níveis da Federação, com distribuição de competências legislativas e materiais entre eles, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA –foi criado pela Lei Federal n° 8.242, de 12 de outubro de 1991, a quem compete a elaboração de normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos arts. 87e 88 da Lei Federal nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Compete-lhe, ainda, zelar pela aplicação da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; dar apoio os Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, aos órgãos estaduais, municipais, e entidades não

governamentais para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990; avaliar a política estadual e municipal e a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais da Criança e do Adolescente.

No âmbito de suas competências inserem-se, também, o acompanhamento do reordenamento institucional propondo, sempre que necessário, modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento da criança e do adolescente; o apoio da promoção de campanhas educativas sobre os direitos da criança e do adolescente, com a indicação das medidas a serem adotadas nos casos de atentados ou violação dos mesmos; o acompanhamento da elaboração e da execução da proposta orçamentária da União, indicando modificações necessárias à consecução da política formulada para a promoção dos direitos da criança e do adolescente; a gestão do Fundo Nacional para a criança e o adolescente e a fixação dos critérios para sua utilização, nos termos do art. 260, da Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e a elaboração do seu regimento interno, aprovando-o pelo prazo de, no mínimo, dois terços de seus membros, nele definindo a forma de indicação do seu presidente.

No desempenho de suas atribuições, estabelece parâmetros para coordenar as ações nos três níveis, na forma de normas gerais, como na Resolução n.º 139, de 15 de março de 2011, que dispõe sobre os parâmetros para a criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares e dá outras providências. Também podem ser invocadas a Resolução nº 74, de 13 de setembro de 2001, que dispõe sobre o registro e fiscalização das entidades sem fins lucrativos que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e à educação profissional e dá outras providências.

O surgimento dos Conselhos Municipais no cenário político brasileiro é recente em relação às formas tradicionais de gestão das políticas públicas e no Brasil, o debate sobre conselhos ganhou importância nos anos 1990 com o resultado da Constituição de 1988, que inovou ao adotar mecanismos de participação direta dos cidadãos nas tomadas de decisões públicas. A Constituição de 1988 afirma, como princípio orientador, que "todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição" (art. 1º, Parágrafo Único) (BRASIL, 1998).

A descentralização das diversas políticas públicas é de suma importância, pois possibilita a participação na elaboração das políticas publicas bem como um controle maior da população sobre o Poder Executivo Municipal, como também facilita uma fiscalização mais rigorosa na atuação do poder Legislativo. O município é o local adequado para a implantação da descentralização, pois é o poder mais próximo e presente na vida dos cidadãos.

Os conselhos tem um papel fundamental que é o Controle Social, que implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados nos três entes federados e com a participação da população.

9.1.1 A Implantação da Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente no Município de Toledo

Em Toledo a primeira legislação que trata da política de atendimento a criança e ao adolescente foi criada através da Lei municipal número 1309 de 23 de outubro de 1986, no mandato do Prefeito Albino Corazza Neto. Esta instituía em âmbito municipal o Conselho de Promoção do Menor de Toledo que tinha caráter exclusivamente consultivo e normativo e criado com os seguintes objetivos:

I – Fixar a política de atendimento ao menor e estabelecer as prioridade necessárias;

II – Planejar, coordenar as ações preventivas e reeducativas que forem propostas;

III – Promover e apoiar medidas, planos, programas ou projetos que possam contribuir para a solução do problema do menor no município;

IV – Promover a atuação coordenada e a integração dos órgãos municipais, de entidades particulares e a participação da comunidade em atividades de promoção do menor;

V – Apreciar e apoiar sobre todas as iniciativas e proposições que visem a promoção do menor no município;

VI – Cadastrar todas as entidades que atuam na área de menores no município e as empresas que usufruam do trabalho dos menores;

VII – Centralizar todas as informações referentes a menores da comunidade, organizando e mantendo o sistema de referência, para propiciar acesso a dados e informações disponíveis;

VIII – Identificar e dinamizar os recursos humanos, técnicos e financeiros destinados à assistência e a promoção do menor;

IX – Elaborara e desenvolver plano de comunicação social destinado a sensibilizar a população quanto ao problema do menor na busca de sugestões;

X – Promover medidas de incentivo a reintegração do menor na família;

XI – Promover a orientação e o acompanhamento da implantação de planos, programas e projetos e medidas na esfera de menores, promovendo a avaliação de resultados;

XII – Promover e elaborar pesquisas na área de menores, cujos relatórios devem ser divulgados;

XIII – Elaborar programas emergenciais em casos específicos;

XIV – Prestar orientações técnicas a órgãos, entidades e a população;

XV - Promover e incentivar seminários destinados ao estudo e a obtenção de sugestões relativas ao problema do menor;

XVI – Dar parecer circunstanciado em propostas de criação e funcionamento de novas entidades assistenciais no município.

O Conselho de Promoção do Menor de Toledo era composto pelos seguintes representantes: Secretaria de Saúde e do Bem Esta Social, Câmara Municipal de Vereadores, Juiz de menores da Comarca, Curador de Menores da Comarca, Conselho Municipal da Condição Feminina, UTAM – União Toledana de Associações de Moradores, O.A.B – Ordem dos advogados do Brasil, representante de entidade que atua junto ao menor, Secretaria Municipal e Estadual de Educação, Igreja Evangélica da Confissão Luterana no Brasil, Diocese de Toledo, Polícia Civil, Polícia Militar, ACIT – Associação Comercial e Industrial de Toledo, Clubes de Serviços e representantes de entidades indicados por conselheiros, este era formado por uma essa diretora, por comissões de trabalho e reunia-se uma vez por mês.

No ano de 1990, com a aprovação do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente houve um reordenamento da política de atendimento a criança e ao adolescente após diversas reuniões realizadas entre o Ministério Público, representantes do poder público municipal, poder publico estadual e representantes de organizações não governamentais de atendimento a crianças e adolescentes foi criado no ano de 1991 através da Lei Municipal número 1.712/91 o CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Esta lei cria o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente , o Fundo Municipal e o Conselho Tutelar , a referida lei foi sancionada pelo então prefeito Luiz Alberto de Araujo na data de 13 de dezembro de 1992, revogando a lei número 1.309/86 .

Esta nova lei que dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e traça normas gerais para a sua adequada aplicação e no seu artigo 2º, estabelece que o atendimento dos direitos da criança e do adolescente no Município de Toledo far-se-á através de um conjunto articulado de ações de órgãos governamentais e não governamentais, nelas assegurado o tratamento com dignidade e respeito à liberdade e à convivência familiar e comunitária. As ações a que se refere os artigos desta lei serão implementadas através de:

I – políticas sociais básicas de educação, saúde, recreação, esportes, cultura, lazer, profissionalização e outras;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

O atendimento dos direitos da criança e do adolescente efetua-se de forma integrada entre os órgãos dos Poderes Públicos e da sociedade. Para fazer com que as políticas de atendimento a criança e ao adolescentes fossem efetivadas na sua integralidade e respeitando as normativas do CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente a lei estabeleceu ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente as seguintes competências:

I – formular a política municipal dos direitos da criança e do adolescente, fixando prioridades para a consecução das ações, a captação e a aplicação de recursos;

II – zelar pela execução da política a que se refere o inciso anterior, atendidas as peculiaridades das crianças e dos adolescentes, de suas famílias, de seus grupos de vizinhança e dos bairros ou zonas urbana ou rural em que se localizem;

III – definir as prioridades a serem incluídas no planejamento do Município, em tudo o que se relacione ou possa afetar as condições de vida das crianças e dos adolescentes;

IV – estabelecer critérios, formas e meios de fiscalização das ações governamentais e não governamentais dirigidas à infância e à adolescência, no âmbito do Município, que possam afetar as suas deliberações;

V – registrar as entidades governamentais e não governamentais de atendimento dos direitos da criança e do adolescente que mantenham programas de atendimento e de defesa dos direitos da criança e do adolescente estabelecidos nas normativa e leis nacionais e estaduais tais como:

Orientação e apoio sócio-familiar, apoio sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, abrigo,liberdade assistida, semiliberdade e internação.

VI – propor a criação de novos Conselhos Tutelares;

VII – regulamentar, organizar, coordenar, bem como adotar todas as providências que julgar cabíveis para a escolha e a posse dos membros do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de Toledo;

VIII – dar posse aos membros do Conselho Tutelar, conceder licença aos mesmos, nos termos do respectivo Regimento Interno, e declarar vago o posto por perda de mandato, nas hipóteses previstas nesta Lei.

A lei 1712/91 do CMDCA instituí também o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que tem como objetivo de captar através de doações, convênios com órgão estaduais, federias, multas estabelecidas pelo pode judiciário e orçamento do próprio município.

Outro serviço criado pela mesma lei foi o Conselho Tutelar, como órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos na Lei Federal nº 8.069/90 e também estabelece a composição e as competências deste conselho sendo que compete ao Conselho Tutelar zelar pelo atendimento dos direitos da criança e do adolescente e exercer as atribuições de atender as crianças e adolescentes sempre que houver ameaça ou violação dos direitos reconhecidos no respectivo Estatuto, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis ou em razão de sua conduta. Estabelece também as competências do conselho tutelar que são:

- Encaminhamento aos pais ou responsável;
- Orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- Abrigo em entidade assistencial.

II - atender e aconselhar os pais ou responsáveis e, se for o caso, aplicar-lhes as seguintes medidas:

- Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família;

- Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
- Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- Encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
- Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua freqüência e aproveitamento escolar;
- Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
- Advertência.

III – promover a execução de suas decisões, podendo, para tanto:

- Requisitar serviços públicos nas áreas de saúde educação, assistência social, previdência, trabalho e segurança representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.
- Encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou do adolescente;
- Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- Providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, para o adolescente autor de ato infracional;
- Expedir notificações;
- Requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, quando necessário;
- Assessorar o Poder Executivo na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
- Representar, em nome da pessoa e da família, contra programas ou programações de rádio e televisão que desrespeitem valores éticos e sociais, e contra a propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde da criança e do adolescente;
- Representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar.

No decorrer deste período esta lei sofreu diversas alterações, isso porque foi se adequando as mudanças de legislações o normas nacionais que alteram todas as políticas de garantias de direitos da criança e do adolescentes nas trás esferas de governo, dentre as mais significativas estão a composição e representatividade do Conselho Municipal e o processo de

escolha dos conselheiros tutelares, que na primeira eleição tinha o formato de chapas e logo após passou a ser de maneira individual. Outra mudança significativa aconteceu no ano de 2015 onde o município de Toledo constava somente com um conselho tutelar, e que com a grande demanda de atendimento voltados a crianças e adolescentes no mês de janeiro de 2016 foi eleito o segundo conselho tutelar, sendo que um conselho tem sua sede na área central da cidade e o outro está instalado na região da grande Vila Pioneiro.

Quadro com os Conselhos criados no município de Toledo:

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA	Lei nº 1.712/1991, de 13/12/1991	Criado pela, juntamente com seu Fundo regulamentado, é órgão normativo, consultivo, deliberativo, controlador e fiscalizador das respectivas ações em todos os níveis da estrutura organizacional, e está vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social.
Conselho de Desenvolvimento de Toledo – CODETOL	Lei nº 1.749/93, reestruturado pela Lei nº 1.796/97	Finalidade de discussão e definição de políticas, visando ao desenvolvimento econômico e social do Município.
Conselho Municipal de Saúde	Lei Nº 1.642/91, de 06/05/91	Tem como finalidade de atuar na formação das estratégias e prioridades e no controle da saúde pública. Os Conselhos Locais de Saúde surgiram em decorrência de uma deliberação da III Conferência Municipal de Saúde, e, em função disso, três comunidades se organizaram e criaram seus conselhos locais.
Conselho Municipal de Cultura	Lei nº 772/74, de 30/05/74	Tem como finalidade de contribuir para a elevação e a difusão de seu patrimônio específico e da mobilização constante de suas potencialidades.
Conselho Municipal de Educação – CME	Lei nº 1.857, de 18/12/2002	Tem como finalidade de assessorar o Governo Municipal na formulação da política educacional e de normatizar a educação municipal.
Conselho Municipal de Desporto	Lei nº 822/76, de 04/05/76	Tem como finalidade de contribuir para o aprimoramento das práticas e disputas desportivas no Município de Toledo.

Conselho Executivo Municipal – CEMTRAN	Lei nº 1.814/98, em substituição ao Serviço Rodoviário Municipal, criado pela Lei nº 554/70, de 06/03/70	Tem como finalidade de elaborar o plano rodoviário municipal e proceder sua revisão, quando necessário, em harmonia com os planos do Estado e do País.
Conselho Municipal de Assistência Social	Lei nº 1.781/95, atual Lei nº 2003/2009	Tem regulamentado o seu Fundo Municipal, é um órgão deliberativo, normativo, consultivo e fiscalizador de caráter permanente, ligado ao sistema descentralizado e participativo da assistência social, tem como objetivo, definir prioridades de assistência social.
Conselho Municipal de Habitação	Lei nº 1.734/93	A propiciar apoio e suporte financeiro à consecução das metas da política municipal de habitação
Conselho Municipal do Turismo	Lei nº 1.823/1999, de 14 de maio de 1999	Criado, para dar suporte à consecução das metas da política municipal de turismo.
Conselho Municipal do Meio Ambiente	Lei nº 1881, de 30 de junho de 2004	Criado para formular e fazer cumprir as diretrizes da Política Ambiental do Município.
Conselho Municipal dos Direitos da Mulher	Lei nº 1.970/2007, de 25 de outubro de 2007.	Tem como finalidade assegurar à mulher o exercício pleno de sua participação no desenvolvimento social, econômico, político e cultural da sociedade.
Conselho Municipal de Trânsito	Lei nº 1.988/2008, que substituiu a Lei nº 1.814/1998, que criou o Conselho Executivo Municipal de Trânsito.	Órgão consultivo de trânsito e rodoviário do Município, vinculado à Secretaria de Segurança e Trânsito de Toledo.
Conselho Municipal dos Direitos do Idoso	Lei Municipal nº. 1.935 de 28 de agosto de 2006	Órgão permanente, paritário, deliberativo, controlador, consultivo e fiscalizador da política de defesa do idoso, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social.
Conselho Municipal Sobre Drogas de Toledo	Lei nº 1.848, de 27 de maio de 2002	Visa a integrar à ação conjunta dos órgãos de nível federal, estadual e municipal que compõem o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes de que trata o Decreto Federal nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.
Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional	Lei nº 1.875, de 2003	Tem regulamentado o seu Fundo Municipal da Segurança Alimentar no Município de Toledo. O Conselho tem caráter deliberativo,

		para a concretização do direito constitucional de cada pessoa à alimentação e à segurança alimentar e nutricional.
Conselho Municipal da Juventude de Toledo	Lei nº 1.838, de 15 de maio de 2001	Destinado a promover e garantir o aprimoramento das diretrizes e objetivos da juventude toledana.
Conselho Municipal de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção de Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação	Lei nº 1.949/2007	Órgão colegiado que tem por finalidade acompanhar a repartição, transferência e aplicação dos recursos financeiros do FUNDEB no Município de Toledo.
Conselho Municipal de Desenvolvimento e Acompanhamento do Plano Diretor – CMDAPD	Lei nº 1.979, de 30 de maio de 2008.	Órgão de consultoria obrigatória e permanente da administração municipal para assuntos relacionados à implementação e atualização do Plano Diretor do Município.

PLANO DE AÇÃO - FORTALECIMENTO DAS ESTRUTURAS DO SISTEMA DE GARANTIAS DE DIREITOS DE CRIAÇAS E ADOLESCENTES							
Nº	**Objetivo**	**Ações**	**Metas**	**Prazo de execução**	**Indicadores de resultado**	**Responsável**	**Corresponsáveis**
01	Fortalecer os Conselhos Tutelares e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente através de instrumentalização técnica e melhoria de suas estruturas.	Ofertar formação inicial e continuada aos Conselheiros Tutelares e de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).	Capacitar 100% dos conselheiros de maneira continuada	Ação Continuada	Número de pessoas capacitadas por segmento e a eficácia das capacitações realizadas.	Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)	Secretaria Municipal de Administração; Instituições de Ensino Superior (IES); Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA).
		Monitorar e acompanhar a alimentação do SIPIA por meio de relatórios gerados pelo Sistema.	Produzir relatórios bimestrais apresentação ao CMDCA.	Ação Continuada	Número de relatórios produzidos.	CMDCA CONSELHO TUTELAR	CMDCA
		Analisar e monitorar a qualidade dos dados do SIPIA através da produção de diagnósticos de violações de direitos, utilizando-os como subsídio na elaboração de políticas públicas para crianças e adolescentes.	Elaborar diagnósticos. Designar equipe de apoio de acompanhamento permanente.	Ação Continuada 2017	Diagnósticos publicizados. Equipe instituída através de documento oficial.	CMDCA SMAS	SMAS Secretaria Municipal de Recursos Humanos
		Oferecer apoio técnico e administrativo aos Conselhos Tutelares e CMDCA.					
		Construir e equipar locais próprios para o funcionamento das estruturas dos Conselhos Tutelares.	Construção de dois locais próprios com a devida equipação.	2020	Número de equipamentos construídos e mobiliados.	Secretaria Municipal de Obras Públicas	SMAS
		Descentralizar as plenárias do CMDCA nos diferentes territórios municipais com a participação da comunidade local.	50% das plenárias realizadas nos territórios	Ação Continuada	Número de planárias descentralizadas.	CMDCA	Atores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

Nº	Objetivo	Ações	Metas	Prazo de execução	Indicadores de resultado	Responsável	Corresponsáveis
02	Publicizar as ações desenvolvidas pelo CMDCA.	Divulgar as ações do CMDCA através da imprensa falada e escrita das redes sociais.	Viabilizar aproximação entre imprensa e CMDCA.	Ação Continuada	Número de divulgações realizadas.	CMDCA	Secretaria Municipal de Comunicação
		Criar e alimentar uma página especifica para o CMDCA no órgão oficial do município	Link no site oficial do município criado.	2018	Link criado e alimentado.	CMDCA	Secretaria Municipal de Comunicação
03	Monitoramento e avaliação da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, preconizada no Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente	Criação de um comitê municipal para acompanhamento e monitoramento da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente com a participação do CMDCA e dos demais atores do SGD.	Criar um comitê com a garantia da participação dos atores do SGD.	2018-2027	Comitê criado	CMDCA	SMAS
		Monitoramento das propostas aprovadas nas Conferências Municipais e análise dos dados apresentados nos Relatórios de Gestão.	Realizar um Fórum anual para análise e encaminhamentos.	2017-2027	Número de Fóruns realizados	CMDCA	Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR) SMAS
4	Garantir dotações orçamentárias para os serviços de atendimento à criança e ao adolescente.	Propor e Monitorar as dotações orçamentárias anuais	Dotações Garantida	2017-2027		CMDCA	Secretaria de Planejamento Estratégico SMAS
5	Incentivar a participação dos adolescentes nas reuniões do CMDCA	Eleger alguns adolescentes dos projetos socioassistenciais para que participem mensalmente como ouvintes	Participantes adolescentes nas reuniões do Conselho	2017-2027	Quantidade de jovens participantes nas reuniões	CMDCA	SMAS

10 ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo- PR é um instrumento de caráter intersetorial, que estabelece planejamento para os próximos 10 (dez) anos através do Plano de ações previsto em cada eixo das mais diversas políticas públicas, as quais estruturam-se com problemas, objetivos, ações, metas, indicadores de monitoramento e avaliação, responsáveis, e estabelece tempo para a execução de cada uma das ações. Este planejamento tem por primazia o aprimoramento e o fortalecimento das Políticas Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente em nosso município.

Visando a efetiva implementação do Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o cumprimento das propostas e ações pactuadas existe a necessidade do acompanhamento, monitoramento e avaliação de forma sistemática, continuada, disciplinada e desenvolvida por técnicos de cada setor ou de cada Secretaria envolvida. Desta forma, será instituído pelo Prefeito Municipal através de portaria o Comitê interinstitucional do Plano Municipal, qual passará por aprovação através de deliberação específica junto ao CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e pela Câmara Municipal de Vereadores, para a formalização e posterior publicização do mesmo.

O acompanhamento também se dará através da atuação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do adolescente – CMDCA, reconhecido como órgão deliberativo e fiscalizador da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, que irá criar e aprovar o instrumental de monitoramento e avaliação o qual será utilizado para avaliar todas as ações propostas no plano.

As ações previstas no planejamento do referido plano, foram intensamente discutidas, estabelecidas e compactuadas com: - Sociedade civil, trabalhadores da rede e Adolescentes através de audiência pública do Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Sociedade civil, Trabalhadores da rede intersetorial do Município e do Estado e Adolescentes através dos Grupos de Trabalho, Universidades, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; Gestores e trabalhadores que compõem a Comissão Interinstitucional de Elaboração do Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.

O acompanhamento e o monitoramento deverão ser permanente, ao longo de todo o período de execução do Plano Municipal, estendendo-se até o último ano de vigência,

inclusive o mesmo deve ser avaliado e aprimorado no seu contesto todo no ato de elaboração do próximo plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do município de Toledo que será no ano de 2026.

O monitoramento é um importante instrumento para acompanhar metas e prazos de execução e a implementação das ações, visando mensurar se os resultados foram alcançados. Já a avaliação é um momento de reflexão e analise que avalia o processo, resultado e o impacto, a fim de observar a efetivação das políticas públicas propostas no Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Desta forma, será estabelecido pelo Comitê Interinstitucional do Plano Municipal um fluxo de monitoramento e avaliação para o acompanhamento sistemático das ações estabelecidas, bem como dos órgãos e instituições que possuem responsabilidade com relação às ações pactuadas no referido planejamento.

O planejamento das ações pelo Comitê e pelo CMDCA não exime os gestores, autoridades e demais representantes legais responsáveis pelas ações quanto ao acompanhamento e verificação das ações e metas. Anualmente, as instituições e órgãos deverão encaminhar relatório ao Comitê, contento informações quanto ao cumprimento das metas, de acordo com o prazo previsto e os indicadores de resultado escolhidos.

Com base nos relatórios encaminhados pelos setores responsáveis, o Comitê verificará as informações contidas nos mesmos, quando achar necessário o Comitê poderá verificar in loco a execução das ações, bem como solicitar documentos complementares, e ao final de cada ano elaborará relatório unificado, contendo análise e avaliação, quanto ao cumprimento das metas, de acordo com os prazos estabelecidos, e quanto aos indicadores de resultados, bem como, elaboração de análise comparativa quanto às ações executadas e a situação da criança e do adolescente, verificando se houve avanço ou retrocesso.

Todo ano o Comitê deverá encaminhar o relatório unificado ao CMDCA, e no ano posterior a vigência do Plano Municipal elaborará um relatório final, considerando todo o período de execução e implementação do Plano, a fim de analisar os avanços na realidade da criança e do adolescente, bem como avaliar e analisar o processo de implementação e os impactos das ações, e ao final do relatório deverá indicar e sugerir novas ações e metodologias a fim de garantir a continuidade e o aperfeiçoamento das ações e das políticas públicas voltadas a criança e ao adolescente.

No exercício do controle social e atendendo o princípio da publicização, a sociedade civil organizada e não organizada, bem como os adolescentes, serão convidados a participar do processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação deste Plano Municipal através

da ação contínua do CMDCA, nas Conferências Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente que acontecerão de acordo com o calendário estabelecido pelo CONANDA.

O CMDCA bem como a rede do Sistema de Garantias de Direitos poderão promover a qualquer tempo Seminários e Fóruns, oficinas de debates sobre o Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente nas diversas instancias das redes de serviços de defesa e de direitos da criança e do adolescente, objetivando com isso um monitoramento e uma avaliação constante do Plano.

Como o Plano Decenal é um planejamento a longo prazo e elaborado com base na realidade atual da criança e do adolescente do município este deve acompanhar as mudanças sociais e econômica bem como as mudanças das legislações e das demais conjunturas do período de vigência do mesmo, por isso este deve ter um processo dinâmico e continuado de monitoramento.

Com estas ações de monitoramento e avaliação poderemos mensurar a dimensão da eficiência e da eficácia do plano, tomando o cuidado de não ser somente um documento de papel mas sim de praticas eficazes de envolvimento do todo o sistema de garantias de direitos das crianças e adolescentes do nosso município.

REFERÊNCIAS

AMADEI, M. I. Art. 66. In: CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 7.ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

BALISTA, Carolina et al. **Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/05_Original.pdf>. Acesso em: 27 de dez. de 2015.

BIDARRA, Z.S.; OLIVEIRA, L.V.N.; GREGÓRIO, F.J.; BREMM, A**. A Consolidação dos Direitos (Humanos) da Criança e do Adolescente no Brasil e o Papel da Universidade Pública**. IN: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, VIOLÊNCIA E POBREZA: A SITUAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA AMÉRICA LATINA HOJE, 1. Anais. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 2006.

BIDARRA, Zelimar Soares; OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto. **Um capítulo especial na história da infância e da adolescência: o processo de construção do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade**. In: Programa de capacitação permanente na área da infância e adolescência: o germinar de uma experiência coletiva por Alex Eduardo Gallo e outros; org. por Cleide Lavoratti. Ponta Grossa: UEPG, 2007.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: campus, 1992.

BRASIL, **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Código de Menores. **Lei n. 6.697**, de 10 de outubro de 1979. Disponível em: http://www.risolidaria.org.br/vivalei/outrasleis/cod_menor1979.jsp > Acesso em 17 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, MDS: 2009.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituição.htm>.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Edição: 5. ed. rev. atual. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Serviços Gráficos, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.097**, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 2000. Disponível em: <http://www.fazenda.sp.gov.br/legislacao/codec/docs/leifed10-097_2000.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Cadastro Único para Programas Sociais**. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>. Acesso em: 13/06/2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de orientações: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Articulação necessária na Proteção Social Básica. Brasília, MDS/SNAS: 2015.

BUSSINGER, Vanda V. **Fundamentos dos Direitos Humanos**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XVIII. n. 53. São Paulo: Cortez. Março, 1997.

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE**/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

COSTA et. al. **Problematizando a relação entre negligência e pobreza a partir do abrigamento da população infanto-juvenil**. Anais do V Jubra. Simpósio Internacional sobre a juventude Brasileira, 2012. Disponível em: <http://www.unicap.br/jubra/wp-content/uploads/2012/10/TRABALHO-126.pdf>. Acesso em: 23 de out. 2015.

COSTA, A. C. G. Caput do art. 53. In: CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 7.ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS. ONU, 1959.

DOLINGER, Jacob. **A criança no Direito Internacional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BEAUCHAMP, J. PAGEL, S. D. NASCIMENTO. A. R. Ensino Fundmental de Nove Anos: **Orientações para a Inclusão da Criança de seis anos de idade**/. –Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.

FIRMO, Maria de Fátima Carrada. **A Criança e o Adolescente no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. 2º edição e atualizada de acordo com o novo Código Civil (lei nº 10.406/02) – Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

FONSECA, R. T. M. Art. 65. In: CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 7.ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

FREITAS, J. C. (Org.). **Políticas públicas de qualificação: desafio atuais**. São Paulo: 2007.

GONÇALVES, H. S. **Infância e Violência no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

GONZALEZ, Roberto. **Políticas de emprego para jovens: entrar no mercado de trabalho é a saída?** In: CASTRO, J. A.; AQUINO, L. M. C.; ANDRADE, C. C. (Org.). Juventude e políticas sociais no Brasil. Brasília: IPEA, 2009.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 5°. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

HISTÓRIA da legislação relativa à infância no Brasil. Universidade Santa Úrsula. Instituto de Psicologia e Psicanálise. Coordenação de Estudos e Pesquisas sobre a Infância.

Disponível em: *http//www.usu.br/cespi/marclegi.htm* Acesso em 16 set. 2016.

Disponível em:
http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=478
Acesso em 16 set. 2016

Disponível em:
http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/7149_texto_integral
Acesso em 16 set. 2016

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Adolescente e ato infracional**. 1º ed. São Paulo: editora Juarez de Oliveira, 2003.

MACHADO, M. T. **A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos**. Barueri: Manole, 2003.

MAIOR, Olympio Sotto. Artigo 112. In: CURY, Munir; SILVA, Antonio Fernando do Amaral e; MENDEZ, Emilio Garcia (coord). **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado**. 5 ed. Malheiros Editores. 2002.

MALEWSCHIK, T. A. V. **Desejo, necessidade, vontade: análise das políticas públicas de qualificação profissional de jovens em Piraquara-PR**. 2013. 165p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

MICHAUD, Yves. **A violência**. Trad. Garcia, L. São Paulo: Ática, 1989.

Neto, Wanderlino n. **Por um sistema de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXVI. n. 83. Especial. São Paulo: Cortez, 2005.

ODALIA, Nilo. **A liberdade como meta coletiva**. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla B. (org.). História da cidadania. – 2. ed. – São Paulo: Contexto, 2003, (p. 159-169).

OLIVEIRA, O. Art. 102. In: CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 7.ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Perfil do trabalho decente no Brasil**. Brasília: OIT, 2009. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcm_041773.pdf>. Acesso em: 27 out.2016.

PARANÁ. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. **Caderno orientativo para elaboração do plano decenal municipal dos direitos da criança e do adolescente**. - Curitiba, PR: SECS, 2015.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. – 7. ed. rev. ampl. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2006.

PIOVESAN, Flávia; PIROTTA, Wilson R. B. **Os Direitos Humanos das Crianças e dos Adolescentes no Direito Internacional e no Direito Interno**. Temas de Direitos Humanos. PIOVESAN, Flávia. São Paulo: Max Limonad, 2003.

PLANO decenal de direitos humanos de crianças e adolescentes do estado do Paraná: 2014-2023 / Comitê Interinstitucional para Elaboração, Implementação e Acompanhamento do **Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente**. (Org.); Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (Equipe técnica). Curitiba: SECS, 2013.

PLANO DIRETOR 2016. Município de Toledo.

PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO 2014-2024 [recurso eletrônico]: **Lei nº 13.005**, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.

Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.
Disponível em: *http://www.ceas.pr.gov.br/arquivos/File/CEAS/pnas20071.pdf*. Acesso em 01 fev. 2015.

SÁ, E. A. M. Art. 69. In: CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais**. 7.ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

SANTOS, Alice Lucas dos Santos. **A compreensão de negligência familiar segundo os atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente do munícipio de Cascavel/PR**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus Toledo – PR, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO DE TOLEDO. **Estatística Geral, 2010**. Escolas Municipais de Toledo. Dados coletados com a Coordenadora de Administração Escolar Zenilda Maria Bendo. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO DE TOLEDO. **Estatística Geral, 2011**. Escolas Municipais de Toledo. Dados coletados com a Coordenadora de Administração Escolar Zenilda Maria Bendo. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO DE TOLEDO. **Estatística Geral, 2012**. Escolas Municipais de Toledo. Dados coletados com a Coordenadora de Administração Escolar Zenilda Maria Bendo. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO DE TOLEDO. **Estatística Geral, 2013**. Escolas Municipais de Toledo. Dados coletados com a Coordenadora de Administração Escolar Zenilda Maria Bendo. 2015.

SILVA, Gustavo de Melo. **Adolescente em conflito com a lei no Brasil: da situação irregular à proteção integral**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais Vol. 3 Nº 5, Julho de 2011.

SILVA, Helena Oliveira da; SILVA, Jailson de Souza e. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil: conceitos, dados e proposições**. São Paulo: global Editora e UNICEF, 2005.

SILVA, Maria Liduina de Oliveira. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: descontinuidades e continuidades**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ano XXVI. n. 83. Especial. P. 30-48. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, M. S. E.; MOREIRA, E. M. **Contribuições e desafios da medida socioeducativas de liberdade assistida**. In: Socioeducação: reflexões para a construção de um projeto coletivo de formação cidadã. Orgs:, , Marli Renate Von Borstel Roesler ; Zelimar Soares Bidarra. Cascavel/PR: Edunioeste, 2011. (p. 387 a 420)

SIGLAS

ACIT- Associação Comercial e Industrial de Toledo
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ALEP - Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
APS - Atenção Primária à Saúde
ASAJ - Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem
BCG - Bacillus Calmette-Guérin (vacina contra a tuberculose)
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais
Caps ad - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Outras Drogas
Caps i - Centro de Atenção Psicossocial - Infantil
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEAS - Conselho Estadual de Assistência Social
CEDCA/PR - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Paraná
CEE - Conselho Estadual de Educação
CEEBJA - Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos
CENSE/PR - Centro de Socioeducação do Paraná
CF - Constituição Federal do Brasil
CID - Classificação Internacional de Doenças
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CM - Código de Menores
CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CMAS- Conselho Municipal de Assistência Social
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT - Conselho Tutelar
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA - Educação de Jovens e Adultos
ESF - Estratégia Saúde da Família
FEBEM - Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor
FETI - Fórum Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil
FIA/PR - Fundo Estadual para a Infância e a Adolescência do Estado do Paraná
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML - Instituto Médico Legal
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LA - Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC - Ministério da Educação
MP - Ministério Público
MS - Ministério da Saúde
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
NV - Nascidos Vivos
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF - Programa Bolsa Família
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PFP - Programa Família Paranaense
PIA - Plano Individual de Atendimento
PJ - Poder Judiciário
PNAS - Plano Nacional de Assistência Social
PPA - Plano Plurianual
PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência
PROJOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSC - Medida Socioeducativa de Prestação de Serviço à Comunidade
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
Rede SAC - Rede de Serviços de Ação Continuada
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN - Recém-nascido
SB - Saúde Bucal
SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SDH - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SEJU – Centros da Juventude
SESA - Secretaria de Estado da Saúde
SGD - Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção a Família
SMED – Secretaria Municipal de Educação
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPIA - Sistema de Informações para Infância e Adolescência
SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
TSE - Tribunal Superior Eleitoral
UAPSF - Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

ANEXOS

RESOLUÇÃO Nº 39, de 23 de SETEMBRO de 2015.

Delibera pela Composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em **Reunião Ordinária** realizada no **dia 23 de setembro de 2015**, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro, Toledo – Paraná,

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do município de Toledo/PR, com a indicação de 01 (um) titular e 01 (um) suplente, conforme segue:

I - Representantes do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA:
Titular: Rejane Marlene Linck Neumann;
Suplente: Ivone Laguna.
II - Representantes da Secretaria Municipal da Juventude:
Titular: Rodrigo Assufi Dallanol;
Suplente: Lívia Carolina Müller.
III – Representantes da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer:
Titular: Franz Menegasso;
Suplente: Tatiana Figueiredo Pedroso.
IV – Representantes da Secretaria Municipal da Saúde:
Titular: Rosmari Gatto Bordignon;
Suplente: Isabel Cristina Soder.
V – Representantes da Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres:
Titular: Florinda Aparecida de Oliveira;
Suplente: Kátia Silveira Barros.
VI – Representantes da Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção à Família:
Titular: Bruna Torri Saldanha;
Suplente: Elis Francini Souza Coelho.

VII – Representantes da Secretaria Municipal da Educação:
Titular: Giovana Ferrari Barcellos Lazzeri;
Suplente: Valdinei José Arboleya.
VIII – Representantes da Secretaria Municipal da Cultura:
Titular: Ivan Júnior Peron;
Suplente: Irani Rodrigues do Vale.
IX – Representantes da Secretaria Municipal da Habitação e Urbanismo:
Titular: Antonio Carlos de Camargo Monteiro;
Suplente:Matheus Mauricio Ramos.
X – Representantes da Secretaria do Planejamento Estratégico:
Titular: Ires Damian Scuzziato;
Suplente: Stela Taciana Fachin.
XI – Representantes da UNIOESTE – Projeto de Apoio à Política de Proteção à Criança e ao Adolescente – PAPPCA:
Titular: Luciana Vargas Netto Oliveira;
Suplente: Eugênia Aparecida Cesconeto
XII – Representantes da Vara da Infância e Juventude:
Titular: Vivian Kruger;
Suplente: Susane Fontana
XIII – Representantes do Conselho Tutelar:
Titular: Juliano Varanis;
Suplente: Graziela Mendes
XIV – Representantes da Agência do Trabalhador:
Titular: Cristian Diego Carpenedo;
Suplente: Mayara Santos Scuzziatto.
XV – Representantes do Núcleo Regional de Educação:
Titular: Sirley Brandão da Silva;
Suplente: Ervino Frederico Pott.

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação, ficando revogada a Resolução do CMDCA nº 60, de 26 de novembro de 2014.

Toledo, 23 de setembro de 2015.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

RESOLUÇÃO Nº 40, de 21 de OUTUBRO de 2015.

Delibera pela inclusão de representantes do Ministério Público na Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes de Toledo/PR.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em **Reunião Ordinária** realizada no **dia 21 de outubro de 2015**, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro, Toledo – Paraná e,

Considerando a Resolução nº 39, de 23 de setembro de 2015 que delibera pela Composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a inclusão de representantes do Ministério Público na composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do município de Toledo/PR, com a indicação de 01 (um) titular e 01 (um) suplente, conforme segue:

XVI - Representantes do Ministério Público:
Titular: Susana Karen Hans Sasson;
Suplente: Marcel Gustavo Correa.

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 21 de outubro de 2015.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

RESOLUÇÃO Nº 48, de 25 de NOVEMBRO de 2015.

Delibera pela alteração de representante da Secretaria da Cultura na Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes de Toledo/PR.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em **Reunião Ordinária** realizada no **dia 25 de novembro de 2015**, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro, Toledo – Paraná e,

Considerando a Resolução nº 39, de 23 de setembro de 2015 que delibera pela Composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a alteração de representante titular da Secretaria Municipal da Cultura na composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do município de Toledo/PR, conforme segue:

VIII – Representantes da Secretaria Municipal da Cultura:
Titular: de Ivan Júnior Peron por Magda Ritter;

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 25 de novembro de 2015.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

RESOLUÇÃO Nº 15, de 27 de ABRIL de 2016.

Delibera pela substituição de representante suplente da Secretaria da Juventude Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes de Toledo/PR.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), no uso das atribuições que lhe confere a Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e suas alterações dadas pela Lei Federal nº 12.010 de 2009 e Lei municipal 2.043 de 21 de outubro de 2010, em **Reunião Ordinária** realizada no **dia 27 de abril de 2016**, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro, Toledo – Paraná, e,

Considerando a Resolução nº 39, de 23 de setembro de 2015, que delibera pela Composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR;

Considerando o Ofício nº 033, de 14 de abril de 2016 da Secretaria Municipal da Juventude, que solicita substituição de um dos representantes da Secretaria na Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a substituição de representante suplente da Secretaria Municipal da Juventude na composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do município de Toledo/PR, conforme segue:

I - de Lívia Carolina Müller por Valdinei José Arboleya;

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 27 de abril de 2016.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

EDITAL DE CONVOCAÇÃO nº 25/2016

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo-PR (CMDCA), **convoca** os Conselheiros Titulares e **convida** todos os Conselheiros Suplentes e demais interessados, para a **Reunião Ordinária** deste Conselho, **no dia 28 de novembro de 2016**, às 17 horas, no Auditório da Prefeitura, sito à Rua Raimundo Leonardi, nº 1586, Centro, Toledo/PR. Tendo como ponto de pauta:

a) Apresentação e deliberação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-Paraná.

Toledo, 23 de novembro de 2016.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

EDITAL DE CONVOCAÇÃO nº 26/2016

Convocamos toda população em geral para participar da Audiência Pública para apresentação e discussão do **Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**, que acontecerá no **dia 28 de novembro de 2016, às 18 horas, no auditório da Prefeitura Municipal**, sito a rua Raimundo Leonardi, nº 1586, Toledo-Paraná.

Este Plano Decenal tem por objetivo a implementação das diversas políticas públicas que concretizem os direitos humanos das crianças e dos adolescentes para os próximos dez anos.

Atenciosamente,

Toledo, 23 de novembro de 2016.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

II - Projeto de Lei nº 163, de 2016, de autoria do Poder Executivo, que altera dispositivos do Código Tributário do Município de Toledo.

Art. 2º - Para dar atendimento ao disposto no artigo anterior, ficam designados os seguintes vereadores:
I – Neudi Mosconi, Bloco Por Um Toledo Melhor;
II – Renato Reimann, PP;
III – Rogério Massing, PDT;
IV – Tita Furlan, Bloco União por Toledo;
V – Sueli Guerra, PMDB.

Parágrafo único - Por ocasião da primeira reunião será escolhido o presidente da comissão e designado os relatores.

Art. 3° - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Sala do Presidente, 23 de novembro de 2016.

ADEMAR DORFSCHMIDT
Presidente da Câmara Municipal

PORTARIA Nº 168, de 23 de novembro de 2016.

Designa servidor para fiscalização da Ata de Registro de Preços nº 14/2016.

O Presidente da Câmara Municipal de Toledo, no uso das atribuições que lhe são conferidas regimentalmente, atendendo os objetivos do artigo 67 da lei 8.666/93,

RESOLVE:

Art. 1° - Designar o servidor Alberto Luis Binsfeld, para, com observância da legislação vigente, atuar como Fiscal da Ata de Registro de preços nº 14/2016, oriundo do processo de pregão presencial nº 9/2016, cujo objeto é a aquisição de água mineral, pelo período de 12 (doze) meses.

Art. 2° - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Presidente, 23 de novembro de 2016.

ADEMAR DORFSCHMIDT
Presidente da Câmara Municipal

PORTARIA Nº 169, de 23 de novembro de 2016

Declara ponto facultativo no expediente da Câmara Municipal de Toledo.

O Presidente da Câmara Municipal de Toledo, no uso das atribuições que lhe conferem disposições regimentais,

RESOLVE:

Art. 1° - Declarar a facultatividade da frequência dos servidores ao expediente da Câmara Municipal de 23 de dezembro de 2016 a 2 de janeiro de 2017.

Art. 2° - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

Gabinete do Presidente, 23 de novembro de 2016.

ADEMAR DORFSCHMIDT
Presidente da Câmara Municipal

ATOS DE CONSELHOS E OUTROS

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE TOLEDO/PARANÁ – CMDCA

EDITAL DE CONVOCAÇÃO nº 25/2016

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo-PR (CMDCA), **convoca** os Conselheiros Titulares e **convida** todos os Conselheiros Suplentes e demais interessados, para a **Reunião Ordinária** deste Conselho, **no dia 28 de novembro de 2016**, às 17 horas, no Auditório da Prefeitura, sito à Rua Raimundo Leonardi, nº 1586, Centro, Toledo/PR. Tendo como ponto de pauta:

a) Apresentação e deliberação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-Paraná.

Toledo, 23 de novembro de 2016.

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE TOLEDO/PARANÁ – CMDCA

EDITAL DE CONVOCAÇÃO nº 26/2016

Convocamos toda população em geral para participar da Audiência Pública para apresentação e discussão do **Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes**, que acontecerá no **dia 28 de novembro de 2016, às 18 horas, no auditório da Prefeitura Municipal**, sito a rua Raimundo Leonardi, nº 1586, Toledo-Paraná.
Este Plano Decenal tem por objetivo a implementação das diversas políticas públicas que concretizem os direitos humanos das crianças e dos adolescentes para os próximos dez anos.
Atenciosamente,

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA

FÓRUM DE DEBATE DO PLANO DECENAL DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PR

Aos dezesseis dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, no Centro da Juventude Márcio Antonio Bombardelli, sito a Avenida Maripá, nº 1.831, Jardim Europa, Toledo, Paraná, reuniram-se a Coordenadora e o Secretário da Comissão Intersetorial do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, ou seja, Ires Damian Scuzziato e Rodrigo Assufi Dallanol, juntamente com os adolescentes dos Coletivos de Projovem dos Centros de Referência de Assistência Social e outros participantes, sendo: Rodrigo de Souza, Amanda Gabrieli, Claudiane de Toni, Fernanda Vanessa, Camila Teixeira, Vanessa Ferreira, Daiane Alves, Tauana Cirino, Kamila Viana, Adriana de Almeida, Felipe Ramos, Lucas Wilian, Augusto Soares, Fabio Pontes dos Santos, Wile Ladeslau Marques Shanches, Evelin Rafaela, Jenifer Micaele, Geovana dos Reis, Jucelino, João Cristofer da Silva, Rafael dos Santos Stroher, Rafael Aguiar, Willian Kaffer, Cinthia Regina Brun, Eliane Steudel Costa, Danilo Lucas, Bruno Santos, Jessica Caroline de Góis Olivo, Natália Leandro de Araujo, Larissa Schons, Paola Isabel, Gabrieli Medeiros e Aline Karin da Silva, para participar do FÓRUM DE DEBATE DO PLANO DECENAL DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Inicialmente, Ires e Rodrigo explicam que os adolescentes estão reunidos nesta data para exercer a cidadania e colaborar na elaboração do Plano, que decidirá sobre as ações para os próximos dez anos, ou seja, de 2017-2026. Relatam que o objetivo do Plano Decenal é delinear a decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e define responsabilidades para os mais diversos órgãos que executam as políticas de atendimento e garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes nos próximos dez anos. Na sequência, foi explicado sobre cada eixo norteador do Plano e solicitado sugestões aos adolescentes reunidos. Direito à Vida e à Saúde: A Constituição Federal estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde, além de diversos outros direitos que possibilitam a fruição de uma vida digna e de qualidade. Desta forma, é assegurado que toda criança e adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Neste item houve as seguintes sugestões dos adolescentes: **1** – As Unidades Básicas de Saúde precisam de mais médicos e profissionais para atendimento,

tendo em vista que há uma longa fila de espera; **2** – Referente a situação em que 154 crianças nasceram de adolescentes até 16 anos de idade em 2016, a sugestão é de que a Política de Saúde trabalhe em seus vários espaços a questão de valores familiares, destacando a responsabilidade da família na prevenção a gravidez na adolescência. Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade: Os direitos à liberdade, ao respeito e à dignidade são direitos primordiais de todos os cidadãos inseridos em um Estado Democrático de Direito. De acordo com o ECA as crianças e os adolescentes têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas em desenvolvimento, mas continuam considerados como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais. Neste eixo houve as seguintes sugestões dos adolescentes: **1** – Para que haja diminuição da violência, o Município poderia fornecer profissionais que trabalhem com palestras familiares, para se estabelecer os princípios e a moral no âmbito familiar; **2** – Melhorar a Segurança Pública, bem como, fazer capacitação para os profissionais que atuam nessa área; **3** – Criação de um lugar específico para acesso a toda população para que haja orientação quanto às violências e sigilo e segurança para recebimento de denúncias; **4** – Palestrar em Escolas para crianças e adolescentes referente a importância da correta utilização das redes sociais e fazer campanhas de conscientização que trabalhe este tema. Direito a Convivência Familiar e Comunitária: toda criança e adolescente têm direito a serem criados e educados no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta. Os casos de acolhimento institucional constitui-se como uma medida de proteção, aplicada de forma provisória e excepcional, com vistas à reintegração familiar ou, em último caso, à colocação em família substituta. Esta forma de acolhimento busca evitar a institucionalização e propicia o atendimento da criança ou do adolescente em um núcleo familiar, garantindo-se a atenção individualizada e a convivência comunitária, permitindo a continuidade da sua socialização. Neste Direito houve a seguinte sugestão dos adolescentes: **1** – Novamente os adolescentes destacaram a importância de palestras nas Escolas, Unidades de Saúde e outros estabelecimentos em que seja tratado sobre os valores familiares e temas afins. Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer: Como direito de todos e dever do Estado e da família, a educação deverá ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade. Neste item houve as seguintes sugestões dos adolescentes: **1** – Construção de mais ciclovias na cidade; **2** – Construção de pistas de skate nos bairros mais afastados; **3** – Ampliação dos Projetos esportivos em todo Município e que abranja vários bairros; **4** – Melhoria nas quadras polisportivas, adaptando com boa iluminação. **5** – Ofertar cursos de grafites para os adolescentes; **6** – Abertura do Horto Pain Barth para visitação nos finais de semanas e adequar a trilha; **7** –

Descentralizar os cursos da Casa da Cultura e ampliar as vagas. Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho: são direitos fundamentais assegurados aos adolescentes a partir dos 14 anos. O direito à profissionalização visa a proteger o interesse dos adolescentes de se prepararem adequadamente para o exercício do trabalho na vida adulta, visto que a qualificação profissional é elemento essencial para a inserção futura no mercado de trabalho. Neste eixo houve as seguintes sugestões dos adolescentes: **1** – Maior fiscalização nas Empresas para que cumpram a lei dos jovens aprendizes. **2** – Ampliação das vagas de estagiários no Município, principalmente utilizando os adolescentes dos projetos. **3** – Ofertar cursos profissionais para inserção no mercado de trabalho. Fortalecimento das Estruturas do Sistema de Garantias de Direitos da Crianças e do Adolescente: A proposta é de que todas as instituições, executando suas funções de modo colaborativo, possam ser facilitadoras da garantia integral de direitos. No Município de Toledo atua o CMDCA, o Conselho Tutelar, o Ministério Público e o Juizado da Vara da Infância e Juventude. Neste Direito houve as seguintes sugestões dos adolescentes: **1** – Maior atuação do Conselho Tutelar nas escolas; **1** – Incentivar para participação dos adolescentes nas reuniões do CMDCA, a proposta é de que se elejam alguns adolescentes dos projetos socioassistenciais para que participem mensalmente como ouvintes. Findada a reunião, Ires e Rodrigo agradecem a participação de todos os presentes e nada mais havendo a tratar, eu, Aline Karin da Silva, Secretária Executiva do CMDCA, encerro esta ata.

Ata 23/2016 – Aos vinte e oito dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, às dezessete horas, no auditório da Prefeitura, sito a Rua Raimundo Leonardi, um mil quinhentos e oitenta e seis, Centro, Toledo, Paraná, reuniram-se os membros do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) para **Reunião Extraordinária**, contando com a presença dos seguintes conselheiros: Ivone Laguna, Edmara de Souza, Jessica Maiara da Silva dos Santos, Patricia Brandl da Silva Mani, Elis Francini Souza Coelho, Franz Menegasso, Florinda Aparecida de Oliveira e os participantes: Rodrigo Assufi Dallanol (Secretaria da Juventude), Rosmari Gatto Bordignon (Secretaria da Saúde), Rafael Gustavo Cavalli (Secretaria de Desenvolvimento Econômico), Laurentina Pavan, Roseli do Carmo Kingeski Antunes (Conselho Tutelar), Tania de Grandi e Aline Karin da Silva (CMDCA). A presidente do CMDCA, senhora Elis Francini Souza Coelho, deu início à reunião cumprimentando os presentes, agradecendo a presença de todos em seguida apresenta a **PAUTA** da reunião, sendo: **a)** Apresentação e deliberação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-Paraná. Na sequencia, convida a senhora Ires Damian Scuzziato, coordenadora responsável pelo trabalho de elaboração do Plano para fazer a apresentação. Ires informa que em 2013 o CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente publicou a Resolução nº 161, de 04 de dezembro de 2013 que estabelece os parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos da criança e do adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e com os eixos e objetivos estratégicos do Plano Nacional Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Posteriormente foi formada uma Comissão para elaboração do Plano Decenal, instituída pela Resolução nº 22, de 25 de junho de 2014 do CMDCA e até então, houve várias alterações a Resolução mais atual é a de nº 39, de 23 de setembro de 2015. Além disso, Ires foi designada para coordenar os trabalhos de elaboração do Plano Decenal, através do Decreto nº 369, de 9 de agosto de 2016. Ires explica que o Plano de Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes irá subsidiar a Política Municipal para a Criança e o Adolescente, sendo o principal instrumento aprovado pelo CMDCA, que à luz do diagnóstico define as prioridades para garantir que os direitos desta população sejam assegurados e que os direitos já violados sejam resgatados, com absoluta prioridade. Ires comenta que o objetivo do Plano é delinear a decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e define responsabilidades para os mais diversos órgãos que executam as políticas de atendimento e garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes nos próximos dez anos. Em seguida, a mesma apresenta a estrutura do Plano: Identificação; Introdução; 1) História do

Município de Toledo; 2) Apresentação do Município; 3) Principios e Eixos Norteadores; 4) Eixo 1 - Direito à Vida e à Saúde; 5) Eixo 2 - do Direito à Liberdade, ao Respeito e á Dignidade; 5.1 Violência contra Crianças e Adolescentes; 6) Eixo 3 - Direito á Convivência Familiar e Comunitária; 7) Eixo 4 - Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer; 8) Eixo 5 - Direito à Profissionalização e Proteção no Trabalho; 9) Eixo 6 – Fortalecimento das Estruturas do Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes; 10) Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação; Referências. Na sequencia, Ires convida os representantes da Comissão Intersetorial já mencionada, para apresentar as ações de cada eixo do Plano. Eixo 1 - Rosmari Gatto Bordignon expõe os objetivos do direito a vida e a saúde: 1 - Ampliar e reorganizar a Atenção Primária à Saúde para que esta seja ordenadora do cuidado, nas Redes de Atenção à Saúde; 2 - Organizar atenção materno-infantil, qualificando o cuidado nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, em todo o município. 3 - Fortalecer e qualificar as ações de Vigilância em Saúde, no município. 4 - Implantar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Mental. 5 - Melhoria nas condições de saúde e de vida das crianças, através da distribuição gratuita de leite. 6 - Implantar e Implementar ações de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Famílias em situação de Violências. 7 - Notificar os casos de violência atendidos nas Escolas, CMEIS, CRAS, CREAS e Conselho Tutelar. Eixo 2 – Luciana Cesconeto apresenta os objetivos do eixo direito a liberdade ao respeito e dignidade: 1 - Conhecer a realidade e acompanhar a evolução dos dados, visando aprimorar as ações de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes. 2 - Sensibilizar e mobilizar a população sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, fortalecer e divulgar canais de denúncia, visando diminuir a subnotificação dos casos. 3 - Contribuir para a formalização das redes de proteção e implantar um Sistema de Notificação Obrigatória de casos de violência contra crianças e adolescentes. 4 - Fortalecer o município para o acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias. 5 - Humanizar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências e crimes nos órgãos da rede de proteção. 6 - Implantação de programas de orientação e atendimento às pessoas que cometem violência contra crianças e adolescentes. 7 - Proporcionar a execução de medidas socioeducativas de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade promovendo a garantia dos direitos dos adolescentes. 8 - Qualificar os serviços de medidas socioeducativas. 9 - Efetivar a capacidade protetiva das famílias de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. 10 - Garantir estrutura adequada para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa em meio aberto. 11 - Estruturar e fortalecer a rede de instituições que desenvolvem ações de erradicação do trabalho infantil. 12 - Sensibilizar a população e o

empresariado no sentido de erradicar o trabalho infantil. 13 - Promover autonomia das famílias em alta vulnerabilidade, implicando na efetivação da dignidade de crianças e adolescentes. 14 - Mobilizar a gestão municipal para busca ativa e inclusão de famílias em situação de pobreza no Cadastro Único, atualização e revisão cadastral, acompanhamento familiar, cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e acompanhamento da oferta de ações complementares. 15 - Identificação, cadastramento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de Trabalho Infantil. Eixo 3 - Bruna Torri Saldanha apresenta os objetivos do eixo Direito a convivência familiar e comunitária: 1 - Garantia às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Básica, mediante efetivação da política de Assistência Social e do ECA, fortalecendo e prevenindo ocorrências de situações de exclusão social e risco. 2 - Ampliação da cobertura da Proteção Social Básica no município de Toledo. 3 - Acompanhamento pelo PAEFI de famílias com crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. 4 - Reordenamento dos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em conformidade com as pactuações da CIT e resoluções do CNAS. 5 - Acompanhamento pelo PAEFI das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas. 6 - Garantir a execução integral do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI. 7 - Garantir às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Especial, contribuindo para a reconstrução de vínculos, o fortalecimento de potencialidades, e a proteção de famílias e indivíduos por violação de direitos. 8 - Investimento na Proteção Social Básica para que se efetive o acompanhamento familiar, visando que o afastamento do convívio familiar seja uma medida excepcional esgotando as possibilidades previstas no ECA antes do acolhimento de crianças e adolescentes. 9 - Ampliação do Projeto Cegonha Feliz. Eixo 4 – Giovana Ferrari Barcellos Lazzeri e Franz Menegasso apresentam o eixo de Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer: 1 - Promoção, execução e avaliação das políticas educacionais conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, considerados os aspectos do cuidar e do educar com qualidade, nas instituições municipais públicas e privadas de Educação Infantil. 2 - Superar as desigualdades educacionais, promovendo a cidadania, erradicar o analfabetismo e todas as formas de discriminação, na promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental, para a melhoria da qualidade da educação no Ensino Fundamental. 3 - Promoção da Educação Inclusiva garantindo condições de acessibilidade ao Atendimento Educacional Especializado em todos os níveis de ensino. 4 - Promoção da Educação Básica Pública em Tempo Integral. 5 - Promoção da sustentabilidade socioambiental por meio do desenvolvimento de uma educação cidadã, responsável, crítica e participativa. 6 - Erradicação

do analfabetismo absoluto e redução em 50% a taxa de analfabetismo funcional durante a vigência do PME. 7 - Ampliar e implementar espaços Culturais para crianças e adolescentes. 8 - Realizar análise contínua de dados para diagnósticos da realidade das demandas artísticas culturais no município. 9 - Universalizar o acesso à Cultura. 10 - Manter o quadro de profissionais da SMC capacitado e Atualizado. 11 - Desenvolver ações e atividades para formação de plateia para diversas linguagens culturais. Eixo 5 – Rafael Gustavo Cavalli apresenta os objetivos do plano de ação do direito a profissionalização e proteção no trabalho: 1 - Melhorar a qualidade das atividades de aprendizagem realizadas com os adolescentes e dar celeridade aos processos internos. 2 - Fomentar a implantação, Implementação e continuidade de Programas de Aprendizagem. 3 - Ampliar a oferta do ensino técnico e profissionalizante. Eixo 6 – Ires Damian Scuzziato apresenta o eixo referente ao fortalecimento das estruturas do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes: 1 - Fortalecer os Conselhos Tutelares e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente através de instrumentalização técnica e melhoria de suas estruturas. 2 - Publicizar as ações desenvolvidas pelo CMDCA. 3 - Monitoramento e avaliação da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, preconizada no Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente. 4 - Garantir dotação orçamentárias para os serviços de atendimento à criança e ao adolescente. 5 - Incentivar a participação dos adolescentes nas reuniões do CMDCA. Na sequencia Ires explica que visando a efetiva implementação do Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o cumprimento das propostas e ações pactuadas existe a necessidade do acompanhamento, monitoramento e avaliação de forma sistemática, continuada, disciplinada e desenvolvida por técnicos de cada setor ou de cada Secretaria envolvida. Desta forma, será instituído pelo Prefeito Municipal através de portaria o Comitê interinstitucional do Plano Municipal, qual passará por aprovação através de deliberação específica junto ao CMDCA e pela Câmara Municipal de Vereadores, para a formalização e posterior publicização do mesmo. O acompanhamento também se dará através da atuação do CMDCA. Após a explanação sobre o Plano, Ires relata ainda que foi realizado um Fórum de debate envolvendo os adolescentes dos coletivos dos Projovens e os adolescentes do Centro da Juventude no dia 16 de novembro de 2016, totalizando uma participação de 32 adolescentes. A coordenadora ainda ressalta que foram pensadas ações para os seis eixos norteadores do Plano. Após apresentação do Plano, a presidente Elis primeiramente agradece a todos envolvidos na elaboração do Plano e por toda dedicação e na sequencia coloca em votação pela aprovação do Plano Municipal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes de Toledo, sendo aprovada por todos os conselheiros presentes. Na sequencia, Elis convida a todos para participar da Audiência Publica, em que irá

ser apresentado o Plano Decenal. Sem mais, a presidente do CMDCA, senhora Elis Francini Souza Coelho agradece a presença de todos, e deseja uma ótima semana. Nada mais havendo a tratar, eu, Aline Karin da Silva, Secretária Executiva do CMDCA, encerro a presente ata, a qual será assinada por mim e pelos demais presentes.

ATA DA AUDIÊNCIA PÚBLICA PARA APRESENTAÇÃO DO PLANO DECENAL DOS DIRIETOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PR.

Aos vinte e oito dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, às dezoito horas, no auditório da Prefeitura, sito a Rua Raimundo Leonardi, um mil quinhentos e oitenta e seis, Centro, Toledo, Paraná, reuniram-se os membros do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), os membros da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal, as autoridades do Município de Toledo e a população em geral para apresentação e discussão do PLANO DECENAL DOS DIREITOS HUMANOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PARANÁ PARA OS ANOS DE 2017 a 2026. Para dar início, Ires Damian Scuzziato, Coordenadora dos trabalhos de elaboração do Plano, deseja as boas vindas aos presentes e agradece a participação de todos, Ires informa que em 2013 o CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente publicou a Resolução nº 161, de 04 de dezembro de 2013 que estabelece os parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos da criança e do adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e com os eixos e objetivos estratégicos do Plano Nacional Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes. Posteriormente foi formada uma Comissão para elaboração do Plano Decenal, instituída pela Resolução nº 22, de 25 de junho de 2014 do CMDCA e até então, houve várias alterações a Resolução mais atual é a de nº 39, de 23 de setembro de 2015. Além disso, Ires foi designada para coordenar os trabalhos de elaboração do Plano Decenal, através do Decreto nº 369, de 9 de agosto de 2016. Ires explica que o Plano de Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes irá subsidiar a Política Municipal para a Criança e o Adolescente, sendo o principal instrumento aprovado pelo CMDCA, que à luz do diagnóstico define as prioridades para garantir que os direitos desta população sejam assegurados e que os direitos já violados sejam resgatados, com absoluta prioridade. Ires comenta que o objetivo do Plano é delinear a decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e define responsabilidades para os mais diversos órgãos que executam as políticas de atendimento e garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes nos próximos dez anos. Em seguida, a mesma apresenta a estrutura do Plano: Identificação; Introdução; 1) História do Município de Toledo; 2) Apresentação do Município; 3) Principios e Eixos Norteadore; 4) Eixo 1 - Direito à Vida e à Saúde; 5) Eixo 2 - do Direito à Liberdade, ao Respeito e á Dignidade; 5.1 Violência contra Crianças e Adolescentes; 6) Eixo 3 - Direito á Convivência Familiar e Comunitária; 7) Eixo 4 - Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao

Lazer; 8) Eixo 5 - Direito à Profissionalização e Proteção no Trabalho; 9) Eixo 6 – Fortalecimento das Estruturas do Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes; 10) Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação; Referências. Na sequencia, Ires convida os representantes da Comissão Intersetorial já mencionada, para apresentar as ações de cada eixo do Plano. Eixo 1 - Rosmari Gatto Bordignon expõe os objetivos do direito a vida e a saúde: 1 - Ampliar e reorganizar a Atenção Primária à Saúde para que esta seja ordenadora do cuidado, nas Redes de Atenção à Saúde; 2 - Organizar atenção materno-infantil, qualificando o cuidado nas ações do pré-natal, parto, puerpério e do primeiro ano de vida das crianças, em todo o município. 3 - Fortalecer e qualificar as ações de Vigilância em Saúde, no município. 4 - Implantar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Mental. 5 - Melhoria nas condições de saúde e de vida das crianças, através da distribuição gratuita de leite. 6 - Implantar e Implementar ações de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Famílias em situação de Violências. 7 - Notificar os casos de violência atendidos nas Escolas, CMEIS, CRAS, CREAS e Conselho Tutelar. Eixo 2 – Luciana Cesconeto apresenta os objetivos do eixo direito a liberdade ao respeito e dignidade: 1 - Conhecer a realidade e acompanhar a evolução dos dados, visando aprimorar as ações de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes. 2 - Sensibilizar e mobilizar a população sobre a temática da violência contra crianças e adolescentes, fortalecer e divulgar canais de denúncia, visando diminuir a subnotificação dos casos. 3 - Contribuir para a formalização das redes de proteção e implantar um Sistema de Notificação Obrigatória de casos de violência contra crianças e adolescentes. 4 - Fortalecer o município para o acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias. 5 - Humanizar o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências e crimes nos órgãos da rede de proteção. 6 - Implantação de programas de orientação e atendimento às pessoas que cometem violência contra crianças e adolescentes. 7 - Proporcionar a execução de medidas socioeducativas de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade promovendo a garantia dos direitos dos adolescentes. 8 - Qualificar os serviços de medidas socioeducativas. 9 - Efetivar a capacidade protetiva das famílias de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. 10 - Garantir estrutura adequada para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa em meio aberto. 11 - Estruturar e fortalecer a rede de instituições que desenvolvem ações de erradicação do trabalho infantil. 12 - Sensibilizar a população e o empresariado no sentido de erradicar o trabalho infantil. 13 - Promover autonomia das famílias em alta vulnerabilidade, implicando na efetivação da dignidade de crianças e adolescentes. 14 - Mobilizar a gestão municipal para busca ativa e inclusão de famílias em situação de pobreza no Cadastro Único, atualização e revisão cadastral,

acompanhamento familiar, cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e acompanhamento da oferta de ações complementares. 15 - Identificação, cadastramento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de Trabalho Infantil. Eixo 3 - Bruna Torri Saldanha apresenta os objetivos do eixo Direito a convivência familiar e comunitária: 1 - Garantia às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Básica, mediante efetivação da política de Assistência Social e do ECA, fortalecendo e prevenindo ocorrências de situações de exclusão social e risco. 2 - Ampliação da cobertura da Proteção Social Básica no município de Toledo. 3 - Acompanhamento pelo PAEFI de famílias com crianças e adolescentes em serviço de acolhimento. 4 - Reordenamento dos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em conformidade com as pactuações da CIT e resoluções do CNAS. 5 - Acompanhamento pelo PAEFI das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas. 6 - Garantir a execução integral do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI. 7 - Garantir às crianças e adolescentes do Município, Serviços de Proteção Social Especial, contribuindo para a reconstrução de vínculos, o fortalecimento de potencialidades, e a proteção de famílias e indivíduos por violação de direitos. 8 - Investimento na Proteção Social Básica para que se efetive o acompanhamento familiar, visando que o afastamento do convívio familiar seja uma medida excepcional esgotando as possibilidades previstas no ECA antes do acolhimento de crianças e adolescentes. 9 - Ampliação do Projeto Cegonha Feliz. Eixo 4 – Giovana Ferrari Barcellos Lazzeri e Franz Menegasso apresentam o eixo de Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer: 1 - Promoção, execução e avaliação das políticas educacionais conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, considerados os aspectos do cuidar e do educar com qualidade, nas instituições municipais públicas e privadas de Educação Infantil. 2 - Superar as desigualdades educacionais, promovendo a cidadania, erradicar o analfabetismo e todas as formas de discriminação, na promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental, para a melhoria da qualidade da educação no Ensino Fundamental. 3 - Promoção da Educação Inclusiva garantindo condições de acessibilidade ao Atendimento Educacional Especializado em todos os níveis de ensino. 4 - Promoção da Educação Básica Pública em Tempo Integral. 5 - Promoção da sustentabilidade socioambiental por meio do desenvolvimento de uma educação cidadã, responsável, crítica e participativa. 6 - Erradicação do analfabetismo absoluto e redução em 50% a taxa de analfabetismo funcional durante a vigência do PME. 7 - Ampliar e implementar espaços Culturais para crianças e adolescentes. 8 - Realizar análise contínua de dados para diagnósticos da realidade das demandas artísticas culturais no município. 9 - Universalizar o acesso à Cultura.

10 - Manter o quadro de profissionais da SMC capacitado e Atualizado. 11 - Desenvolver ações e atividades para formação de plateia para diversas linguagens culturais. Eixo 5 – Rafael Gustavo Cavalli apresenta os objetivos do plano de ação do direito a profissionalização e proteção no trabalho: 1 - Melhorar a qualidade das atividades de aprendizagem realizadas com os adolescentes e dar celeridade aos processos internos. 2 - Fomentar a implantação, Implementação e continuidade de Programas de Aprendizagem. 3 - Ampliar a oferta do ensino técnico e profissionalizante. Eixo 6 – Ires Damian Scuzziato apresenta o eixo referente ao fortalecimento das estruturas do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes: 1 - Fortalecer os Conselhos Tutelares e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente através de instrumentalização técnica e melhoria de suas estruturas. 2 - Publicizar as ações desenvolvidas pelo CMDCA. 3 - Monitoramento e avaliação da Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, preconizada no Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente. 4 - Garantir dotação orçamentárias para os serviços de atendimento à criança e ao adolescente. 5 - Incentivar a participação dos adolescentes nas reuniões do CMDCA. Na sequencia Ires explica que visando a efetiva implementação do Plano Municipal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o cumprimento das propostas e ações pactuadas existe a necessidade do acompanhamento, monitoramento e avaliação de forma sistemática, continuada, disciplinada e desenvolvida por técnicos de cada setor ou de cada Secretaria envolvida. Desta forma, será instituído pelo Prefeito Municipal através de portaria o Comitê interinstitucional do Plano Municipal, qual passará por aprovação através de deliberação específica junto ao CMDCA e pela Câmara Municipal de Vereadores, para a formalização e posterior publicização do mesmo. O acompanhamento também se dará através da atuação do CMDCA. Após a explanação sobre o Plano, Ires relata ainda que foi realizado um Fórum de debate envolvendo os adolescentes dos coletivos dos Projovens e os adolescentes do Centro da Juventude no dia 16 de novembro de 2016, totalizando uma participação de 32 adolescentes. Informa também que o Plano Decenal apresentado foi aprovado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente na data de hoje, 28 de novembro, às 17 horas. Após apresentação do Plano e sem questionamentos, Ires agradece a participação de todos e deseja uma ótima semana. Nada mais havendo a tratar, eu, Aline Karin da Silva, Secretária Executiva do CMDCA, encerro a presente ata. Segue anexa a lista de presença.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE TOLEDO – PARANÁ

AUDIÊNCIA PÚBLICA: Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-Paraná

LISTA DE PRESENÇA

DATA: 28/11/2016 LOCAL: Auditório da Prefeitura HORÁRIO: 18 horas

NOME	FUNÇÃO	REPRESENTAÇÃO
Tania Defranol	SMED	EDUCAÇÃO
Josmari Ghetto Bordignon	Sec. Saúde - Enfermeira	Saúde.
Ivone Bafuna	CMDCA - Ass Social	CMDCA
Edmara de Souza	Assistente Social	Casa de Maria
Jéssica M. da Silva Santos	Pedagoga	Entidade Abrigo
Patrícia Brandl da Silva Nani	Coordenadora de Projetos	C.S.E. Aldeia Infantil Betesda
Luciana Vargas Fretto Oliveira	Professora	Unioeste - Curso de S. Social
Tania R.S. Fridding	Secretária	SMAS
Elis Francini Souza Coelho	CMDCA	CMDCA/ SMAS.
Rafael Gustavo Cavalli	Analista em Adm. e Planej.	Sec. de Desenv. Econômico
Mozart Lopes	Analista Adm Planej	Sec. EDUCAÇÃO
Angela Kant Martins	Assistente Social	Sec. Assistência Social

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE TOLEDO – PARANÁ

NOME	FUNÇÃO	REPRESENTAÇÃO
Marisa R. Santos Cardoso	Professora	Comunidade
Neli T. Garcia Alves	Assistente Social	Secretaria de Fazenda
Derli F Gomes de Jesus	Conselheira Tutelar	CT1
MARLI VOGT VERNER	PROFESSORA	COMUNIDADE
Florinda Apº de Oliveira	Aux. Desenv. Social	Sec Políticas p/ Mulheres
Bruna Torri Saldanha	Psicóloga	Sec. de Assistência Social
RODRIGO ASSUKI DALLAROSA	PSICÓLOGO	CSU
Franz Muniz	Téc. DESP. Smul	Smul
Aline Karin da Silva	Secretária Executiva	CMDCA
Jr Damian Sazziato	Secretaria de Planejamento	CMDCA

RESOLUÇÃO Nº 31, de 28 de NOVEMBRO de 2016.

Delibera pela aprovação do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-PR para os anos de 2017 a 2026.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), no uso das atribuições que lhe confere a Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e suas alterações dadas pela Lei Federal nº 12.010 de 2009 e Lei municipal 2.043 de 21 de outubro de 2010, em **Reunião Extraordinária** realizada no **dia 28 de novembro de 2016**, no auditório da Prefeitura, sito à Rua Raimundo Leonardi, nº 1586, Centro, Toledo – Paraná, e,

Considerando a Resolução nº 161, de 04 de dezembro de 2013 que estabelece os parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos da criança e do adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e com os eixos e objetivos estratégicos do Plano Nacional Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.

Considerando a Resolução nº 39, de 23 de setembro de 2015, que delibera pela Composição da Comissão Intersetorial para Discussão e Elaboração do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes no Município de Toledo/PR e suas posteriores alterações;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Município de Toledo-Paraná, para os anos de 2017 a 2026.

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 28 de novembro de 2016

Elis Francini Souza Coelho
Presidente do CMDCA



c.m.d.c.a.

TOLEDO
PREFEITURA



PLANO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PARANÁ

TOLEDO - PARANÁ
2014-2024

LUIZ ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSAT
Prefeito do Município de Toledo

ADELAR JOSÉ HOLSBACH
Vice-Prefeito do Município de Toledo

INEIVA TEREZINHA KREUTZ LOUZADA
Secretária Municipal de Assistência Social e Proteção à Família

REJANE LINCK NEUMANN
Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA GEOPOLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ 41
FIGURA 2 MAPA DA CIDADE DE TOLEDO COM SEUS BAIRROS – 2009..... 43

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 INSERIDOS EM MSE EM 2013 65
GRÁFICO 2 INSERIDOS EM MSE EM 2012 66
GRÁFICO 3 TIPOS DE MEDIDAS ACOMPANHADAS EM 2013 66
GRÁFICO 4 QUANTIDADE DE HORAS RECEBIDAS 67
GRÁFICO 5 CONTATOS TELEFONICOS 67
GRÁFICO 6 GÊNERO..... 68
GRÁFICO 7 IDADE..... 68
GRÁFICO 8 GÊNERO FEMININO..... 69
GRÁFICO 9 GÊNERO MASCULINO..... 69
GRÁFICO 10 CADASTRO ÚNICO..... 70
GRÁFICO 11 ESCOLARIZAÇÃO..... 70
GRÁFICO 12 REINCIDENTES..... 71
GRÁFICO 13 REGIÃO / TERRITÓRIO..... 72
GRÁFICO 14 REGIÃO / TERRITÓRIO..... 72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – COMPARATIVO ENTRE A LEI N. 6.697/79 (CÓDIGO DE MENORES E POLÍTICA NACIONAL DO BEM-ESTAR DO MENOR) E A LEI N. 8.069/90 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)..... 22
QUADRO 2 – SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS..... 27
QUADRO 3 – PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA.... 50
QUADRO 4 – AÇÕES E PROJETOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA..... 51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS 42
TABELA 2 – ATOS INFRACIONAIS 71
TABELA 3 – BAIRROS DE ORIGEM..... 73

LISTA DE SIGLAS

CEAADI	CEAADI – Centro de Atendimento ao Adolescente Infrator
CENSE	Centro de Socioeducação
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CUACA	Centro Único de Atendimento à Criança e ao Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FASUL	Faculdade Sul Brasil
FEBEM	Fundação Estadual de Bem Estar do Menor
FIA	Fundo para Infância e Adolescência
FONACRIAD	Fórum Nacional de Organizações Governamentais de Atendimento à Criança e ao Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
IAM	Instituto de Assistência ao Menor
IASP	Instituto de Ação Social do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal
NACA	Núcleo de Atendimento à Criança e ao Adolescente
NOB	Norma Operacional Básica
PLA	Programa de Liberdade Assistida
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PUC PR	Pontifícia Unificada Católica do Paraná
SAI	Serviço Auxiliar à Infância
SAM	Serviço de Assistência a Menores
SAS	Secretaria de Assistência Social
SEDS	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social

SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIPAR	Universidade Paranaense
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
UTFPR	Universidade Tecnológica do Paraná
VIJ	Vara da Infância e Juventude

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 09

INTRODUÇÃO 13

1 PRINCÍPIOS 15

2 DIRETRIZES 15

3 OBJETIVOS 17
3.1 OBJETIVO GERAL 17
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17

4 SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE) 18
4.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL: MARCO SITUACIONAL 18
4.2 SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO: PACTO E RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS **26**
4.2.1 Plano Decenal do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (2013-2022) . 29

5 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SISTEMA E DO PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO PARANÁ 31
5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO À MEDIDA SOCIOEDUCATIVA PRIVATIVA DE LIBERDADE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO 31

6 MUNICIPIO DE TOLEDO: ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO..... 37
6.1 MARCO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE TOLEDO: CONSIDERAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS 37
6.2 INSTÂNCIAS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO..... 44
6.2.1 Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente 45
6.2.2 Juizado da Infância e Juventude 46
6.2.3 Promotoria Pública da Infância e Juventude 47
6.2.4 Conselho Tutelar 47
6.2.5 Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção à Família 48
6.2.6 Secretaria Municipal de Cultura 51
6.2.7 Secretaria Municipal de Educação 53
6.2.8 Secretaria Municipal de Esporte e Lazer 55
6.2.9 Secretaria Municipal de Saúde 56
6.2.10 Secretaria Municipal da Juventude 57

6.3 A OPERACIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO NO MUNICÍPIO DE TOLEDO 60
6.3.1 A Operacionalização das Medidas Socioeducativas em Meio Aberto: Fragilidades..... 63

6.3.2 Dados quantiqualitativos e perfil dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade, atendidos e acompanhados pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social, no período de 2013..... 64

7 PLANO ESTRATÉGICO: EIXOS OPERATIVOS, METAS, AÇÕES, PRAZOS E

RESPONSÁVEIS **73**
7.1 RECURSOS FINANCEIROS..... **74**
7.2 EIXO 1 - GESTÃO **75**
7.3 EIXO 2 - QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO **77**
7.4 EIXO 3 - PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DAS/OS ADOLESCENTES **84**
7.5 EIXO 4 - FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE JUSTIÇA E SEGURANÇA **85**
REFERÊNCIAS **86**
ANEXOS **90**

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo do Município de Toledo reúne diversas informações para subsídio as ações socioeducativas no município de Toledo. Este material, fruto das discussões da Comissão Intersetorial de Medidas Socioeducativas[1] e colaboração/ contribuição de vários atores envolvidos, sintetiza alguns aspectos da história do atendimento aos adolescentes autores de ato infracional e do cumprimento das medidas socioeducativas no município, bem como, projeta os objetivos e metas do atendimento socioeducativo para os próximos dez anos, isto é de 2014 a 2024.

A Resolução Nº 119/2006 - que estabeleceu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e a Lei Federal 12.594/2012 constituem a normatização, conceitual e jurídica necessária à implementação, em todo território nacional, dos princípios consagrados nas *Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude, nas Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens com restrição de liberdade*, na Constituição Federal, na *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e Adolescente*, referentes à execução das medidas socioeducativas destinadas aos adolescentes a quem se atribui à prática do ato infracional (BRASIL, 2013).

Entende-se por SINASE o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como, todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei. (BRASIL, 2012).

A socioeducação enquanto terminologia é algo novo que, conforme BIDARRA e ROESLER (2011), muitas vezes, é restringido a um significado reduzido de espaço da educação voltada para a coletividade e que, embora se constitua num direito

> [...] é ainda entrecortada por muitas ambiguidades e contradições.

[1] RESOLUÇÃO Nº 38/2011 de 28 de Novembro de 2011. Aprova a criação da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas.

> Assim para efetivar tal especificação, é possível deparar-se com a seguinte subdivisão: uma de 'caráter mais protetivo' (para os que não transgrediram as regras sociais e cujas existências sociais estão no liame da ameaça ou violação de direitos) e outra de 'caráter mais socioeducativo', que se destina aos adolescentes que cometeram atos infracionais, para os quais a socioeducação deve visar promover uma formação educacional que permita integrá-los, satisfatoriamente, ao convívio social (BIDARRA e ROESLER, 2011, p 13-14).

A ação socioeducativa, sustentada nos princípios dos direitos humanos encontra de modo geral, dificuldade de compreensão e de aceitação. No entanto, deve propiciar e criar situações que permitam ao adolescente manifestar suas potencialidades, suas capacidades e possibilidades concretas de crescimento pessoal e social.

Para Paulo Freire (1987), a educação é uma prática de liberdade, é problematizadora e só pode acontecer no diálogo entre profissional e o educando, quando ambos se defrontam diante da opressão e da dominação vinda do opressor e buscam, em comunhão, o encontro para pronunciar e recriar o mundo, a sociedade.

Entende-se por medida socioeducativa as previstas no art. 112 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente. O adolescente submetido a uma medida socioeducativa, para além de uma mera responsabilização, deve ser fundamentada não só no ato a ele atribuído, mas também no respeito à equidade (no sentido de dar o tratamento adequado e individualizado a cada adolescente a quem se atribua um ato infracional), bem como considerar as necessidades sociais, psicológicas e pedagógicas do adolescente. O objetivo da medida é possibilitar a inclusão social de modo mais célere possível e, principalmente, o seu pleno desenvolvimento como pessoa. (BRASIL, 2012).

Fundamentos da socioeducação para o adolescente um "processo personalizado, integral, transformador e emancipador. Constituição de um projeto de vida, baseado em valores éticos e morais. Aprendizado para a participação cidadã". (Cadernos do IASP, 2006, p.70).

A Socioeducação como práxis pedagógica propõe "objetivos e critérios metodológicos próprios de um trabalho social reflexivo, crítico e construtivo, mediante processos educativos orientados à transformação das circunstâncias que limitam a integração social, a uma condição diferenciada de relações interpessoais, e, por extensão, à aspiração por uma maior qualidade de convívio social". (Cadernos do IASP, 2007, p.19).

A socioeducação se bifurca, por sua vez, em duas grandes modalidades:

a) uma, de caráter protetivo, voltada para as crianças, jovens e adultos em circunstancias especialmente difíceis em razão da ameaça ou violação de seus direitos por ação ou omissão da família, da sociedade ou do Estado ou até mesmo da sua própria conduta, o que os leva a se envolver em situações que implicam em risco pessoal e social;
b) e outra, voltada especificamente para o trabalho social e educativo, que tem como destinatários os adolescentes e jovens em conflito com a lei em razão do cometimento de ato infracional. (Costa *apud* Cadernos do IASP, 2007, p.20).

A partir desses marcos legais, a atenção ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa tem os fundamentos para se constituir em um Sistema Nacional, tornando - se uma política pública articulada e com características específicas: 1) a Política da Socioeducação e o 2) Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, esses documentos vem somar à normatização citada e deve ser interpretada a partir dela.

A Socioeducação é imprescindível como política pública específica para resgatar a imensa dívida histórica da sociedade brasileira com a população adolescente (vítima principal dos altos índices de violência) e como contribuição à edificação de uma sociedade justa que zela por seus adolescentes.

Nesse sentido, esse Plano é complementar a esfera municipal e deve produzir efeitos no atendimento a adolescentes autores de ato infracional e às suas famílias, criando oportunidades de construção de projetos de autonomia e emancipação cidadã.

Tarefa de toda a sociedade, a atenção integral aos adolescentes para que realizem seus projetos de vida individuais e coletivos, tem neste momento o impulso inalienável da iniciativa do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Esse Plano é, ao mesmo tempo, um desafio e um chamado à integração intersetorial.

Espera-se que este Plano possa contribuir como um norte para os desafios diários nos equipamentos, nas unidades executoras das medidas socioeducativas e na rede de atendimento, para o adequado cumprimento do que foi pensado e definido em leis para a responsabilização e o acompanhamento socioeducativo dos adolescentes.

Em relação ao processo de construção deste documento podemos afirmar que tratou-se de um processo democrático e com a participação da comissão, gerando um

processo de debate, discussões e amadurecimento no aprimoramento das ações em torno dos adolescentes em cumprimento de Medidas Socioeducativas.

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo foi construído com base nas informações prestadas pelos órgãos responsáveis pelo atendimento socioeducativo no Plano Nacional de Direitos Humanos III – PNDH3 (2010) e no Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, à Resolução 119/2006 do CONANDA e a Lei Federal nº 12.594/2012.

A primeira versão desse documento foi elaborada entre 2011 e 2013 pela Comissão Intersetorial de Medidas Socioeducativas, sendo esta, nomeada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). Os esforços empreendidos foram no sentido de sistematizar o histórico da socioeducação no município e as contribuições das políticas setoriais demarcando o atendimento socioeducativo.

A revisão e redação final ocorrem no ano de 2014, expressando as estratégias de longo prazo, correlacionadas com os instrumentos de gestão de curto e médio prazo, determinando a alocação de recursos públicos para sua execução, seguindo a proposta do Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo (2013).

A estrutura do Plano se configura da seguinte forma: Apresentação; Introdução; Princípios; Diretrizes; Objetivos; Identificação; Sistema Nacional Socioeducativo e sua implantação no município de Toledo; Aspectos históricos do atendimento socioeducativo no município de Toledo; Serviço Auxiliar da Infância e Juventude; Operacionalização das medidas socioeducativas em meio aberto; Operacionalização das medidas socioeducativas em meio fechado; Marco situacional; Plano Estratégico - eixos operativos e as Referências.

O Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo esta organizado em quatro (4) eixos operativos: gestão, qualificação do atendimento socioeducativo, participação e autonomia das/os adolescentes, fortalecimento dos sistemas de justiça e segurança pública).

O monitoramento e avaliação do SINASE compõem um conjunto de ações de caráter político estratégico que visa introduzir parâmetros para as entidades e/ou programas de atendimento socioeducativo que executam o atendimento inicial, a

internação provisória e as medidas socioeducativas, bem como produzir informações para sua melhoria e a publicização dos dados em âmbito nacional.

A socioeducação é imprescindível como política pública específica, pois a consolidação da proposta socioeducativa voltada a adolescentes autores de ato infracional no município de Toledo perpassa por um período de transição entre uma perspectiva de orientação repressiva, prevista no Código de Menores, à uma perspectiva de instituição de direitos, conforme previstos nas Legislações nacionais e internacionais. Nesse caso, não basta a mudança conceitual na área da criança e do adolescente é necessário, também, alterações e ressignificação da atuação dos atores sociais nesse contexto, em específico as formas de tratamento das questões inerentes a esse público.

1. PRINCIPIOS

a) Os adolescentes são sujeitos de direitos, entre os quais a presunção da inocência.
b) Ao adolescente que cumpre medida socioeducativa deve ser dada proteção integral de seus direitos.
c) Em consonância com os marcos legais para o setor, o atendimento socioeducativo deve ser territorializado, regionalizado, com participação social e gestão democrática, intersetorialidade e responsabilização, por meio da integração operacional dos órgãos que compõem esse sistema.

2. DIRETRIZES

a) Garantia da qualidade do atendimento socioeducativo de acordo com os parâmetros do SINASE.
b) Focar a socioeducação por meio da construção de novos projetos pactuados com os adolescentes e famílias, consubstanciados em Planos Individuais de Atendimento.
c) Assegurar o protagonismo, participação e autonomia de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e de suas famílias.
d) Criar mecanismos que previnam e medeiem situações de conflitos e estabelecer práticas restaurativas.
e) Garantir o acesso do adolescente à Justiça (Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) e o direito de ser ouvido sempre que requerer.
f) Garantir o direito à sexualidade e saúde reprodutiva, respeitando a identidade de gênero e a orientação sexual.
g) Garantir a oferta e acesso à educação de qualidade, à profissionalização, às atividades esportivas, de lazer e de cultura na articulação da rede, no serviço de atendimento em meio aberto.
h) Garantir o acesso à programas de saúde.

i) Garantir ações articuladas nas áreas de Educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos, em conformidade com os princípios elencados na Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

j) Valorizar os profissionais da socioeducação e promover formação continuada.

k) Implantar e implementar o regimento Interno do Atendimento Socioeducativo Municipal.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Estruturar o Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo conforme previsto nas Leis nº 8.069/90 e 12.594/2012, destinada ao atendimento à adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, em meio aberto.

3.2. OBJETIVOS ESPEFÍCICOS

a) Instituir a coordenação do Sistema Municipal do Atendimento Socioeducativo.
b) Assegurar recursos no orçamento municipal, com a participação compartilhada das Secretarias Municipais responsáveis pelas Políticas Públicas de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social, para execução do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo do Município de Toledo.
c) Instituir o Sistema Municipal de avaliação e acompanhamento do Atendimento Socioeducativo.
d) Prever executar serviços continuados e articulados nas áreas de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social.
e) Garantir o processo de educação permanente.
f) Aprimorar e qualificar o atendimento socioeducativo municipal através dos serviços continuados e executados em rede pelo sistema de garantia de direitos.
g) Garantir a inserção e participação dos/as adolescentes nas instâncias de controle social.

4. SISTEMA NACIONAL SOCIOEDUCATIVO (SINASE)

No ano de 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, aprovou a Resolução 119/2006 que estabeleceu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, e a publicação da Lei Federal 12.594/2012, aprovada no Congresso Nacional e sancionada pela Presidenta Dilma Rousseff em 18 de janeiro de 2012. A partir desses marcos legais, a atenção ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa tem os fundamentos para se constituir em um Sistema Nacional, tornando-se uma política pública articulada e com características específicas: a Política da Socioeducação, documento que vem somar-se à normatização citada e deve ser interpretada a partir dela. Desta forma segue nos próximos capítulos considerações acerca da garantia dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, bem como o considerações a respeito do Plano Nacional.

4.1. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL: MARCO SITUACIONAL.

Diante do processo histórico que fundamentou a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, tem-se como proposta a compreensão de tais fatos enquanto construção social, que tem em sua base a luta dos sujeitos sociais em busca da garantia de seus direitos, além de interesses da classe dominante como forma de “manter a ordem”.

Entender a legislação que assegura os direitos das crianças e adolescentes, especificamente os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, requer contextualizar o processo histórico desde a estigmatização do menor[2] à consideração deste enquanto sujeito de direitos. Diante disso, deve-se assinalar, conforme Júnior, que

[2] Nesse sentido, Júnior assinala que “Igualmente inserido na mesma faixa etária que a CRIANÇA, o ‘menor’ seria uma triste exceção, pois estaria em situação irregular decorrente de sua origem em famílias ‘desestruturadas de baixa renda’. Mas estes representam perigo à sociedade, pois desmascaram a

> A legislação referente à infância e adolescência brasileiras deixa claro em seu conteúdo que somente determinada parcela desta população figura como objeto a ser disciplinado, assistido e controlado. As leis e códigos específicos formulados destinam-se a dar conta do denominado MENOR. Como "menor" entendendo-se não a totalidade da população infanto-juvenil, mas especificamente a sua parcela pauperizada e em potencial situação de abandono e delinqüência. (1992:15).

As leis brasileiras destinadas às crianças e adolescentes surgem com o propósito de proteger a sociedade e seu patrimônio, dos "elementos nocivos". A sociedade e o Estado produzem um aparato legal para conter e regrar a infância pobre, sem que hajam ações nas causas produtoras das desigualdades sociais, sendo o "menor" alvo de ação que no discurso ideológico se constituía como minoria na sociedade brasileira, mas na realidade representava a maioria das crianças e adolescentes que viviam em situação de vulnerabilidade social[3]. (JÚNIOR, 1992:15-16).

Deve-se destacar que as ações do Estado tinham como alicerce o assistencialismo e populismo, e diante dessa configuração a infância e adolescência recebiam um atendimento que não pretendia a emancipação destes enquanto sujeitos de direitos, mas o fortalecimento do Estado nas intervenções que se apresentavam. Além disso, não há a discussão e compreensão diante dos fatores que determinam a situação em que vivem as crianças e adolescentes alicerçada no aumento expressivo das desigualdades sociais, inerente ao desenvolvimento do sistema capitalista de produção.

Na década de 1970 há o aumento das desigualdades sociais, e o menor busca alternativas de sobrevivência nas ruas, diante desse fato a sociedade passa a relacionar a pobreza e violência, e busca-se medidas de contenção da criminalidade e violência urbana (JÚNIOR, 1992:21). Em 10 de outubro de 1979, foi promulgada a Lei n. 6697/79, denominado Código de Menores, que buscou se adaptar às novas diretrizes propostas pela FUNABEM. Este Código implantou a doutrina da "situação irregular",

---

realidade, mostram as condições de miserabilidade, falta de respeito humano e desigualdades sociais". (1992:13-14).

[3] Conforme assinalam Pochmann e Amorim, "A vulnerabilidade social de origem antiga, reflete-se hoje, entre outros aspectos, por um acesso muito restrito à educação, à alimentação, ao mercado de trabalho e a outros mecanismos de geração de emprego e renda. Tal dinâmica parece consolidar o quadro histórico de exclusão social local". (*apud* SILVA e SOUZA E SILVA, 2005:39).

quando os menores se encontrassem em estado de "patologia jurídico-social", assim definida no Art. 2º:

> Para os efeitos desse Código, considera-se, em situação irregular, o menor: I – privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta, ação ou omissão dos pais; b) manifesta a impossibilidade dos pais ou responsável, para provê-las; II – vítima de maus-tratos ou castigos imoderados, impostos pelos pais ou responsável; III – em perigo moral, devido a: a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; IV – privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável; V – com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária; VI – autor de infração penal. (*apud* LIBERATI, 2002).

O Novo Código delimita sua ação na assistência, proteção e vigilância dos menores, caracterizando-se pela presença do Juiz de Menores como tutor dos adolescentes, em que suas decisões determinariam o futuro desta população, independentemente das condições que estas apresentam.

A partir da década de 1980, há a luta dos movimentos sociais em busca de direitos, com a inserção dos movimentos a favor da criança e do adolescente, sendo um desses movimentos a criação, em 1987 da Comissão Nacional Criança e Constituinte[4] com representantes dos órgãos governamentais e não-governamentais reunindo mais de 600 grupos de trabalhadores. Esse movimento exerceu pressão significativa para a Carta Magna de 1988. (CARVALHO, 2000:187).

No dia 05 de outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que foi uma construção social na luta pela garantia dos direitos sociais, e diante dessa materialização, pela primeira vez na história do Brasil, a população infanto-juvenil é considerada como sujeito de direitos. A Constituição de

[4] "A Comissão Nacional Criança e Constituinte foi instituída por Portaria Interministerial integrando as áreas de educação, saúde, previdência, trabalho, justiça e planejamento, no nível do governo. Registra-se a participação, dentre outras organizações não-governamentais, das seguintes: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Educação Pré-Escolar (Omep), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Federação Nacional de Jornalismo (Fenaj), Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR)". (PILOTTI e RIZZINI *apud* CARVALHO, 2000:187).

1988 incorpora elementos essenciais da Convenção Internacional sobre os direitos da criança[5], e em seu artigo 227º prevê que:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2004).

A partir da regulamentação dos artigos 227º e 228º da Constituição Federal, intensificou-se o debate nacional no processo de sensibilização, conscientização e mobilização com a participação da Comissão Nacional Criança e Constituinte na realização de seminários, manifestações, visando a organização da sociedade em sua totalidade para a aprovação do Projeto que tramitou no Senado e, em 13 de julho de 1990 foi sancionado pelo Presidente da República, o Estatuto da Criança e do Adolescente. (SANTOS, 1992).

Conforme Costa, "O novo ordenamento jurídico da questão da infância e da juventude introduz basicamente três tipos de inovações na política de promoção e defesa dos direitos: 1- as mudanças de conteúdo; 2 – as mudanças de método; 3 – as mudanças de gestão". (1994).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pela Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, trata-se da Primeira Lei de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança. Com a afirmação do ECA, há avanços significativos no que tange os direitos das crianças e adolescentes. Faleiros afirma que esses direitos garantem "a proteção dos direitos da infância, articulam-se ao paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente sujeitos de direitos, seres em desenvolvimento e prioridades absolutas". (*apud* CARVALHO, 2000). A partir dessa conquista, crianças e adolescentes passam a ser considerados seres humanos em

[5] A Convenção Internacional sobre os direitos da criança foi aprovada em 20 de novembro de 1989, fruto de dez anos de trabalho de representantes de 43 Estados membros da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e, representou o resumo e conclusão de toda a legislação garantista de proteção à infância. (LIBERATI, 2002).

condição peculiar de desenvolvimento, sujeitos de direitos que devem ser prioridade[6] absoluta da família, da sociedade e do Estado, com base na Doutrina de Proteção Integral[7]. Essas mudanças podem ser visualizadas conforme demonstrativo no Quadro a seguir:

QUADRO 1	**COMPARATIVO ENTRE A LEI N. 6.697/79 (CÓDIGO DE MENORES E POLÍTICA NACIONAL DO BEM-ESTAR DO MENOR) E A LEI N. 8.069/90 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)**	
ASPECTO CONSIDERADO	LEI N. 6.697/79	LEI 8.069/90
Base doutrinária	Direito tutelar do menor. Os menores são objeto de medidas judiciais, quando se encontram em situação irregular, assim definida legalmente.	Proteção Integral: a lei assegura os direitos de todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de qualquer tipo.
A concepção político-social implícita	Trata-se de um instrumento de controle social da infância e da adolescência, vítimas das omissões e transgressões da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos	Trata-se de um instrumento de desenvolvimento social voltado para o conjunto da população e da juventude do país, garantindo proteção especial àquele segmento considerado pessoal e socialmente mais sensível
Visão da criança e do adolescente	Menor em situação irregular: objeto de medidas judiciais	Sujeitos de direitos – condição peculiar de pessoa em desenvolvimento
Objetivo	Dispor sobre a assistência a menores entre zero e dezoito anos, que se encontrem em situação irregular; e entre 18 e 21 anos, nos casos previstos em lei, através da aplicação de medidas preventivas e terapêuticas	Garantia dos Direitos pessoais e sociais através da criação de oportunidades e facilidades a fim de facilitar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade
Efetivação das políticas sociais	As medidas previstas restringem-se ao âmbito: a)da Política do Bem-Estar do Menor (Funabem e congêneres; b)Segurança pública; c)Justiça de menores	Políticas básicas; políticas assistenciais (em caráter supletivo); serviços de proteção e defesa das crianças e adolescentes vitimizados; proteção jurídico-social
Princípios estruturadores da política de atendimento	Políticas sociais compensatórias (assistencialismo) e centralizadas	Municipalização das ações; participação da comunidade organizada na formulação das políticas e no controle das ações (Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares)

[6] Conforme o Art. 4º do ECA parágrafo único: "A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude". (BRASIL, 2004b: 19-20).

[7] A Doutrina de Proteção Integral passa a perceber a criança e o adolescente enquanto sujeitos de direitos, diferentemente do Código de Menores da Doutrina da Situação Irregular, que os considerava como "feixe de necessidades". (ALBERTON, 2005:62).

Mecanismos de participação	Não abre espaços à participação de outros atores que limitem os poderes da autoridade policial, judiciária e administrativa	Prevê instâncias colegiadas de participação (Conselhos paritários – Estado- Sociedade) nos níveis federal, estadual e municipal
Vulnerabilidade sócio-econômica	Os menores carentes, abandonados e delinqüentes devem passar pelas mãos do Juiz	Os casos de situação de risco pessoal e social são atendidos por uma instância sócio-educacional colegiada: o Conselho Tutelar
Caráter social	Penaliza a pobreza, através de mecanismos, como: a) perda ou suspensão do pátrio poder; b)imposição da medida de internamento à criança e aos adolescentes pobres	A falta ou insuficiência de recursos deixa de ser motivo para perda ou suspensão do pátrio poder. Através do Conselho Tutelar, desjudicionaliza os casos exclusivamente sociais
Estrutura	Funabem, Febem, Segurança Pública, Justiça de Menores, Programas municipais e comunitários	Conselhos paritários, Fundos e coordenação técnica em todos os níveis: União, Estados e Municípios
Elaboração	O Código foi elaborado por um seleto grupo de juristas	E Estatuto foi elaborado a milhares de mãos pelo movimento social em favor da criança e do adolescente, com apoio técnico-jurídico de um grupo de juristas da magistratura, dos Ministérios Públicos e da Funabem

FONTE: LIBERATI, 2002

Além do comparativo explicitado no Quadro 1, pretende-se ressaltar outros aspectos essenciais à compreensão das mudanças decorrentes na legislação brasileira a partir da análise do Código de Menores de 1979 e do ECA de 1990.

O Código de Menores não exigia que houvesse fundamentação para as decisões relativas ao confinamento dos menores, sendo essa decisão subjetiva e a critério do Juiz de menores, o que se modifica a partir do ECA que "Garante à criança e ao adolescente o direito à ampla defesa com todos os recursos a ele inerentes". (LIBERATI, 2002:119), o que faz com que os poderes do Juiz se tornem limitados, pois suas ações devem estar pautadas no que preconiza a lei, impedindo os "abusos de autoridade".

Quanto à apreensão dos adolescentes, o Código de Menores preconizava a prisão cautelar, antijurídica, em que por motivos injustificados era realizada apreensão por parte das autoridades, porém a partir do ECA esta apreensão é restrita em apenas dois casos: "(...) a) flagrante delito de ato infracional; b) ordem expressa e fundamentada do Juiz". (LIBERATI, 2002). Além disso, diante do direitos de defesa, o Código de Menores considera que o menor já é "defendido" pelos Promotores de Justiça, diferentemente do ECA que garante defesa técnica por profissional habilitado, sendo este o advogado.

Outro aspecto que deve ser considerado na análise crítica sobre a diferença entre o Código de Menores de 1979 e o ECA, este contido no internamento, que conforme o Código de Menores era a "Medida aplicável a crianças e adolescentes, por pobreza (manifesta incapacidade dos pais para mantê-los), sem tempo e condições determinadas". (LIBERATI, 2002), comprometendo a vivência das crianças e adolescentes que foram discutidas em diferentes registros e produções científicas, sobre os abusos e violências sofridas nessas instituições[8], a partir do ECA, a medida de internamento é aplicável somente no cometimento de ato infracional grave, obedecidos os princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à sua condição de pessoas em desenvolvimento. (LIBERATI, 2002), apesar de que ainda há a denúncia dos maus-tratos e abuso de autoridade impostos pelos policiais.

[8] Nesse sentido, Marin assinala que "Na verdade, o papel dos policiais acaba sendo de punidor, de torturador, buscando a qualquer custo, até mesmo ao custo da integridade física dos adolescentes, provas para as suas suspeitas ao invés de se fazerem investigações para conseguí-las. (...) Apesar de tortura e confissão serem companheiras milenares, há que se considerar que seus operacionalizadores são trabalhadores desvalorizados pela baixa remuneração e alienados do mundo em que vivem, da classe a que pertencem e do próprio ser humano. Na verdade os policiais pertencem à classe dominada e explorada, tanto quanto os adolescentes, seus algozes, porém, contraditoriamente, reconhecem-se na classe que representam ao agirem como torturadores de seus iguais. (...) os policiais como trabalhadores do sistema capitalista são expropriados da condição de sujeitos tanto quanto são agentes dessa mesma expropriação em relação aos adolescentes". (2004).

No que se refere aos crimes e infrações cometidos contra crianças e adolescentes o Código de Menores é omisso a respeito, o que constitui-se como avanço preconizado no ECA "(...) que pune o abuso do pátrio poder, das autoridades e dos responsáveis pelas crianças e adolescentes". (LIBERATI, 2002), além disso, somente com o ECA há a participação ativa da comunidade na fiscalização do cumprimento da lei, sendo as pessoas transgressoras responsabilizadas por tais atos ou omissões.

A internação provisória na acepção do Código de Menores é a medida das mais rotineiras, porém com o ECA "Só haverá internação provisória em caso de crime cometido com grave ameaça ou violência à pessoa". (LIBERATI, 2002).

As mudanças decorridas da implementação do ECA exigiram a introdução de novos conteúdos na política de atendimento e reorganiza o campo das políticas públicas[9], além disso surgem dois enfoques novos: na área do trabalho educativo há o desenvolvimento de uma proposta emancipatória baseada na noção de cidadania e, no campo judiciário materializa-se a concepção garantista, que cria salva-guardas jurídicas que asseguram os direitos das crianças e adolescentes. (COSTA, 1994:34). Diante da necessidade de assegurar os direitos preconizados pelo ECA, são criados os seguintes mecanismos:

> As políticas públicas: elaboradas, acompanhadas e controladas por Conselhos de Direitos em todos os níveis, financiadas com recursos da União, do Estado e dos Municípios e por outras fontes recebidas através de Fundos com possibilidade de abatimento do Imposto de Renda; Os Conselhos Tutelares: visando a desjuridicialização do atendimento de crianças violadas em seus direitos; O Ministério Público e a Defensoria Pública; A Justiça da Infância e da Juventude; e, As ações civis de proteção judicial dos interesses individuais, difusos e coletivos. (JÚNIOR, 1992:69-70).

Diante disso, há a responsabilização do Estado na garantia dos direitos da criança e do adolescente, e o ECA em seu Art. 86º assinala que "A política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente far-se-à através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios". (BRASIL, 2004a).

Diante da importância da formulação de políticas sociais no atendimento e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, inerente ao processo de reordenamento institucional e

[9] Entende-se por Política Pública "(...)o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada, em diversas áreas. Expressa a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público". (GUARESCHI, COMUNELLO, NARDINI & HOENISCH *apud* POLÍTICA, 2006).

descentralização político-administrativa preconizados pela Constituição Federal de 1988 e ECA, há a operacionalização das políticas sociais com a participação constante da população na discussão, fiscalização e formulação das propostas.

Neste sentido, pretende-se discutir a partir deste marco – Estatuto da Criança e do Adolescente – a construção do Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE) e os avanços na defesa e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes no município de Toledo.

4.2. SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO: PACTO E RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS

Visando concretizar os avanços contidos na legislação e contribuir para a efetiva cidadania dos adolescentes em conflito com a lei, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), responsável por deliberar sobre a Política de Atenção à Infância e Adolescência – pautado no princípio da democracia participativa – tem buscado cumprir seu papel normatizador e articulador, ampliando os debates e sua agenda com os demais atores do Sistema de Garantia dos Direitos da criança e do Adolescente (SGD) (BRASIL, 2006, p.15).

Durante o ano de 2002 o CONANDA e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH/SPDCA), em parceria com a Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e Juventude (ABMP) e o Fórum Nacional de Organizações Governamentais de Atendimento à Criança e ao Adolescente (FONACRIAD), realizaram encontros estaduais, encontros regionais e um encontro nacional com juízes, promotores de justiça, conselheiros de direitos, técnicos e gestores de entidades e/ou programas de atendimento socioeducativo. O escopo foi debater e avaliar com os operadores do SGD a proposta de lei de execução de medidas socioeducativas da ABMP, bem como, a prática pedagógica desenvolvida nas Unidades Socioeducativas. (BRASIL, 2006, p.15-16).

Em fevereiro de 2004, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), por meio da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SPDCA), em conjunto com o CONANDA e com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sistematizaram e organizaram a proposta do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Em novembro do mesmo ano promoveram um amplo diálogo nacional com aproximadamente 160 atores do SGD, que durante três dias discutiram, aprofundaram e contribuíram de forma imperativa na construção deste documento (SINASE), que se constituirá em um guia na implementação das medidas socioeducativas. (BRASIL, 2006).

A implementação do SINASE objetiva primordialmente o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos. Defende, ainda, a idéia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional estruturada, principalmente, em bases éticas e pedagógicas. (BRASIL, 2006, p.16).

Com das discussões e construções teóricas diante do tema, foi através da Lei 12.594 de 18 e janeiro de 2012 que foi instituído o SINASE que regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional.

Assinala-se que conforme o Art. 1º da Lei 12.594:

> Entende-se por SINASE o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios que envolvem a execução de medidas socioeducativas, incluindo-se nele, por adesão, os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atendimento a adolescente em conflito com a lei.

Sendo assim, para que este sistema se efetive na busca pelo acesso e garantia dos direitos sociais dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, há a necessidade de ações articuladas e intersetoriais do Sistema de Garantia de Direitos conforme Quadro que representa este processo:

QUADRO 2 – SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS



Esse sistema tem interfaces com diferentes sistemas e políticas e exige atuação diferenciada que coadune responsabilização (com a necessária limitação de direitos determinada por lei e aplicada por sentença) e satisfação de direitos. (BRASIL, 2006, p.23).

Com a aprovação da Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012 houve a instituição do SINASE que regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, sendo que além de preconizar um sistema específico para este atendimento, qualifica e aprimora este processo.

A partir disso, a União, os Estados e os Municípios passaram a discutir e se apropriar no sentido de garantir a execução do que preconiza este instrumento legal. Desta forma segue as competências de cada ente da federação conforme a LEI Nº 12.594, de 18 de Janeiro de 2012, que Institui o SINASE, regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. À União compete conforme Art. 3º :

> I - formular e coordenar a execução da política nacional de atendimento socioeducativo; II - elaborar o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, em parceria com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; III - prestar assistência técnica e suplementação financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas; IV - instituir e manter o Sistema Nacional de Informações sobre o Atendimento Socioeducativo, seu funcionamento, entidades, programas, incluindo dados relativos a financiamento e população atendida; V - contribuir para a qualificação e ação em rede dos Sistemas de Atendimento Socioeducativo; VI - estabelecer diretrizes sobre a organização e funcionamento das unidades e programas de atendimento e as normas de referência destinadas ao cumprimento das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade; VII - instituir e manter processo de avaliação dos Sistemas de Atendimento Socioeducativo, seus planos, entidades e programas; VIII - financiar, com os demais entes federados, a execução de programas e serviços do Sinase; e IX - garantir a publicidade de informações sobre repasses de recursos aos gestores estaduais, distrital e municipais, para financiamento de programas de atendimento socioeducativo.

Aos Estados compete conforme Art. 4º :

> I - formular, instituir, coordenar e manter Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo, respeitadas as diretrizes fixadas pela União; II - elaborar o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo em conformidade com o Plano Nacional; III - criar, desenvolver e manter programas para a execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação; IV - editar normas complementares para a organização e funcionamento do seu sistema de atendimento e dos sistemas municipais; V - estabelecer com os Municípios formas de colaboração para o atendimento socioeducativo em meio aberto; VI - prestar assessoria técnica e suplementação financeira aos Municípios para a oferta regular de programas de meio aberto; VII - garantir o pleno funcionamento do plantão interinstitucional, nos termos previstos no inciso V do art. 88 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); VIII - garantir defesa técnica do adolescente a quem se atribua prática de ato infracional; IX - cadastrar-se no Sistema Nacional de Informações sobre o Atendimento Socioeducativo e fornecer regularmente os

> dados necessários ao povoamento e à atualização do Sistema; e X - cofinanciar, com os demais entes federados, a execução de programas e ações destinados ao atendimento inicial de adolescente apreendido para apuração de ato infracional, bem como aqueles destinados a adolescente a quem foi aplicada medida socioeducativa privativa de liberdade.

Aos Municípios compete conforme Art. 5º :

> I - formular, instituir, coordenar e manter o Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo, respeitadas as diretrizes fixadas pela União e pelo respectivo Estado; II - elaborar o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, em conformidade com o Plano Nacional e o respectivo Plano Estadual; III - criar e manter programas de atendimento para a execução das medidas socioeducativas em meio aberto; IV - editar normas complementares para a organização e uncionamento dos programas do seu Sistema de Atendimento Socioeducativo;
> V - cadastrar-se no Sistema Nacional de Informações sobre o tendimento Socioeducativo e fornecer regularmente os dados necessários ao povoamento e à atualização do Sistema; e VI - cofinanciar, conjuntamente com os demais entes federados, a execução de programas e ações destinados ao atendimento inicial de adolescente apreendido para apuração de ato infracional, bem como aqueles destinados a adolescente a quem foi aplicada medida socioeducativa em meio aberto.

O Plano é um instrumento legal que delibera as responsabilidade de cada instância, nas 3 esferas de governo, e instrui os procedimentos para a proteção integral dos adolescentes , por meio da oferta e ações integradas.

4.2.1. Plano Decenal do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

Plano do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo foi construído com base no diagnóstico situacional do atendimento socioeducativo, nas propostas deliberadas na IX Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, no Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente e no Plano Nacional de Direitos Humanos III – PNDH 3.

São documentos ancorados à Constituição Federal, à Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, às Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude, às Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens com restrição de liberdade,ao ECA, à Resolução 119/2006 do CONANDA e à Lei Federal 12.594/2012.

São documentos ancorados à Constituição Federal, à Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, às Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude, às Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens com restrição de liberdade,ao ECA, à Resolução 119/2006 do CONANDA e à Lei Federal 12.594/2012.

A primeira versão do Plano Nacional (versão para consulta pública) foi apresentada e discutida em comissões e conselhos, a exemplo da Comissão Intersetorial de Acompanhamento do SINASE, CONANDA (Assembléias e Comissão de Políticas Públicas), Conselho Nacional de Justiça –CNJ, Fórum Nacional de Gestores dos Programas de Meio Fechado do SINASE – FONACRIA De Fórum Nacional da Justiça Juvenil –FONAJUV. Foi também à consulta pública entre 20 de maio e 18 de junho de 2013. As contribuições foram incorporadas tanto nas políticas setoriais, quanto no conjunto de princípios, diretrizes e normativas que estabeleceram esta política pública específica da socioeducação.

O Plano Nacional do SINASE define expectativas e estratégias de longo prazo, correlacionadas com instrumentos de gestão de médio e curto prazo, determinando a alocação de recursos públicos para cada exercício. Essas estratégias ordenam-se em quatro eixos: Gestão, Qualificação do Atendimento, Participação Cidadã dos Adolescentes e Sistemas de Justiça e Segurança.

A estrutura de apresentação do Plano segue um caminho lógico que inclui: a) Princípios e diretrizes; b) Marco situacional geral; c) Modelo de gestão; d) Metas, prazos e responsáveis.

O Plano Nacional do SINASE está organizado em quatro eixos, treze objetivos e setenta e três metas, distribuídas em três período.

O monitoramento será contínuo e ocorrerá ao final de cada um destes períodos, objetivando avaliar e corrigir o processo.

A socioeducação é imprescindível como política pública específica para resgatar a imensa dívida histórica da sociedade brasileira com a população adolescente (vítima principal dos altos índices de violência) e como contribuição à edificação de uma sociedade justa que zela por seus adolescentes.

Nesse sentido, este Plano é um passo adiante dos novos marcos regulatórios e deve produzir efeitos no atendimento a adolescentes autores de ato infracional e às suas famílias, criando oportunidades de construção de projetos de autonomia e emancipação cidadã.

Tarefa de toda a sociedade brasileira, a atenção integral aos adolescentes para que realizem seus projetos de vida individuais e coletivos, tem neste momento o impulso inalienável da iniciativa do Estado. Este Plano é, ao mesmo tempo, um desafio e um chamado à integração intersetorial.

5. CONSIDERAÇÕES ACERCA DO SISTEMA E DO PLANO ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO PARANÁ

Em dezembro do ano de 2013 foi aprovado o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, já o Plano Estadual tem como previsão de aprovação em novembro de 2014.

5.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO A MEDIDA SOCIOEDUCATIVA PRIVATIVA DE LIBERDADE NO MUNICIPIO DE TOLEDO

O atendimento socioeducativo para os adolescentes privados de liberdade no município de Toledo teve início em 30 de outubro de 1981, com a inauguração do 20° Batalhão da Polícia Civil, com a instalação de uma pequena “cela”, onde eram retidos os adolescentes apreendidos, de forma separada dos demais detentos maiores de dezoito anos. Nessa forma de aprisionamento, os adolescentes permaneciam dentro de um mesmo espaço físico, no qual não havia o acesso aos serviços de educação, acompanhamento social, psicológico, médico e pedagógico, dentre outros. O que representava não apenas a privação de liberdade, mas a privação de todos os direitos humanos fundamentais, não tendo atendimento compatível com a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Esta forma de atendimento permaneceu por muitos anos. (RINALDI, 2007; RINALDI, 2008).

Em 18 de junho de 1998, no contexto da vigência do ECA, por iniciativa do Juizado da Infância e Juventude de Toledo, tendo como principal idealizador o Juiz Dr. Benjamim, e com a colaboração de demais órgãos do SGD, fundou-se o Centro Único de Atendimento à Criança e ao Adolescente (CUACA), para prestar atendimento a 18 adolescentes, sendo 14 do sexo masculino e 04 do sexo feminino. (CANDIDO, 2008).

Até o dia 14 de fevereiro do ano 2000 o atendimento a privação de liberdade era realizado no CUACA. Nesta data, então, iniciou dada versão do processo de municipalização do atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação. A Prefeitura Municipal de Toledo, através da Secretaria de Assistência Social, assumiu a responsabilidade pelo atendimento, reformulando-o e redenominando-o como Centro de Atendimento ao Adolescente Infrator (CEAADI). (CANDIDO, 2008).

A partir de tal iniciativa passou a ocorrer um reordenamento teórico-operacional na forma de atendimento ao adolescente em conflito com a lei, dando início neste momento também

a elaboração de documentos como Projeto Político Pedagógico, Manual de Procedência de Internação Provisória, fichas de cadastros dos adolescentes em internação, fichas de controle interno e de visita domiciliar. Também, organizou-se a equipe técnica formada por um coordenador, uma assistente social, um psicólogo, instrutores para desenvolverem atividades de artesanato e equipe de apoio (com estagiários, educadores sociais, guarda municipal -responsável pela segurança externa - e evangelizadores. (MARIN, 2003).

O CEAADI desenvolveu este trabalho até o ano de 2006 quando se teve a passagem da responsabilidade do atendimento do gestor do nível municipal para o gestor de nível estadual, ocorrida com a criação de Centros de Socioeducação, Decreto n° 7663, do governo do Estado do Paraná. Desde então, as unidades de atendimento para a privação de liberdade, antes denominadas como SAS, CEAADI e Educandários, passaram a ser denominadas de Centro de Socioeducação (CENSE), vinculados administrativamente ao Instituto de Ação Social do Paraná (IASP), autarquia vinculada a Secretaria de Estado do Emprego, Trabalho e Promoção Social (SETP), órgão que na época era o responsável pela execução da Política de Atenção à Criança e ao Adolescente no estado do Paraná. (RINALDI, 2008).

Na gestão 2003-2006, o governo do Estado do Paraná, através do IASP, realizou um diagnóstico sobre a situação do atendimento ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. Neste estudo identificou o déficit de vagas, a permanência em delegacias públicas, a inadequação da rede física para internação, a superlotação, os trabalhadores com vinculo temporário, desalinhamento metodológico entre as unidades de atendimento, ação educativa limitada com programação restrita e pouco diversificada e resultados precários. (IASP, 2007 – Cadernos).

Visando dar respostas às limitações identificadas foi traçado um plano de ação com vistas a consolidar o sistema socioeducativo, descentralizando e qualificando o trabalho de restrição e privação de liberdade, bem como apoiando e fortalecendo as medidas em meio aberto. (IASP, 2007 – Cadernos).

Com a implantação dos Centros de Socioeducação (CENSE) buscou-se uma forma de atendimento para o cumprimento da medida socioeducativa privativa de liberdade de modo padronizado e embasada no SINASE, que contemplasse bases éticas e pedagógicas (CANDIDO, 2008).

Na sequência, a Lei 15.604 (de 15 de agosto de 2007) desvinculou a política de atendimento à criança e ao adolescente da SETP, extinguiu o IASP e criou a Secretaria da

Criança e da Juventude (SECJ), transferindo os recursos humanos e as atividades desenvolvidas pelo IASP para esta Secretaria.

A SECJ foi responsável pela política de garantia dos direitos da Infância e Juventude até a edição da Lei Estadual nº 16.840/2011, que a extingui e criou a Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), órgão responsável pela coordenação estadual das políticas públicas setoriais de Assistência Social, ações de combate à pobreza e exclusão social, bem como a política de defesa dos direitos da Infância e Juventude e o Sistema de Atendimento Socioeducativo.

No Paraná o trabalho com o adolescente em privação de liberdade é desenvolvido pelos Centros de Socioeducação, em unidades localizadas nas seguintes cidades: Campo Mourão, Cascavel (CENSE I e II), Curitiba, Fazenda Rio Grande, Foz do Iguaçu, Joana Miguel rixa, Laranjeiras do Sul, Londrina (CENSE I e II), Maringá, Paranavaí, Pato Branco, Ponta Grossa, Santo Antônio da Platina, São Francisco, Toledo e Umuarama.

É preciso ressaltar que nos últimos anos o gestor estadual também tem investido na estruturação do atendimento à medida de Semiliberdade, o qual está sendo efetivado nas cidades de Londrina, Curitiba, Ponta Grossa, Foz do Iguaçu e Cascavel. A SEDS prevê a construção de novos CENSEs, bem como a edificação de novas estruturas nos municípios onde hoje estão localizados, além de Casas de Semiliberdade, inclusive está contemplada nesse planejamento a construção de unidades na cidade de Toledo.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e também com o SINASE, as atividades desenvolvidas no centro de socioeducação precisam ter natureza eminentemente pedagógica, a fim de formar um cidadão crítico e ativo na sociedade em que vive. Assim sendo, o Centro de Socioeducação de Toledo procura constantemente proporcionar aos educandos atividades individuais e coletivas que estejam voltadas ao seu desenvolvimento pessoal e pedagógico. Com relação as atividades em grupo, são ofertadas a todos os adolescentes internados escolarização formal, através do Programa de Educação nas Unidades Socioeducativas (PROEDUSE) no ensino fundamental e médio. Além disso, os adolescentes também participam das avaliações oferecidas pelo Governo Estadual e Federal como o Exame Nacional do Ensino Fundamental para Jovens e Adultos (ENCEJA) e Exame de Suplência na educação de jovens e adultos, proporcionando ao adolescente a possibilidade de concluir antecipadamente sua escolarização, considerando os conhecimentos que o educando adquiriu ao longo da vida.

Outra atividade coletiva oferecida aos educandos internados é a oficina de violão que é ministrada pelo pedagogo da unidade. Nesta oficina os adolescentes tem a oportunidade de desenvolver a sensibilidade musical, aprendendo a executar o instrumento através de canções populares, buscando desvincular o adolescente dos estilos musicais que fazem apologia ao crime e não trazem valores positivos aos mesmos. No tocante as atividades de lazer o CENSE de Toledo proporciona aos adolescentes atividades esportivas, filmes previamente selecionados por educadores sociais, oficina com educador social para debater temas emergentes da sociedade atual, entre outros.

No período de férias escolares o CENSE de Toledo oferece aos adolescentes oficinas do programa Culturação, parceria entre SEDS e Secretaria da Cultura Estadual, tais como Musicalização, Capoeira Regional, Educação Ambiental, entre outras. Nestas atividades os oficineiros buscam desenvolver junto aos educandos conhecimentos e habilidades que possam auxiliar os mesmos a superar suas dificuldades e facilitar seu sucesso pessoal após sua desinternação. Ainda no período de férias escolares, são ofertados cursos de qualificação profissional tanto internamente como externos, a fim de facilitar a inserção destes jovens no mercado de trabalho formal, bem como, proporcionar seu desenvolvimento pessoal para que possam exercitar sua cidadania após o término do comprimento da medida socioeducativa. Nesse contexto, o setor de pedagogia do CENSE de Toledo com a equipe socioeducativa tem concentrado esforços no sentido de oferecer tais atividades pedagógicas durante e após a medida socioeducativa, inserção no mercado de trabalho formal e confecção de documentos necessários ao exercício da cidadania. Portanto, o trabalho em rede torna-se fundamental para consolidar estas metas.

Devido ao inicio do ano letivo no ano de 2013, bem como os processos de licitação não terem sido concluídos pelo governo municipal, a qualificação profissional em atividade externa para a maioria dos adolescentes iniciou no mês de maio de 2013. Nas dependências do CENSE de Toledo iniciou-se no dia 04 de Junho de 2013 o curso de Qualificação profissional de Auxiliar de Arquivo, oferecido pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) Toledo, em parceria com o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), com uma carga horária de 160 horas. Neste curso participaram 6 educandos, os quais tem atingido um bom desempenho de acordo com a instrutora até o momento. Além disso, treze adolescentes fizeram cursos na modalidade à distância, oferecidos pelo SENAI na área da Metal Mecânica, Construção Civil, Mecânica Automotiva, Higiene de Alimentos e Confecção, com

uma carga horária de 60 horas cada um. Estes cursos visam agregar conhecimento junto aos educandos, e também motivá-los para dar prosseguimento a sua qualificação profissional.

Recentemente inseriu-se um adolescente no mercado de trabalho formal com carteira de trabalho registrada, sendo preparado para sua desinternação. Paralelo a estes encaminhamentos, os educandos internos participam semanalmente de atividades pedagógicas diferenciadas tais como; aulas no laboratório de informática no CEEBJA, práticas esportivas em ambientes externos à unidade, participação em conferências, seminários e palestras, participação em cultos religiosos, visitas a Câmara Municipal de Vereadores entre outras. O setor de pedagogia também atende semanalmente de forma individual os adolescentes internados, fazendo os encaminhamentos necessários ao seu melhor desenvolvimento pedagógico, e as sugestões necessárias ao adolescente após sua desinternação. O Programa Adolescente Aprendiz contava em 2013 com vinte vagas nos órgãos da administração estadual, sendo que destas dezoito estavam ocupadas e as demais estavam em vias de contratação. Os adolescentes aprendizes eram acompanhados na escola e na família e recebiam a orientação necessária a sua qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho.

Como um dos principais instrumentais da socioeducação o CENSE desenvolve junto ao adolescente o seu Plano Individual de Atendimento, onde todos os adolescentes internados possuem a possibilidade de estabelecer metas e objetivos definidos para seu futuro, dessa forma busca-se manter um atendimento personalizado de acordo com suas necessidades. No fim de 2013 um adolescente realizou qualificação profissional no SENAI no curso de Mecânica de Refrigeração, em atividade externa. Este adolescente também obteve um excelente desempenho em sua profissionalização, sendo que demonstrou interesse em frequentar o curso técnico na área de refrigeração. Em parceria com o programa Municipal Florir Toledo os adolescentes participam de atividades desenvolvidas pelo programa desenvolvendo atividades de jardinagem, profissionalização entre outras, visando a sua integração com a comunidade e preparação para o mercado de trabalho.

Em parceria com o acampamento IFTA-EL, espaço de lazer pertencente à Igreja Evangélica Livre de Toledo, o qual cede espaço onde os educandos desenvolvem atividades de cultura, lazer e aprendizagem. Considerando que hoje o CENSE de Toledo atende somente adolescentes de internação definitiva e Sanção, todos os educandos internos possuem matricula escolar no Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos, sendo que vários adolescentes estão em fase de conclusão do ensino fundamental. Por fim, apesar das dificuldades

encontradas até o momento, entende-se que a equipe[10] do CENSE tem cumprido os objetivos do SINASE ao constatar que diversos adolescentes concluíram sua medida socioeducativa de internação inseridos no mercado de trabalho, fazendo cursos técnicos, concluindo sua educação básica e principalmente, consolidando uma perspectiva de vida desvinculada de substâncias entorpecentes e atos infracionais.

[10] Em 2014 o quadro funcional do CENSE é composto por: um diretor, um diretor assistente, duas assistentes sociais, um psicólogo, um pedagogo, um enfermeiro, quatro técnicos de enfermagem, onze professores, um técnico administrativo, um auxiliar de manutenção, um motorista, cinco serviços gerais terceirizados e trinta e três educadores sociais.

6. MUNICÍPIO DE TOLEDO: ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO

O município é o lugar onde se evidenciam necessidades, conflitos e soluções. Portanto, é o espaço onde as políticas públicas devem funcionar para atender as demandas individuais e coletivas. A municipalização, prevista constitucionalmente é, pois, peça fundamental para a concretização dos direitos humanos. Nela o município mantém, coordena, planeja, executa, acompanha, controla e avalia as políticas públicas viabilizadas em seu território, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União.

A Municipalização do atendimento (artigo 88, inciso I do ECA), no âmbito do Sistema Socioeducativo considera que tanto as medidas socioeducativas quanto o atendimento inicial ao adolescente em conflito com a lei devem ser realizados dentro ou próximo dos limites geográficos do município de modo a fortalecer o contato e o protagonismo da comunidade, da família e dos adolescentes atendidos. Para a construção do item a seguir foi considerado dados extraídos do Plano de Ação Municipal de Atendimento a Criança e ao Adolescente 2014-2017.

6.1. MARCO SITUACIONAL DO MUNÍCIPIO DE TOLEDO: CONSIDERAÇÕES SOCIO-HISTÓRICAS.

O Município de Toledo está situado em uma região de colonização recente. Sua efetiva ocupação deu-se nas décadas de 1940 e 1950, tanto que em 1960 havia apenas cinco municípios na região: Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo, Guaíra e Guaraniaçu.

Toledo surgiu quando a Industrial Madereira e Colonizadora Rio Paraná S/A – “MARIPÁ”, começou a explorar uma área de terra adquirida dos ingleses – Fazenda Britânia. A atividade inicial era a exportação de madeira para Argentina e Uruguai. Progressivamente a Maripá organizou um plano de colonização, fundamentado em pequenas propriedades (em média 10 (dez) alqueires paulistas), com o objetivo de implantar uma estrutura de propriedade que garantisse a produção para a subsistência e que, pela diversificação, estimulasse uma economia de mercado capaz de reforçar as relações capitalistas de produção. Para tanto havia um produtor e um consumidor em potencial. Eram as famílias de pequenos proprietários do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, fundamentalmente descendentes de alemães e italianos, detentoras de tecnologias herdadas dos seus ancestrais europeus.

O desenvolvimento de Toledo se deu de uma forma acelerada. Inicialmente convergente em torno da economia das comunidades agrícolas, o que emprestou à sociedade um forte espírito gregário. Posteriormente, na passagem da década de 1960/1970, a modernização agrícola imprimiu novas relações no campo e a especialização agrícola favoreceu a monocultura e a concentração da propriedade, ocasionando o êxodo rural e a acelerada urbanização.

O comportamento demográfico do Município e da Região comprova este quadro. Toledo recebera seu primeiro contingente de colonizadores em 1946. Já em 1951 fora decretado Município, que veio a ser instalado oficialmente a 14 de dezembro de 1952.

A suinocultura, que era atividade complementar para os pioneiros, foi desenvolvendo-se na década de 50, levando à fundação do Frigorífico Pioneiro S/A.

O Frigorífico teve seu controle acionário adquirido pela empresa Sadia no ano de 1964, a qual passou a influir decisivamente na atividade, a qual passou a influir decisivamente na atividade, atualmente Empresa BRF – Brasil Foods.

A produção não só é um dos principais itens do PIB (Produto Interno Bruto) como também um símbolo do Município, evidenciado com a realização anual da Festa Nacional do Porco no Rolete, hoje prato típico de Toledo e do Paraná.

A avicultura também teve um grande impulso, a partir do ano de 1979, com a implantação da produção avícola em moldes industriais, representando em valores, o maior item de produção do Município.

Outros segmentos se destacam, indicando uma diversificação de atividades: pecuária de leite, piscicultura, indústria de bebidas e têxtil, metalúrgica, farmacêuticas e outras.

A cidade apresenta ótimos índices de qualidade de vida. A sociedade desperta para a necessidade de preservação e recuperação dos recursos naturais e para a promoção do desenvolvimento sustentável, apresentando indicadores de evolução nos mais diversos setores, como por exemplo, esporte, cultura e gastronomia. O crescimento de Toledo tem gerado desafios que estão sendo enfrentados com atenção voltada à preservação e ampliação da qualidade de vida (Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013).

O espaço que compreende hoje o Município de Toledo e municípios vizinhos como Marechal Cândido Rondon, Nova Santa Rosa, Pato Bragado, Maripá, até março de 1946, era considerado um sertão desabitado. Com o início da colonização, a partir de 1946 até 1949, não houve um aumento significativo da população, devido às dificuldades iniciais e da falta de infraestrutura. Mas com a abertura de estradas, venda de terras, propagação dos planos de colonização, no início dos anos de 1950, houve uma expansão demográfica expressiva.

Em 1990 e 1993, ocorreu o desmembramento de áreas, respectivamente com a criação dos municípios de Ouro Verde do Oeste e São Pedro do Iguaçu. A redução de habitantes, em Toledo, foi de 8.752.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelas frentes pioneiras de colonização, que representaram os fatores de crescimento do Município. Estas frentes oriundas, fundamentalmente, das zonas de colonização do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, vieram em busca de novas fronteiras agrícolas. Assim, até 1970 o crescimento demográfico e, também, econômico se deu em função da expansão das fronteiras agrícolas. É por esta razão que a maioria absoluta da população se concentrou no meio rural, 78,24% em 1970.

Com a progressiva modernização agrícola e a consequente especialização do setor, voltada à produção de grãos para a exportação, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por profundas transformações na região. O modelo de desenvolvimento associado, pelo qual optou-se em nível nacional, atrelou a produção agrícola à demanda do mercado e impôs tecnologias emanadas dos interesses do capital internacional.

A urbanização de Toledo está fortemente associada ao êxodo rural na Região Oeste do Paraná. Em 1970, Toledo concentrava, apenas, 21,76% da sua população no meio urbano. Já em 1980, este contingente populacional aumentou para 52,89%; em 1991 para 76,30%; em 1996 para 84,20% e em 2000 para 87,49%. É óbvio que o rápido crescimento urbano não se deve exclusivamente ao deslocamento da população rural para a cidade. A expansão do setor industrial também atuou como agente de atração de mão-de-obra regional. Apesar de todo esse crescimento populacional na área urbana, o Município de Toledo tem um dos melhores índices de qualidade de vida da Região Oeste.

Segundo o Censo de 1980, o extremo oeste paranaense já era a segunda microrregião em população absoluta com o número de 960.709 habitantes e Toledo, nessa microrregião, o terceiro Município possuindo 81.282 habitantes. Em 2000, segundo a contagem realizada pelo IBGE, a população absoluta do Oeste do Paraná atingiu o número de 1.138.582 habitantes. Atualmente o município de Toledo conta com uma população total de 119.353 habitantes (IBGE, 2010).

A formação do povo toledano se deu pela influência de grupos nacionais, estrangeiros e mistos (descendentes de alemães, italianos, portugueses e japoneses nascidos no Brasil, em Toledo ou não). Na evolução histórica, a formação étnica do Município de Toledo, de origem quase toda sulista, deu-se com a migração de colonos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, numa porcentagem muito pequena, do Paraná.

Em relação aos aspectos socioeconômicos o Município de Toledo apresenta uma realidade marcada por transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteraram o perfil da cidade.

A evolução socioeconômica expressa mudanças no desenvolvimento, que se deu de forma acelerada, passando de uma economia agrícola para uma economia diversificada, em função do processo de urbanização e do aumento considerável da população.

O IDH-M é construído a partir de diversas informações cruzadas, dimensionando as condições sociais da população, para tanto se utilizam os dados de esperança de vida, escolaridade, analfabetismo e renda, assim este índice é a síntese que possibilita visualizar o grau de desigualdade de determinado município ou estado, quanto mais próximo de 1 (um), menores serão as desigualdades sociais.

O significativo desempenho econômico do Município reflete a combinação dos resultados positivos que vem sendo registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços, apresentando um crescimento do IDH-M de 42,49% nos últimos 20 anos.

Segundo consta no IPARDES (2013), Toledo desfruta de IDH-M de 0,768 considerado alto, pois está dentro da classificação de 0,700 a 0,799.

O Município de Toledo está situado na Região Oeste do Paraná. Esta Região localiza-se no terceiro planalto paranaense, também chamado de planalto de Guarapuava e totaliza uma extensão de 23.128 km², o que corresponde a 11,44 % da área total do Estado do Paraná. Esta área limita-se ao Sul pelo rio Iguaçu, ao Norte pelo rio Piquiri, a Leste pelo rio Guarani (afluente do Iguaçu) e a Oeste pelo rio Paraná (barragem de Itaipu). Na direção Oeste faz fronteira com o Paraguai e com a Argentina, e está ligado a cada um destes países por ponte rodoviária internacional e numerosos pequenos portos. Pela sua localização geográfica constitui-se em uma área geopolítica, estratégica e de relevância para a integração dos povos do Cone Sul do América.

A data de instalação do município foi 14/12/1952 e a data de comemoração é 14 de dezembro.

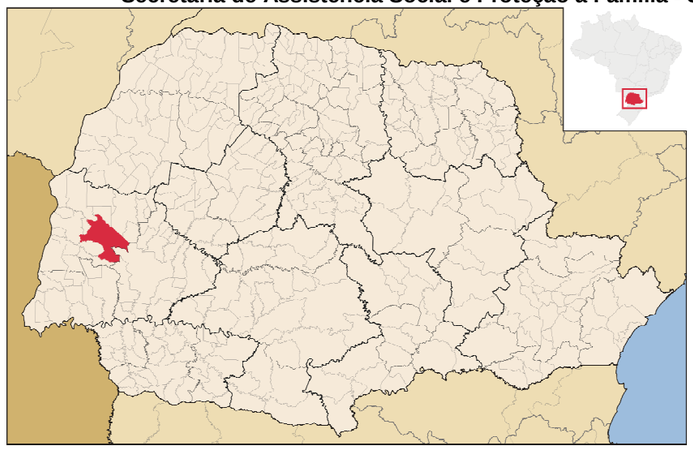


Figura 1- Mapa geopolítico do Estado do Paraná

A Região Oeste do Paraná está dividida em três microrregiões: a de Toledo, Cascavel e Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade Pólo da microrregião, sendo chamada assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao número de habitantes, o comércio e a indústria ser mais expressivo.

O Município limita-se ao Norte com os municípios de Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul com Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste com Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; a Oeste com Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste (Fonte: Mapa das reservas oficiais do Município de Toledo - 1º semestre/96). Possui Área Territorial de 1.205,501 km², e Área Territorial Urbana de 54,564 km².

O Município de Toledo situa-se na Região Oeste do Paraná, no terceiro Planalto Paranaense, também chamado de planalto de Guarapuava. Sua extensão é de 23.128 km², correspondendo a 11,44 % da área total do Estado do Paraná. A região Oeste limita-se ao Sul pelo rio Iguaçu, ao Norte pelo rio Piquiri, a Leste pelo rio Guarani (afluente do rio Iguaçu) e a Oeste pelo rio Paraná; e faz fronteira com os países: Paraguai e Argentina.

Toledo foi desmembrado do município de Foz de Iguaçú no dia 14 de dezembro de 1952. Sua área territorial consiste em 1.198,607 Km² e a distância do município até a capital é de 536,60 Km.

TABELA 01 – INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

HISTÓRICO	INFORMAÇÕES
Origem do município – desmembramento	Foz do Iguaçu
Data de instalação do município[11]	14/12/1952
Data de comemoração do município	14 de dezembro

FONTE: IPARDES

A Região Oeste do Paraná está dividida em três microrregiões: a de Toledo, Cascavel e Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade polo da microrregião, sendo chamada assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao número de habitantes, o comércio e a indústria ser mais expressivo.

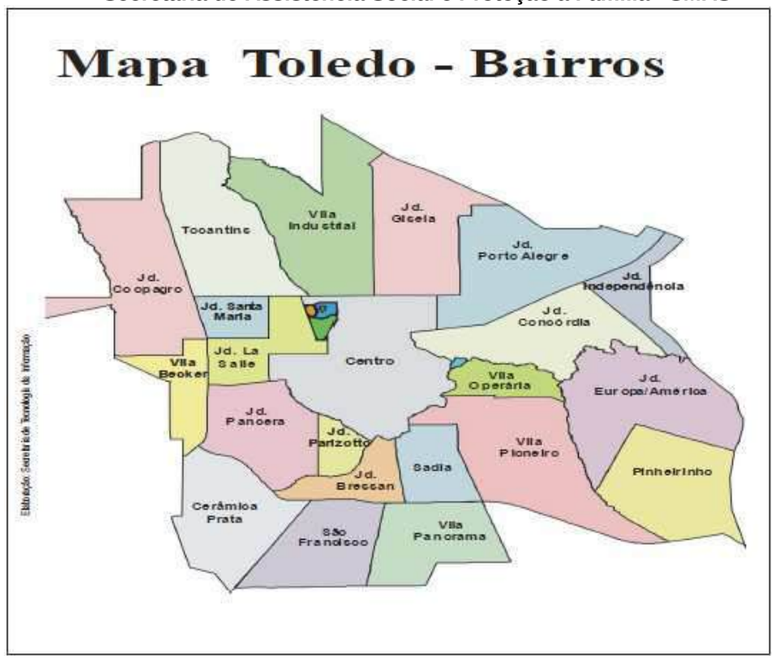
O Município limita-se ao Norte com os municípios de Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul com Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste com Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; a Oeste com Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste (Fonte: Mapa das reservas oficiais do Município de Toledo - 1º semestre de 1996). Possui Área Territorial de 1.205,501 km², e Área Territorial Urbana de 54,564 km², contendo 22 bairros.

O município de Toledo tem 22 bairros em sua zona urbana, sendo os seguintes: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre, Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera, Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, Sadia, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro, Pinheirinho, Vila Operária e Centro.

Ainda em relação à divisão administrativa, Toledo possui 12 distritos, os quais são: Concórdia do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Novo Sarandi, Novo Sobradinho, São Luiz do Oeste, Boa Vista, São Miguel, Vila Ipiranga, Vila Nova, Bom Princípio e Vista Alegre. (FONTE: Lei 1.941, de 27/12/2006).

FIGURA 02 - MAPA DA CIDADE DE TOLEDO COM SEUS BAIRROS – 2009.

[11] data em que o município foi instalado independe da data de criação do mesmo, que é através de decreto, lei ou decreto-lei



Em relação ao clima Toledo, com base na classificação climática de Wladimir Koeppen de 1993, pode-se dizer que o clima de Toledo é subtropical úmido mesotérmico, com verões quentes e geadas pouco frequentes, com tendência de concentração das chuvas nos meses de verão, sem estação seca definida (Fonte: IAPAR).

O Município apresenta um relevo ligeiramente ondulado ao centro, Norte e Leste quase plano, no Nordeste e Sudoeste pouco acidentado. Ao Nordeste, existe uma pequena elevação com o nome de Serra de São Francisco, a Leste de Dez de Maio, entre esta vila e Linha União. Ao Sudoeste, encontra-se a pequena Serra das Palmeiras, que se localiza entre o Município de Ouro Verde do Oeste e a localidade de Cerro da Lola.

A ondulação do relevo toledano é quase simétrica, assinalada pela existência de quatro espigões paralelos, ou semiparalelos, que funcionam como divisores de água. Todos esses espigões situam-se na direção Oeste-Leste e canalizando as águas na grande bacia do Paraná.

A altitude do Município é de 547 metros acima do nível do mar, com latitude sul 24º45’ e longitude oeste 53º42’. O ponto mais elevado fica entre o Distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado, com a altitude de 687 metros (dados da folha MI – 281/4 do Ministério do Exército – Departamento de Engenharia e Comunicações – Diretoria de Serviço Geográfico Região Sul do Brasil).

O solo do Município, na sua maioria, é do tipo latossolo roxo (terra roxa), com boa capacidade de retenção de água, ventilação e permeabilidade. É um tipo de solo caracterizado pelas rochas eruptivas (vulcões), muito fértil, favorável à exploração agrícola, entretanto necessita das práticas de conservação de solo para o controle da erosão.

Em relação a vegetação o município de Toledo, no início era coberto por enormes extensões de pinheirais interrompidas apenas por manchas de campo, conhecida como campina. Devido a exploração desenfreada da madeira e com a mecanização agrícola dos anos 70, atualmente as áreas de mata nativa não passam de 5% no município, com destaque para pequenas reservas e mata ciliar, que está sendo recuperada com o plantio de espécies nativas para proteger os mananciais e a fauna aquática.

As áreas de reflorestamento com eucalipto, pinus e araucária somam aproximadamente 2.700 hectares. As áreas existentes como preservação ambiental são: Complexo Turístico do Rio São Francisco, Parque Ecológico Diva Paim Barth, Parque Linear de Toledo, Parque dos Pioneiros, Viveiro Municipal e quatro Reservas Particulares do Patrimônio Natural, totalizando uma área de 923 hectares, com cobertura de floresta nativa e fauna silvestre diversificada.

Todos os rios que compõem a hidrografia de Toledo correm no sentido leste-oeste. As principais bacias hidrográficas são as do Rio São Francisco e do Marreco (centro), do Guaçu e Dezoito de Abril (ao norte), Rio Santa Quitéria (sul).

O Rio Toledo é considerado o mais importante, uma vez que corta o perímetro urbano da sede do Município e também suas águas são utilizadas para o abastecimento de água tratada pela SANEPAR (Serviço de Saneamento do Paraná). O Rio Toledo possui uma extensão de 27 km, sendo que a sua nascente fica ao leste da cidade, entre o distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado. As sangas que compõem a bacia hidrográfica do Rio Toledo são: Sanga Perdida, Sanga Golondrina, Sanga Guarani, Sanga Manaus, Sanga Pinheirinho, Sanga Capellari, Sanga Lajes.

Para integrar a bacia hidrográfica do Rio Toledo à cidade, foi desenvolvido um projeto de recuperação ambiental do rio, e faz parte deste, o Projeto Parque Linear, que objetiva integração das margens do rio na malha urbana.

6.2. INSTÂNCIAS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENDIMENTO SOCIEDUCATIVO

A Lei do SINASE trouxe novas perspectivas para a estruturação, qualificação e funcionamento do Sistema Socioeducativo, o plano significa um “norte”, orientação,

direcionamento, que é o que se espera também de um Plano Decenal do SINASE. A missão desse Plano torna-se ainda mais desafiadora porque estamos falando De um Sistema, algo mais complexo do que falar de uma única organização e que envolve diferentes instituições, órgãos e áreas de atendimento e secretaria atuando de forma integrada e articulada.

6.2.1 Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

O surgimento dos Conselhos Municipais no cenário político brasileiro é recente em relação às formas tradicionais de gestão das políticas públicas.

No Brasil, o debate sobre conselhos ganhou importância nos anos 1990 com o resultado da Constituição de 1988, que inovou ao adotar mecanismos de participação direta dos cidadãos nas tomadas de decisões públicas. A Constituição de 1988 afirma, como princípio orientador, que "todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição" (art. 1º, Parágrafo Único) (BRASIL, 1998).

Conforme Chaia e Tótora (2002), a descentralização é importante, pois possibilita um controle maior da população sobre o poder Executivo municipal, como também facilita uma fiscalização mais rigorosa na atuação do poder Legislativo. O município é o local adequado para a implantação da descentralização, pois é o poder mais próximo e presente na vida dos cidadãos.

Um papel fundamental dos Conselhos é o Controle Social, que implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2000).

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente é o órgão deliberativo, normativo, consultivo, controlador e fiscalizador da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, disciplinado pela Lei nº 2043 de 21 de outubro de 2010, que dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, sobre o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, e o Conselho Tutelar, tendo ações em todos os níveis da política municipal de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, observada a composição paritária de seus membros, nos termos do artigo 88, inciso II, da Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Da finalidade do CMDCA:

> Art. 8º – O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente tem por finalidade garantir a efetivação dos direitos da criança e do adolescente referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único – Caberá ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente garantir junto às autoridades competentes o atendimento conforme estabelecido em lei, nos casos em que os direitos forem ameaçados ou violados: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis; ou III – em razão de sua conduta.

O CMDCA esta vinculado à Secretaria de Assistência Social, em cujo orçamento deverão constar os recursos necessários a seu contínuo funcionamento. O mesmo responderá pela implementação da prioridade absoluta, promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, levando em consideração as peculiaridades locais.

6.2.2 Juizado da Infância e Juventude

Em 14 de dezembro de 1953, através da Lei nº 1.542, sancionada pelo Governador Bento Munhoz da Rocha Neto, foi criada a Comarca de Toledo, abrangendo os municípios de Toledo e Guaíra, e sua instalação ocorreu no dia 9 de junho de 1954, conforme Portaria nº 208, de 31 de maio do mesmo ano.

Passaram a existir a Vara Criminal e a Vara Cível com o funcionamento do Cartório Criminal e Registro Civil.

A partir de 24 de agosto de 1977, a Comarca de Toledo passou a ter um atendimento mais amplo e eficiente, com o funcionamento da Vara Criminal, abrangendo os Cartórios da Infância e Juventude, Família, Registros Públicos.

Atualmente, a estrutura da Comarca de Toledo é:

- 03 Varas Cíveis (3º Vara Cível foi instalada no dia 04/09/2012);
- 02 Varas Criminais;
- 01 Vara de Família (desmembramento ocorrido dia 04/09/2012);
- 01 Vara da Infância e Juventude Registros Públicos e anexos;
- 01 Cartório Distribuidor, Contador e Avaliador Judicial;
- 03 Cartórios Eleitorais, vinculados a 03 Juntas Eleitorais;
- 01 Secretaria do Juizado Especial, Cível e Criminal;
- 05 Promotorias;

6.2.3 Promotoria Pública da Infância e Juventude

Na estrutura dos Ministérios Públicos, existem divisões por área de atuação. Isso se dá em função do princípio da especialização. Busca-se profissionalizar o membro do Ministério Público para que ele se especialize em determinada área, como acontece com outros profissionais.

Uma das atribuições do Ministério Público é zelar pelos direitos das crianças e adolescentes: vida, saúde, liberdade, respeito, dignidade, educação, cultura, lazer, esporte, convivência familiar e comunitária, direito à profissionalização e proteção no trabalho. Entre as ações das Promotorias de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, estão o combate ao trabalho infantil, o enfrentamento à violência sexual, a tutela do direito à convivência familiar e do direito à saúde, o acompanhamento dos Conselhos Tutelares, dos Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Assistência Social.

Na área infracional, tendo como diretriz de atuação a concepção do adolescente como sujeito de direitos, o Ministério Público promove ações judiciais e extrajudiciais, visando a responsabilização do adolescente pelo ato infracional cometido, por meio de intervenções socioeducativas. Constitui, ainda, atribuição do Ministério Público fiscalizar a execução dessas medidas. Para tanto, são realizadas visitas técnicas periódicas às instituições que executam medidas de privação e restrição de liberdade e fiscalização das medidas executadas em meio aberto (prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida).

6.2.4 Conselho Tutelar

Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos na Lei Federal nº 8.069/1990, ficando vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, para fins de execução orçamentária, sem subordinação hierárquica com o Poder Executivo Municipal.

Os Conselheiros Tutelares serão eleitos por voto direto, secreto, universal e facultativo dos cidadãos com domicílio eleitoral no Município de Toledo, em eleição realizada sob a coordenação e responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e mediante fiscalização do Ministério Público, de acordo com o art. 139 da Lei Federal nº 8.069/1990. No município de Toledo o Conselho Tutelar: “Art. 31 – (...) criado pela Lei Municipal nº 1.712, de 13 de dezembro de 1991, fica reestruturado nos termos desta Lei,

tendo seu regime jurídico fundado no Título V do Livro II do Estatuto da Criança e do Adolescente" (TOLEDO,2010).

Em relação as atribuições do Conselho tutelar, tem-se:

> Art. 36– Compete ao Conselho Tutelar, conforme disposição do artigo 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente, zelar pelo atendimento dos direitos dacriança e do adolescente e exercer as seguintes atribuições: I – atender as crianças e adolescentes nas hipóteses dos artigos 98 e 105 do Estatuto da Criança e do Adolescente, aplicando as medidas previstas nos incisos I aVII de seu artigo 101;II – atender e aconselhar os pais ou responsáveis, aplicando asmedidas previstas nos incisos I a VII do artigo 129 do Estatuto da Criança e do Adolescente;III – promover a execução de suas decisões, podendo, para tanto:a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviçosocial, previdência, trabalho e segurança; b) representar junto à autoridade judiciária nos casos dedescumprimento injustificado de suas deliberações.IV – encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constituainfração administrativa ou penal contra os direitos da criança e do adolescente;V – encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;VI – providenciar a medida estabelecida pelaautoridade judiciária,dentre as previstas nos incisos I a VI do artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente,para o adolescente autor de ato infracional;VII – expedir notificações;VIII – requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ouadolescente, quando necessário; IX – assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; X – representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal; XI – representar ao Ministério Público, para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar; XII – receber petições, denúncias, reclamações, representações ou queixas de qualquer pessoa por desrespeito aos direitos assegurados às crianças e adolescentes, dando-lhes o encaminhamento devido; XIII – encaminhar ao Executivo municipal e ao CMDCA, relatórios referentes aos atendimentos realizados das situações que envolvem crianças e adolescentes (TOLEDO,2010).

6.2.5. Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção à Família

A Assistência Social foi definida pela Constituição Federal de 1988 como política pública de direitos, um importante marco no processo histórico de construção de um sistema de proteção social, afiançando direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal, passou a compor o Sistema de Seguridade Social, ao lado das políticas da Saúde e da Previdência Social, constituindo-se em Política de Proteção Social articulada a outras políticas sociais destinadas à promoção e garantia da cidadania, configurando assim, um sistema de proteção social (BRASIL, 2011).

Regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

Neste contexto em 2004 o Conselho Nacional de Assistência Social aprova a Política Nacional de Assistência Social, que se constituiu um pilar do Sistema de proteção social brasileiro no âmbito da Seguridade Social.

Com base na PNAS, foi aprovada, em 2005, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), que regulou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema descentralizado e participativo, que regula e organiza a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais em todo o território nacional, respeitando as particularidades e diversidades das regiões.

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos.

Assim conforme a Resolução nº 109, de 11 de Novembro de 2009, que aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Esta normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais. Além das provisões, aquisições, condições e formas de acesso, unidades de referência para a sua realização, período de funcionamento, abrangência, a articulação em rede, o impacto esperado e suas regulamentações específicas e gerais. (BRASIL,2014)

Assim tem-se:

QUADRO 3 – PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL E PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA		1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.
PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL	Média Complexidade	1.Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos (PAEFI); 2. Serviço Especializado em Abordagem Social; 3.Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; 5.Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.
	Alta Complexidade	6. Serviço de Acolhimento Institucional; 7. Serviço de Acolhimento em República; 8. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; 9.Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

BRASIL, 2014

A Proteção Social Especial de Média Complexidade organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado que requerem maior estruturação técnica e operativa, com competências e atribuições definidas, destinados ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Devido à natureza e ao agravamento destas situações, implica acompanhamento especializado, individualizado, continuado e articulado com a rede (BRASIL,2014).

Portanto, é dentro da Proteção Social Especial de média complexidade, que encontramos os Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.

Considerando a definição expressa na Lei nº 12.435/2011, o CREAS é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Seu papel no SUAS define, igualmente, seu papel na rede de atendimento.

A oferta de atenção especializada e continuada deve ter como foco a família e a situação vivenciada. Essa atenção especializada tem como foco o acesso da família a direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e capacidade de proteção.

O CREAS deve, ainda, buscar a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares. Dentro de seu contexto social, deve focar no fortalecimento dos recursos para a superação da situação apresentada.

Para o exercício de suas atividades, os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. A articulação no território é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida.

Em Toledo a gestão dos Serviços, traz que o CREAS-I executa o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

6.2.6. Secretaria Municipal de Cultura

Atualmente, em 2014, a Secretaria da Cultura oferece cursos em diferentes modalidades, como artes visuais, musicalização, teatro, desenho a crianças e jovens do município, mantendo parceria com diversas Entidades.

Desenvolve, dentro de suas estratégias de trabalho, uma série de projetos e ações voltadas à criança e ao adolescente, conforme segue na Tabela abaixo:

QUADRO 4 – AÇÕES E PROJETOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA

Nº	Ação/ Projetos	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos
1	Promover, fortalecer e ampliar a Diversidade e a Pluralidade Culturais.	Casa da Cultura de Toledo.	Realizar atividades artístico-culturais ligadas às artes cênicas, plásticas, músicas, literatura, patrimônio histórico e cultural, folclore, artesanato, arte popular, arte de rua e dança para atendimento em geral, incluindo crianças, jovens e adolescentes. Manter o atendimento gratuito, através de projetos implantar cursos de teatro, circo, dança, música e artes visuais nas comunidades. Possibilitar o acesso, à toda comunidade, às oficinas e cursos oferecidos pela Casa da Cultura, cursos como, violão, teclado, técnica vocal, teatro, desenho, pintura em tela, instrumentos de orquestra e dança.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
2	Projeto Violão por música	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento do violão. Oferece também ao aluno teoria e prática musical a fim de permitir a ele executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.

3	Projeto Teoria musical	Casa da Cultura de Toledo.	Visa fundamentar e regulamentar as relações de consonância e dissonância que são parte essencial do sistema musical tonal. Preparar o músico habilitando suas capacidades rítmicas e melódicas proporcionando uma abordagem total da estrutura musical, abordando os fundamentos da linguagem musical, assim como sua estruturação e suas regras.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
4	Projeto Guitarra por música	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar ao aluno a fundamentação para o estudo do instrumento, bem como a formação do músico instrumentalista (guitarrista). Com destaque para aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
5	Projeto Prática de conjunto	Casa da Cultura de Toledo.	Contribuir para a formação de bandas musicais de Pop, Rock, Blues e Heavy Metal. Destaca-se que a partir das orientações do professor os alunos desenvolvem a disciplina musical dos integrantes, bem como a dinâmica de grupo, aperfeiçoamento técnico, formação de repertório, interpretação e desempenho.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
6	Projeto saxofone, Flauta transversal e Clarinete	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar ao aluno o ensino dos instrumentos de sopro saxofone, flauta transversal e clarinete, tornando o aluno apto à realização da leitura de partitura musical e a percepção, entendimento e interpretação estilistica dos principais estilos musicais.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
7	Projeto Teoria Musical.	Casa da Cultura de Toledo.	Preparar o músico habilitando suas capacidades rítmicas e melódicas proporcionando uma abordagem total da estrutura musical, abordando os fundamentos da linguagem musical assim como sua estruturação e suas regras.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
8	Projeto Técnica Vocal	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes, dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
9	Projeto Musicalização Infantil	Casa da Cultura de Toledo.	Visa apresentar de forma lúdica os princípios básicos da música como as propriedades do som, conceitos de dinâmica e andamento, instrumentos, história da música e percepção auditiva, buscando desenvolver a musicalidade da criança através de aulas dinâmicas e diversificadas.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
10	Projeto Coral Infantil	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal. Trabalhar a socialização, o respeito e a responsabilidade através de jogos, canções, parlendas, trava-línguas, arranjos vocais.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
11	Projeto Teclado	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar ao aluno uma vivência musical através do teclado, utilizando-se da leitura musical, de forma lúdica e criativa. Partindo da compreensão de um repertório musical variado, estimulando gradualmente o aprendizado técnico do mesmo.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.

12	Projeto Dez Dedos no Teclado.	Casa da Cultura de Toledo.	Desenvolver a sensibilidade rítmica, auditiva e leitura de partituras através da utilização do teclado e piano, proporcionando assim o aprendizado do teclado nos níveis básico, intermediário e adiantado, com avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado).	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
13	Projeto curso de Pintura em tela “arte na Tela”.	Casa da Cultura de Toledo.	Desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
14	Projeto Introdução ao Artístico “da linha, marcha e cor ao desenho artístico.	Casa da Cultura de Toledo.	Desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
15	Projeto Formação do ator.	Casa da Cultura de Toledo.	Visa propiciar a formação artística de crianças e adolescentes, fornecer elementos que desenvolvam a cidadania e a cultura nos nossos jovens, através de aulas em sua totalidade práticas e com um grande apelo para o público adolescente.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
16	Projeto Violino	Casa da Cultura de Toledo.	Busca apresentar à população uma nova visão musical, tendo como principal foco o desenvolvimento da música clássico-erudita. Bem como levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.
17	Projeto Viola Clássica/Violoncelo	Casa da Cultura de Toledo.	Proporcionar aos alunos técnica de Viola Clássica e Violoncelo e teoria musical para ingressar futuramente na Orquestra de Câmara de Toledo. Inseri-los em uma atividade extracurricular ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora e mostrar a possibilidade de uma vida melhor através da música.	Crianças e adolescentes, com idades de 06 a 18 anos.

FONTE: TOLEDO, Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2014 – 2017.

6.2.7. Secretaria Municipal de Educação

Atualmente o município de Toledo conta com vinte e três Centros Municipais de Educação Infantil - CMEIs que ofertam Educação Infantil na modalidade Creche, e seis privados, que oferecem o serviço cobrando mensalidades, dois estabelecimentos filantrópicos, de natureza não governamental que ofertam serviços gratuitos. Além disso, ainda existem as Escolas Municipais que ofertam educação infantil na pré-escola de 4 a 5 anos, somando 2.386 (duas mil duzentos e oitenta e seis) crianças. No quesito Ensino Fundamental fase I, o município

possui 36 (trinta e seis) Escolas Municipais, que realizam atendimentos a 7.906 (sete mil novecentos e seis) crianças.

Todas as escolas possuem proposta pedagógica, pois é ela que norteia a prática educacional e as ações pedagógicas desenvolvidas nas escolas. Assim como as escolas, a Secretaria Municipal de Educação também possui uma proposta pedagógica que norteia a prática educacional no município, sustentada na política educacional vigente e no projeto de educação nacional e local. As propostas pedagógicas seguem a legislação federal, estadual e municipal, para que as ações pedagógicas estejam em consonância com a legislação e o restante do país, respeitadas as particularidades inerentes ao município.

A proposta pedagógica das escolas do Município de Toledo está embasada nos princípios da Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 que são: Igualdade de condições para acesso e permanência independente das diferenças particulares dos alunos; Liberdade de aprender e ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; Pluralidade de ideias e de concepções pedagógicas; Garantia de participação da comunidade na forma da lei; Garantia dos padrões de qualidade.

Esses princípios estão embasados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9394/96, elaborada em consonância com os princípios da Constituição Federal: a liberdade, a autonomia, a flexibilidade e a democracia.

Cada estabelecimento municipal elabora seu projeto político-pedagógico com a comunidade escolar atendendo às necessidades do aluno de acordo com a realidade a qual pertence. O Projeto Político Pedagógico expressa o projeto de formação, de sociedade e de homem que orienta o cotidiano da escola, bem como as decisões de ordem curricular, avaliação, organização dos tempos e espaços e desenvolvimento das ações pedagógicas. Esse documento deve constituir a identidade da escola e orientar a equipe e a comunidade na busca da consolidação do projeto desejado e construído coletivamente.

O Currículo das Escolas do Município de Toledo segue as orientações das Diretrizes Nacionais e está embasado no Currículo Básico da Região Oeste do Paraná. Compreende-se que a matriz curricular é um conjunto de ações desenvolvidas nas escolas com a finalidade de promover as condições para o pleno desenvolvimento do educando para o exercício da cidadania.

6.2.8. Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

No âmbito a que se refere ao atendimento da criança e do adolescente, a Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo (SMEL), segue 3 linhas de trabalho para o atendimento à população do município, sendo; Lazer e Recreação, Programas de Iniciação Esportiva, e Programa de Atendimento ao Rendimento no Esporte.

O setor de Lazer e Recreação, desenvolve atividades que atende crianças e adolescentes de 01 à 17 anos. Contando com uma estrutura de equipamentos de recreação, com cama-elástica e brinquedos infláveis, proporciona atividades recreativas em Escolas Municipais e bairros e distritos do município, além de realizar atividades recreativas em festas gastronômicas e eventos oficiais do município.

O Setor de Iniciação Esportiva, compreende o maior volume de atendimentos à crianças e adolescentes, o trabalho desenvolvido baseia-se na oferta de atividades esportivas nos núcleos de atendimento da Secretaria de Esportes e Lazer, proporcionando a população acesso ao esporte através de profissionais de Educação Física formados, em estruturas físicas adequadas, próximas aos locais que demandam estas atividades, preferencialmente onde crianças e adolescentes possam estar em risco social. Sendo as atividades desenvolvidas por este setor, voltadas aos conceitos de “Esporte Formador e Transformador”, conceitos estes que visam a formação de cidadãos responsáveis, com saúde e fisicamente ativos.

Complementando as atividades desenvolvidas o setor de Rendimento no Esporte, atende a demanda de crianças e adolescentes que se destacam no setor de iniciação, e que podem ter um futuro promissor no esporte, as atividades executadas em núcleos específicos do município e que visam a participação destes adolescentes nas modalidade esportivas como “atletas” representantes do município em competições oficiais de nível, municipal, regional e estadual.

Para atendimento à população a SMEL conta com uma estrutura de 44 professores de educação física, 2 motoristas, 1 auxiliar administrativo e 5 auxiliares de serviços gerais.

A estrutura física da Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo está distribuída nos bairros de Toledo, contando com 9 campos de futebol, pista de skate e pista de bicicross, 10 Ginásios Poliesportivos, 2 quadras poliesportivas, 3 pistas de caminhada, 1 pista de atletismo (anexa ao estádio municipal), 2 piscinas públicas, 3 quadras de areia, 1 estádio municipal, 1 centro olímpico, 7 campos sintéticos.

6.2.9. Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde conta com prédio próprio desde dezembro de 2011, denominado Edifício Juscelino Kubi... através do Decreto, onde estão os serviços do Departamento de Atenção Especializada, do Ambulatório de Saúde Mental e o Gabinete da Secretaria da Saúde, com todos os serviços de gestão. A Vigilância em Saúde está alocada também em prédio próprio, com os setores de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador; o Setor de Controle de Endemias ocupa um espaço situado na Rodoviária Municipal Alcido Leonardi. O Departamento de Atenção Farmacêutica, Farmácia Escola e Farmácia de Manipulação estão alocadas no prédio do Centro de Saúde. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II e o Almoxarifado Central possuem estrutura própria do município. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD está lotado em imóvel alugado. O Conselho Municipal de Saúde está situado no espaço público denominado de “Central de Conselhos”. Temos também o Núcleo Integrado de Saúde - NIS Dr. Jorge Milton Nunes, Pronto Atendimento 24 horas e Unidade de Pronto Atendimento – UPA Dr. Ivo Alves da Rocha.

No gabinete da Secretaria Municipal da Saúde são realizadas diversas atividades, dentre as quais: administração das atividades e dos serviços das Unidades de Saúde, planejamento e gestão, regulação, controle e avaliação dos serviços, controle das receitas e despesas do FMS, empenhos, autorização de procedimentos hospitalares, liberação de benefícios, digitação e elaboração dos relatórios mensais encaminhados aos órgãos competentes, coordenação de programas.

O Almoxarifado Central recebe, controla e distribui todo o material e equipamento necessário às atividades da secretaria e demais serviços/unidades, bem como a medicação dispensada nas Unidades de Saúde.

A Central de Especialidades funciona no mesmo prédio que a Secretaria da Saúde e presta atendimento exclusivo em consultas e exames especializados. Os pacientes são encaminhadas pelos clínicos das UBS/ESF, através da referência e contra-referência.

São realizados exames de eletrocardiograma, ultrassonografia e, procedimentos diversos dentro da respectiva especialidade.

A Vigilância em Saúde atende a demanda diária dos serviços dentro dos diversos setores, analisa os dados registrados aos sistemas de informações, acompanhando a situação de saúde e desenvolvendo ações que visam prevenção dos agravos.

Realiza atendimentos de média e alta complexidade sendo realizado por equipe multidisciplinar e atendimentos interdisciplinares, o ambulatório conta com os atendimentos de Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Psiquiatria e Neurologia, outros serviços de apoio como Administrativo e estagiários e serviços gerais.

6.2.10. Secretaria Municipal de Juventude

A Secretaria Municipal da Juventude (SMJ) foi criada em 26 de agosto de 2011 com o objetivo de implementar Políticas Públicas de Juventude. No ano de 2012 a SMJ implantou dois Centros da Juventude – espaços de convivência, formação e cidadania – que atendem adolescentes e jovens de 12 a 24 anos através de atividades de Formação, de Esporte e Lazer, e de Cultura e Arte.

O Centro da Juventude Marcio Antonio Bombardelli, co-financiado pelo Programa Paraná Urbano – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano (SEDU), foi o primeiro a ser inaugurado no Estado do Paraná, no dia 26 de Janeiro de 2012, no Jardim Europa/América. Quanto ao Centro da Juventude Mariana Luiza von Borstel, situado no Jardim Coopagro, este foi construído e equipado com recursos do Governo do Estado (antiga Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, Fundo da Infância e da Adolescência e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente), sendo inaugurado em 04 de Maio de 2012.

Com o intuito de constituir-se em um espaço aberto e democrático de convivência, de formação e de cidadania para os adolescentes e os jovens, a proposta do Centro da juventude está alicerçada em três pilares:

Da cidadania: pela organização de atividades que promovam a elevação da consciência política, a participação ativa, a organização, a mobilização e formação de lideranças juvenis (através de rodas de conversa, oficinas psicossociais, palestras, fóruns, visitas institucionais, participação no Conselho Gestor, entre outros);

Da convivência: por se caracterizar como espaço de encontro e de pertencimento, numa dinâmica que combine liberdade e respeito para com colegas e os profissionais do equipamento, propiciando um ambiente sem discriminação de gênero, etnia/raça, religião e/ou classe social;

Da formação: pelo elenco de atividades ofertadas que objetivam aprendizagem no âmbito das relações pessoais, do mundo do trabalho e da produção cultural e artísticos; participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes, desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional e política.

Assim, o Centro da Juventude pode-se constituir em um espaço *do jovem*, para ser, ter e pertencer, transitar e ficar, escolher, decidir, militar; *para o jovem*, uma vez que os reconhece enquanto colaboradores e partícipes dos processos de decisão e não apenas enquanto "população alvo"; e *pelo jovem*, pois supera a concepção reducionista do jovem como "problema social", para considerá-lo como Sujeito Social, capaz de realizar suas escolhas e sustentar uma relação dialógica com outros atores.

Quanto à proposta socioeducacional do equipamento, esta pauta-se na Pedagogia de Paulo Freire, marco conceitual construído e apresentado na Deliberação Nº 004/2009 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Paraná (CEDCA/PR, 2009).

Conforme consta na Deliberação supracitada, optar pela pedagogia freireana como fundamento estruturante da organização socioeducativa é fazer uma escolha essencialmente política, uma vez que busca estratégias e desafios para a construção de espaços de socioeducação não-formal populares para jovens, numa perspectiva libertadora.

Assinalando a necessidade do processo "ação-reflexão-ação", a pedagogia freireana possibilita o rompimento com a educação vertical e a imposição do saber dominante sobre os dominados. Opondo-se ao autoritarismo deste saber, a proposta de Freire considera a complexidade do saber popular e o entende como possibilidade de transformação. Assim reconhecer as diferentes trajetórias de vida dos adolescentes e jovens implica a necessidade de rever as formas de ensinar e aprender, contextualizados por um novo modo de conviver em ambientes educativos democráticos e participativos.

A proposta do Centro da Juventude reveste-se de reflexão crítica e a ação nesse âmbito, um novo modelo de democracia participativa pode ser gestado, tornando a produção do conhecimento e a sua disseminação em molas propulsoras de sociedades livres.

Deste modo, Batista (2006) refere-se à educação não formal de Paulo Freire aquela que objetiva proporcionar aos indivíduos uma compreensão crítica que possibilite uma práxis transformadora da realidade social, política, cultural, numa perspectiva utópica de uma sociedade igualitária, emancipadora. O autor ainda ressalta que esta privilegia o diálogo como princípio pedagógico, salientando a liberdade e autonomia dos educandos, recusando posições quietistas.
Tendo como Objetivo Geral: Constituir um espaço aberto e democrático de convivência, de formação e de cidadania para os adolescentes e os jovens.

O Centro da Juventude oferta atendimento por meio de atividades programadas (de Formação, de Esporte e Lazer, e de Cultura e Artes), eventos culturais, esportivos e sociais. Seu funcionamento dá-se de segunda à sexta-feira, no período matutino (das 07h 45min. às 11h

45min.) e no vespertino (das 13h às 17h). Especificamente nas terças e quintas-feiras, o Centro da Juventude Mariana Luiza von Borstel atende das 17h 30min. às 20h.

As atividades preestabelecidas são realizadas diariamente, distribuídas em quatro horários, com duração de 50 minutos. Cada período (matutino e vespertino) contém um intervalo de 15 minutos, no qual é ofertado lanche, confeccionado pela Cozinha Social do Município de Toledo.

Quanto ao acesso e à dinâmica de participação dos adolescentes e dos jovens do Centro da Juventude, estes podem tanto inscrever-se nas atividades quanto assisti-las, podendo também fazer uso de sua autonomia para requerer a cessão de uso dos espaços para o desenvolvimento de atividades próprias. A apropriação do espaço pelos jovens, de maneira autônoma e responsável, é parte do fundamento da educação como prática – e espaço – de liberdades, propostas pela metodologia freireana de educação popular.

A matrícula em atividades preestabelecidas é realizada independente da frequência escolar, posto que o que se pretende é constituir um espaço de inclusão e de cidadania, e retornar ou permanecer na escola, certamente será parte de um contínuo processo de reflexão acerca do papel da escola e da educação na sociedade atual.

Estas atividades são desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar composta por educadores de nível superior (Técnicos Desportivos, Técnicos em Instrumentos de Cordas, Técnicos em Instrumentos de Sopro e Técnicos em Artes Cênicas), de nível médio (Assistentes em Desenvolvimento Social e Instrutores) e por voluntários.

Além das atividades supracitadas, o Centro da Juventude também desenvolvem ações pontuais de prevenção, de sensibilização e de formação acerca de temas transversais (identidade, sexualidade e gênero, cultura da paz, drogadição, projeto de vida, empregabilidade e trabalhabilidade, profissionalização, entre outras); eventos sociais, culturais, artísticos, esportivos e de lazer. As ações e os eventos são desenvolvidos tanto pelas equipes do quadro próprio quanto parceiros (Universidades, Institutos, Organizações e outras Secretarias Municipais).

Cada profissional é responsável por elaborar um Plano de Trabalho de sua atividade, devendo o mesmo ser dinâmico, respeitando, assim, a diversidade de modos de ser jovem. As demais ações e eventos são realizados a partir de projetos. Ressaltamos que todas as ações são baseadas nos eixos norteadores do Centro da Juventude (convivência, formação e cidadania).

Nesse sentido, como afirmam Dayrell e Gomes (2009, p. 04) “[...] é fundamental que cada educador ou projeto educativo busque construir, em conjunto com os próprios jovens, um perfil

do grupo com o qual atuam, detectando quem são eles, como constroem o modo de ser jovens, as suas demandas, necessidades e expectativas".

6.3. A OPERACIONALIZAÇÃO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO NO MUNICIPIO DE TOLEDO

No ano de 2003 a execução da Medida Socioeducativa em Meio Aberto de Liberdade Assistida (LA), deixou de ser executada pelo Serviço Auxiliar da Infância e passou a ser realizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social, através do extinto Departamento de Atendimento à Criança e ao Adolescente. Neste Departamento, quem atendia a Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida era uma Assistente Social e um Pedagogo.

A reorganização deste Programa ocorreu ao final do ano de 2004, mas tornou-se efetiva somente a partir do ano de 2005, no âmbito da Secretaria de Assistência Social (SMAS), quando foi criado, como um sub departamento, o Departamento de Atendimento ao Adolescente Infrator (DAL PIZOL, 2005, p. 45; PEREIRA, 2008b, p. 10), que na sequência foi renomeado para Departamento de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei[12].

Este departamento tentava expressar a modalidade de atendimento compatível com exigências da recém-aprovada Política Nacional de Assistência Social (PNAS-2004) e da Norma Operacional de Assistência Social (NOB-2005). A implantação deste Departamento decorreu da obtenção de financiamento que a Secretaria Municipal de Assistência Social pleiteou junto ao governo federal e no bojo da restruturação do setor deu-se também o redimensionamento da forma de atendimento, pois passou-se a implantar o "Programa de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, para a Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço a Comunidade (PSC)", integrado por um coordenador, uma pedagoga, uma assistente social e estagiários de Serviço Social da UNIOESTE (PEREIRA, 2008, p. 40), com isso teve-se a efetivação da municipalização do atendimento para as modalidades de ato infracional que obtivessem tal sentença judicial.

A Secretaria de Assistência Social, através do Departamento de Atendimento à Criança e ao Adolescente, elaborou um projeto de atuação para a implantação do Programa de Liberdade

[12] A renomeação do Departamento de Atendimento ao Adolescente em Conflito com a Lei, consta no documento "Programas: Prestação de Serviço à Comunidade e Liberdade Assistida", de março de 2005, em anexo do Dossiê de Estágio Supervisionado de Mônica Pereira (2008b).

Assistida, que foi encaminhado e aprovado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Em 19 de maio de 2003, o Departamento de Atendimento à Criança e ao Adolescente do Município de Toledo inicia suas atividades com os adolescentes em conflito com a lei que receberam medida de liberdade assistida (LA) e que são acompanhados pelo Ministério Público. A partir do ano de 2006, o município passou também a desenvolver e responsabilizar-se pelas atividades relacionadas à medida socioeducativa de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC).

Neste mesmo período (2006), a SMAS tinha, em sua estrutura, dois departamentos, um para Atendimento da Criança e do Adolescente e outro específico para Adolescente em Conflito com a Lei. Este segundo foi extinto a partir com a promulgação da lei n. 1947, 31/01/2007, que dispôs sobre a reorganização da administrativa da Prefeitura de Toledo (PEREIRA, 2008b, p. 10/11), mantendo o Programa de Medidas Socioeducativas, subordinado ao Departamento de Atendimento à Criança e ao Adolescente, que a partir de 2008 passou a contar com uma equipe formada por um coordenador do Departamento, um assistente social, uma pedagoga e uma psicóloga. (SANTOS, 2009).

Com a previsão da implantação do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no Município de Toledo, em meados de 2008, conforme as informações dadas pela SMAS referenciando a aquele período, esperava-se que os adolescentes em cumprimento de medidas em meio aberto tivessem melhores condições de atendimento e de acompanhamento. A equipe do Programa de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto do município de Toledo, desde a habilitação do município quanto à implantação do CREAS, trabalhou na elaboração de um plano de trabalho que tem por objetivo delinear parâmetros de trabalho que garantam as atribuições de cada profissional da equipe multidisciplinar o acompanhamento e monitoramento das atividades, bem como, a definição do papel do Programa, das instituições e da rede de atendimento à área da criança, adolescente e juventude em relação às medidas socioeducativas.

No período entre 2005 a 2008, diante da implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) os profissionais do Programa começaram a trabalhar na elaboração de um plano para a implementação de um CREAS no município de Toledo, tendo em vista que a SMAS havia pleiteado o recurso do governo federal para esta modalidade de equipamento.

No ano de 2008, foi extinto o Departamento do Adolescente Infrator e foi criado o cargo de “Coordenador do Programa de LA”, e o Programa LA voltou a fazer parte do Departamento de Atendimento à Criança, cuja diretora era a Assistente Social da época.

No início do ano de 2009, com o início da nova gestão, foi extinto o Departamento da Criança e criado o Departamento de Proteção Social Especial, sendo reestruturado o Programa de LA que passou a ser chamado de Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Medidas Socioeducativa, contemplando as medidas de LA e PSC.

A partir do ano de 2009 foi implantado o Centro de Referência Especializado de Assistência Social 1 (CREAS) com atendimento ao serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socieducativas. (SANTOS, 2009, s/p).

Em Julho de 2009, o CREAS-I executava as atividades de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço a Comunidade (PSC) em um espaço vinculado ao prédio da SMAS, contando com uma Assistente Social, um Coordenador, e uma Psicóloga, com carga horária de 8 horas, neste momento a estrutura era composta de 3 salas para atendimento.

No período de 2009 a até o segundo semestre de 2010, ocorreram alteração no quadro funcional da equipe do CREAS-I, no entanto estruturou-se o quadro funcional mínimo (Coordenador, Assistente Social, Psicólogo, Administrativo e Assistente em Desenvolvimento Social - ADS). E no final de 2010, o CREAS-I mudou-se para novas instalações, localizada na Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 167, Vila Pioneiro, Toledo/PR, em um prédio próprio, onde iniciou-se um processo de adequações para o desenvolvimento das atividades. Em 2010 houve ainda a construção do laboratório de informática com recursos do convênio Liberdade Cidadã.

O CREAS-I, executa dois Serviços, o Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço a Comunidade e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

De acordo com o disposto na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço a Comunidade tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente.

Para a oferta do serviço faz-se necessária a observância da responsabilização face ao ato infracional praticado, cujos direitos e obrigações devem ser assegurados de acordo com as legislações e normativas específicas para o cumprimento da medida.

Este serviço deve contribuir para o acesso a direitos e para a resignificação de valores na vida pessoal e social dos (as) adolescentes e jovens.

Na sua operacionalização é necessária a elaboração do Plano individual de Atendimento

(PIA) coma participação do (a) adolescente e da família, devendo conter os objetivos e metas a serem alcançados durante o cumprimento da medida, perspectivas de vida futura, dentre outros aspectos a serem acrescidos, de acordo coma s necessidades e interesses do (a) adolescente.

6.3.1 A Operacionalização das Medidas Socioeducativas em Meio Aberto: fragilidades

As mudanças conceituais na área da criança e do adolescente, enquanto sujeitos de direitos estão intrinsecamente atreladas aos fatores sociais, políticos, culturais e econômicos de cada sociedade. As formas de tratamento das questões inerentes a esse público, especialmente no que concerne às práticas infracionais, foram sofrendo alterações e resignificando a atuação de atores nesse contexto, dada as novas configurações das legislações implantadas e/ou implementadas em tempo muito recente. Mas, ainda há muito a ser feito, pois essa área expressa as contradições da sociedade, que busca no encarceramento e na repressão a forma de punição ao ato infracional cometido pelo adolescente, as ações ainda ficam no plano jurídico, não chegando ao seu destinatário de maneira efetiva. Para modificar essa realidade o Estatuto da Criança e do Adolescente apresenta propostas de mudanças significativas em relação trabalho voltado a esse público, especialmente, o cumprimento de medidas socioeducativas aplicadas, em locais com estruturas físicas adequadas e em condições de atendimento humanizado, levando em consideração a efetiva garantia de direitos.

A ação socioeducativa, sustentada nos princípios dos direitos humanos encontra de modo geral, dificuldade de compreensão e de aceitação. Tais situações são recorrentes, dado o desconhecimento do que a lei preconiza e dos valores intrínsecos à moral e aos costumes numa determinada sociedade.

Assim, reafirmando a diretriz do Estatuto sobre a natureza pedagógica da medida socioeducativa muda-se o foco de atuação junto a esse público, pois se trabalha com um indivíduo que, em razão de suas vivências cotidianas e sua história de relações cometeu uma determinada infração. Em especial, estabelece as condições possíveis para que a dimensão ideológica em relação ao adolescente autor de ato infracional ultrapasse a lógica do “problema” e seja considerado enquanto sujeito com potencialidades e com capacidade ao exercício de sua cidadania.

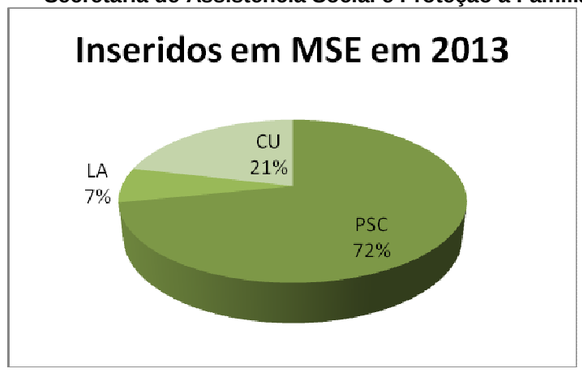
Condição essa que deve ser pensada enquanto política de atendimento municipal e para fazê-la observa-se a situação atual do atendimento ao adolescente autor de ato infracional, a comissão nas diversas reuniões e encontros pode observar fragilidades ligadas à execução das medidas socioeducativa, entre elas pode-se destacar as seguintes:

- Carência na capacitação das equipes e ausência de capacitações permanentes;
- Espaço físico e infra-estrutura insuficientes e/ou inadequadas;
- Ausência da oferta de serviços de prevenção e proteção e/ou falta de integração com programas destinados ao atendimento de adolescentes autores de ato infracional e suas famílias;
- Resistência e preconceito de diferentes setores na ampliação das parcerias, especialmente Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- Fragilidade de articulação da rede, através de protocolos de gestão e o estabelecimento de fluxos.
- Falta de um diagnóstico para mapear a carências e fragilidades dos adolescentes/juventude envolvidos com a práticas de ato infracional.
- Falta de sistema informatizado para articulação com a rede de atendimento;
- Defasagem idade /serie de adolescente envolvidos com ato infracional;
- Falta de atividades preventivas nas políticas sociais;
- Aprimoramento do Plano Individual de Atendimento, a avaliação
- Ausência de uma instância de articulação entre as diferentes áreas que compõem o SINASE para responder pela execução das medidas em meio aberto;

6.3.2 Dados quantiqualitativos e perfil dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço a Comunidade atendidos e acompanhados pelos CREAS-I no período 2013;

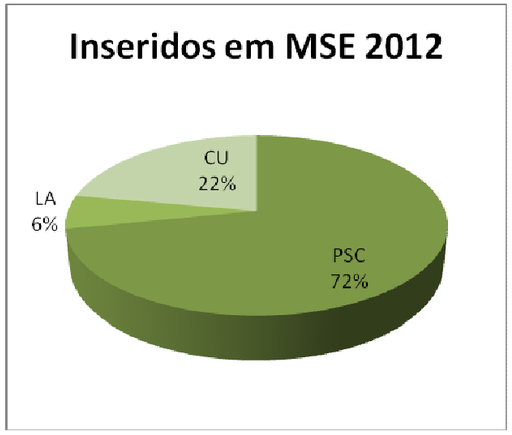
O CREAS-I atendeu em 2013, um total de 270, sendo eles: 216 adolescentes e suas famílias, inseridos inserção no cumprimento de medida socioeducativa, e 54 remanescentes de 2012, mas que seguiram cumprindo a medida em 2013.

Foram inseridos em 2013, do total de 216 foram: 155 adolescentes em Prestação de Serviço a Comunidade – PSC, 15 adolescentes em Liberdade Assistida – LA, e 46 adolescentes em Cumulativas – CUM. Conforme gráfico a seguir:



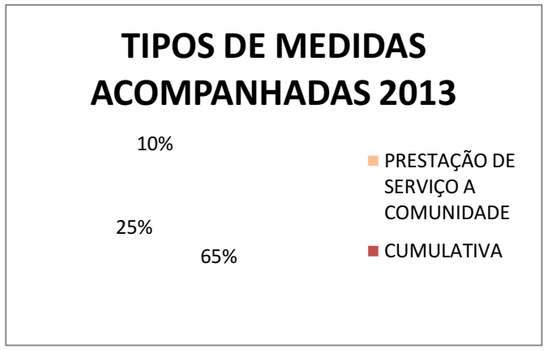
Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Analisando este dados e referenciando-o a 2012, conforme pode ser visualizado no gráfico a seguir, não ocorreu mudança significativa nos tipos de medidas, e a que predominou foi a prestação de serviço a comunidade. Compondo estes dados, os remanescentes de dezembro de 2012, ou seja, 54 adolescentes que ainda estavam sendo atendidos por este serviço seguiram sendo atendidos em 2013.



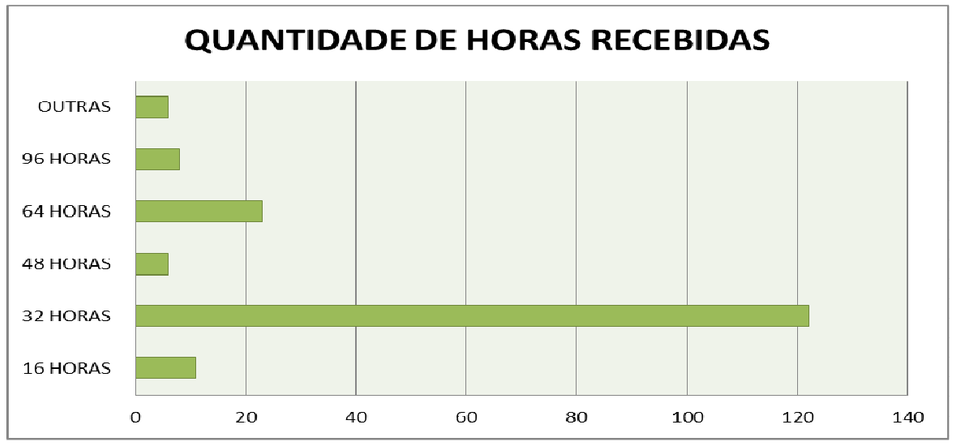
Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Realizando uma amostragem dos adolescentes inseridos e os remanescentes em acompanhamentos temos o gráfico a seguir:



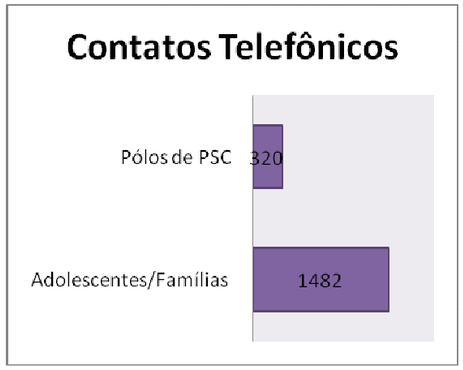
Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Como pode ser observado a um grande número de adolescentes que recebeu a medida de Prestação de Serviço a Comunidade, e realizando um avaliação observa-se que a grande maioria recebeu 32 horas. Como pode ser visualizado a seguir:



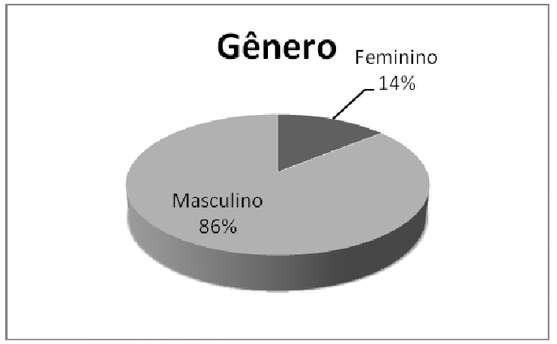
Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Levando em consideração todos os adolescentes e suas famílias e todas as Medidas socioeducativas executadas pelo CREAS-I, ocorreram cerca de 1.393 atendimentos, isso levando em conta o acompanhamento semanal que é realizado na Medida de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço a Comunidade. Foram realizados 1.482 contatos telefônicos para os adolescentes, bem como para suas famílias. E ainda realizados 90 encontros de atividades para grupo de adolescente e ou para as famílias.



Banco de dados – CREAS-I. 2014;

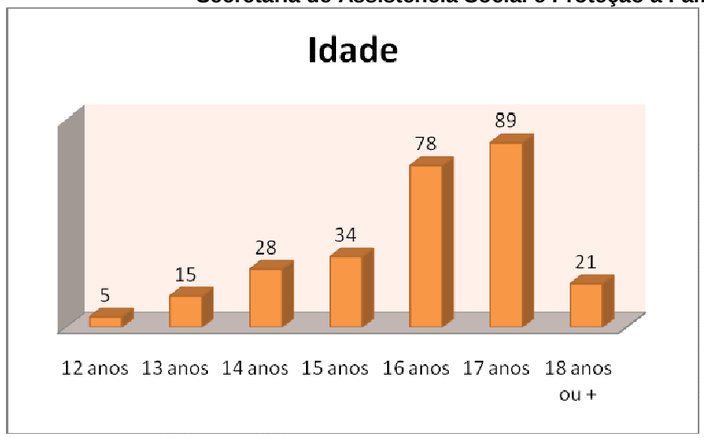
Do total de 270 adolescentes, realizando uma relação de gênero, tem-se:



Banco de dados – CREAS-I. 2014;

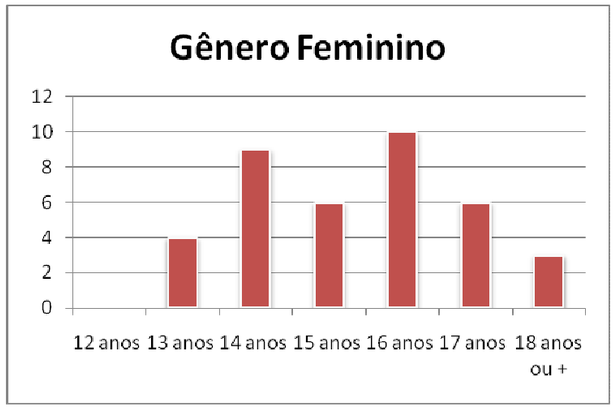
Observa-se que predomina os adolescentes do sexo masculino, em relação ao sexo feminino.

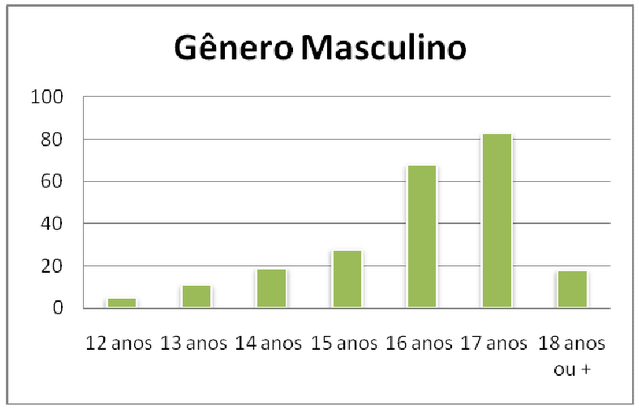
Em relação a idade dos adolescentes podemos destacar que a maioria dos adolescente tem idade entre 16 e 17 anos. Conforme gráfico a seguir.



Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Realizando uma análise comparativa entre o gênero e a idade temos conforme o gráfico a seguir:





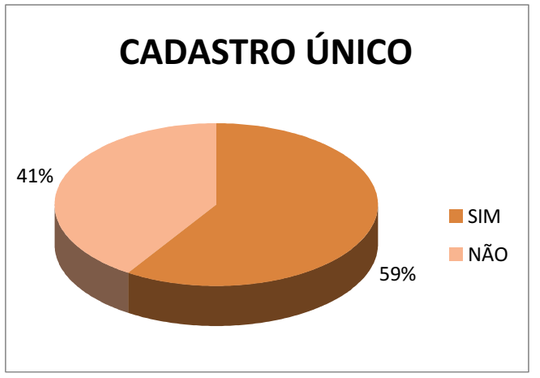
Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Em 2013, foram realizadas cerca de 29 parcerias com os diversos atores do Sistema de Garantia de Direitos e com a rede de todo o município.

Em relação a rede de serviços e o sistema de Garantia de Direitos este Serviço realizou 176 encaminhamentos, através da guia de Referência e Contra Referência. 34 encaminhamentos ao programa Adolescente Aprendiz, e 182 encaminhamento de adolescente aos Polos de Cumprimento da medida Socioeducativa de Prestação de Serviço a Comunidade, levando em consideração o fluxo de troca que pode ocorrem na execução da medida.

Enquanto Beneficio foram ofertados em 2013 um total de 927 vale transporte, para o deslocamentos dos adolescentes e ou famílias para as atividades e ou atendimentos neste equipamento.

Considerando os 270 adolescente, 160 adolescentes e sua família estavam inseridos no Cadastro Único, conforme a seguir:

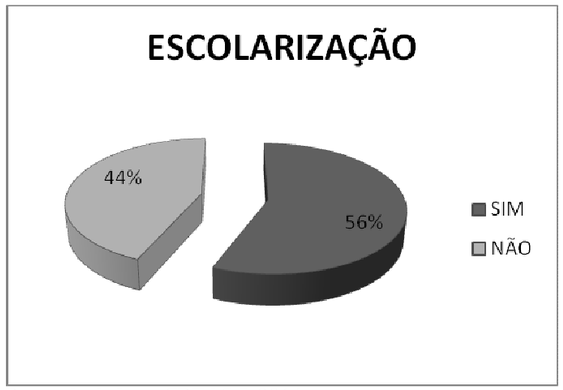


Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Podemos que destacar que conforme avaliação da equipe as principais vulnerabilidades entre usuários que não tem perfil de CAD Único, como sendo: Fragilidade/rompimento de vínculos familiares e comunitários; Dificuldade de acesso/acompanhamento nos serviços públicos; Evasão escolar; Drogadição.

Em relação a escolarização em 2013, uma grande quantidade de adolescente que foram inseridos estavam fora do espaço escolar. Lembrando que tanto na reunião de inserção como na entrevista inicial são realizadas a orientações e encaminhamento a providencia e regularização da Matricula escolar, então os adolescentes que estavam fora da escola, são todos encaminhados para serem devidamente matriculados, e para que este direito fundamental seja garantido.

Conforme a seguir:



Banco de dados – CREAS-I. 2014;

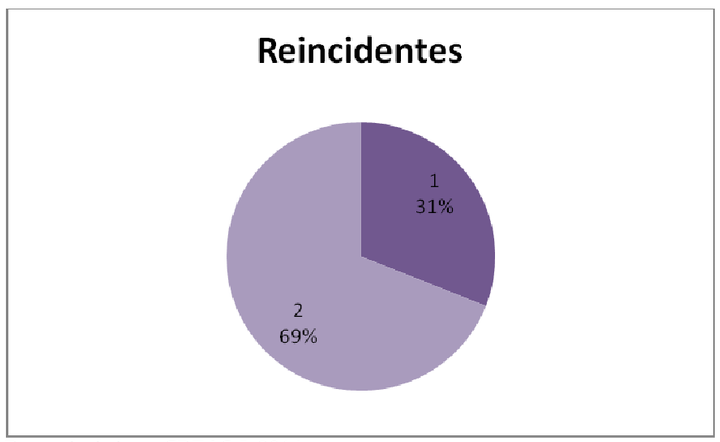
Em relação aos atos infracionais, podemos destacar que em primeiro lugar foi de Dirigir sem Carteira Nacional de Habilitação, em segundo, Posse de Substância Entorpecente, em terceiro relacionados ao furto e em quarto lugar o Tráfico de drogas. Em relação ao ato infracional foi contabilizado os atos infracionais, que os adolescentes cometeram, então por exemplo quando o adolescente teve mais de um ato infracional foi contabilizado ambos os atos, por isso é um total de 320. Procuramos agrupar os dados desta forma, para que o sigilo seja mantido. Conforme pode ser observado na tabela que segue:

TABELA 2: ATOS INFRACIONAIS

ATO INFRACIONAL	**QUANTIDADE**
DIRIGIR SEM CNH (CORRELATOS)	52
POSSE DE SUBTÂNCIA ENTORPECENTE	43
FURTO / APROPRIAÇÃO INDEBITA	41
TRÁFICO	39
ROUBO	27
DESACATO / DESOBEDIÊNCIA / INJÚRIA	25
AMEAÇA	18
DANOS AO PATRIMONIO	13
LESÃO CORPORAL	12
RECEPTAÇÃO / CONTRABANDO	09
VIOLÊNCIA	08
PORTE /POSSE/DISPARO DE ARMA DE FOGO E OU CHAVE MIXA	07
HOMICÍDIO	07
VIAS DE FATO	07
CONTRANGIMENTO ILEGAL	06
PERTURBAÇÃO DE SOSSEGO / VIOLAÇÃO DE DOMICILIO / PROVOCAÇÃO DE TUMULTO	06
Total	**320**

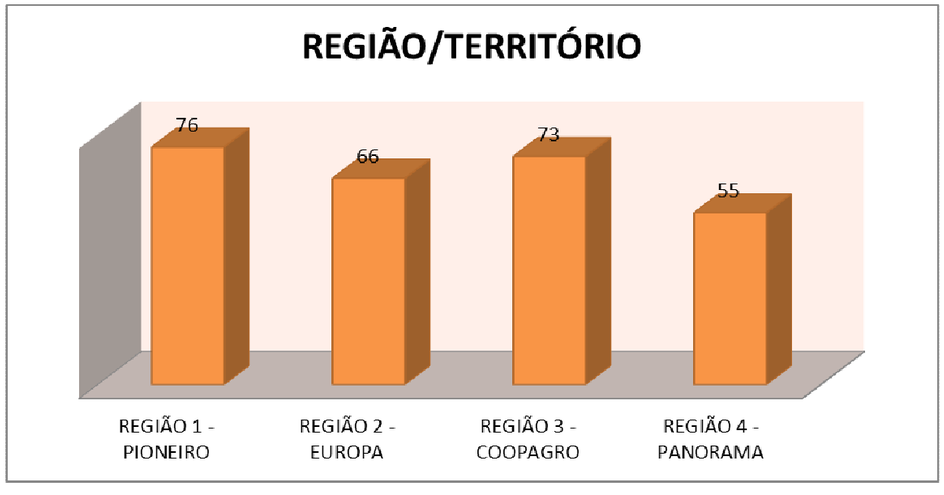
Banco de dados – CREAS-I, 2014;

Do total de 216 inseridos em 2013, 31% são reincidentes. Como podemos visualizar a seguir:

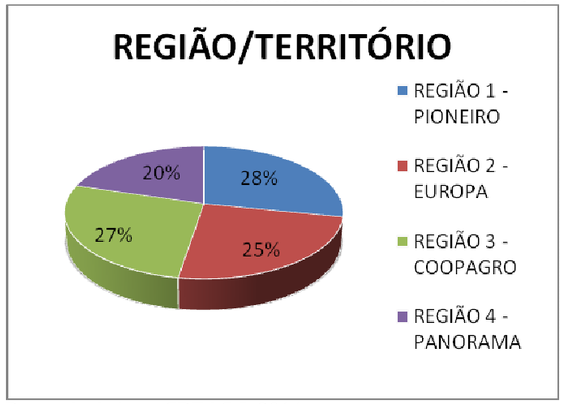


Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Em relação aos bairros de origem dos adolescentes, procuramos vincular este bairro ao CRAS do Território, assim temos:



Banco de dados – CREAS-I. 2014;



Banco de dados – CREAS-I. 2014;

Em relação aos bairros de origem dos adolescentes e sua família os bairros que mais apareceram nas entrevista são: JARDIM COOPAGRO, VILA BOA ESPERANÇA, JARDIM PANORAMA. Como pode ser visualizado na tabela a seguir:

TABELA 3 – BAIRROS DE ORIGEM

BAIRROS	***QUANTIDADE***
JARDIM COOPAGRO	33
VILA BOA ESPERANÇA	33
JARDIM PANORAMA	22
JARDIM EUROPA	19
CENTRO	14
JARDIM SÃO FRANCISCO	14
SANTA CLARA IV	14
VILA PIONEIRO	12
JARDIM CONCORDIA	9
VILA INDUSTRIAL	9
JARDIM GISELE/JARDIM ANAPOLIS	9
JARDIM PORTO ALEGRE	8
JARDIM LA SALLE	7
VILA OPERÁRIA	7
NOVO SARANDI	6
VILA PAULISTA	6
JARDIM BRESSAN	5
PINHEIRINHO	5
BELO HORIZONTE	4
JARDIM AMÉRICA	4
JARDIM BELA VISTA	4
JARDIM PANCERA	4

CESAR PARK	3
JARDIM MARACANÃ	2
JARDIM PASQUALI	2
VILA RURAL	2
BOM PRINCÍPIO/OURO PRETO/VISTA ALEGRE/VILA IPIRANGA	4
FACHINI/JARDIM TOCANTINS/JARDIM SANTA MARIA	3
INDEPENDÊNCIA	1
JARDIM ALTO ALEGRE	1
OUTROS	5

Banco de dados – CREAS-I, 2014.

Em relação ao uso de substâncias licitas e ilícitas podemos destacar que do total de inseridos em 2013, 157 relataram que faziam uso de algum tipo sustância cigarro, álcool, maconha, cocaína e crack, apareceram entre as citadas

Em relação ao inseridos e remanescentes foram em total de 171 desligados, pelas diversas situações de desligamento deste serviço, como cumprimento de Medidas socioeducativas, descumprimentos, internação, mudança de endereço, entre outras.

Nestes anos de funcionamento o CREAS I vem aprimorando o processo metodológico de execução das medidas socioeducativas vivenciando desafios na articulação da rede socioassistencial. Se por um lado, não tivemos mudanças de posturas que representem atitudes positivas para o enfrentamento de tal problemática. Por outro lado, o aumento das desigualdades sociais e agudização dos processos de exploração e de degradação das condições dignidade para contingentes expressivos da sociedade brasileira tem repercutido, sobremaneira, na vinculação de adolescentes às práticas ilícitas, tipificadas como crime e contravenção.

7. PLANO ESTRATÉGICO: EIXOS OPERATIVOS METAS, AÇÕES, PRAZOS E RESPONSÁVEIS

Neste tópico traremos um quadro composto pelos quatro eixos operativos do Plano Nacional, sendo eles: Gestão, Qualificação do atendimento Socioeducativo, participação e autonomia dos/as adolescentes, Fortalecimento do Sistema de Justiça e Segurança, sendo que estes eixos compõe-se de objetivos, metas e ações para serem executadas, ainda prazo de execução e quem as executará, bem como prazo de monitoramento e responsável pelo seu financiamento.

Além do acima citado, este tópico também contemplará os Recursos Financeiros utilizados para a execução das ações propostas pela rede de atendimento socioeducativo.

7.1 RECURSOS FINANCEIROS

Considerando que o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo tem a vigência de 10 anos, contendo quadro com objetivos, metas e ações assim têm-se a necessidade de previsão e/ou dotação orçamentária do município, para que estas ações e metas sejam efetivadas, no decorrer deste período.

No intuito de prever dotação orçamentária especifica para a socioeducação foi realizada uma reunião no dia 19 de novembro de 2014 com as Secretarias Municipais responsáveis pelo desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura, Assistência Social, Juventude e Planejamento Estratégico, nesta foi deferido pela destinação para o FMDCA a previsão orçamentária específica para ações de socioeducação, estimada para o ano de 2015 o valor de R$ 150.000,00, sendo este, reajustado a cada ano subseqüente.

7.2 EIXO 1: GESTÃO

OBJETIVOS	METAS	AÇÕES	PRAZO DE EXECUÇÃO	MONITORAMENTO (PRAZO)	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL PELO FINANCIAMENTO
1. Instituir a coordenação do Sistema Municipal do Atendimento Socioeducativo.	1 Implantar a Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo.	- Estabelecer programa de atendimento municipal e Constituição desta coordenação; - Execução e gestão da Socioeducação. - Articulação da intersetorialidade na socioeducação. - Fomentar atividades reflexivas em torno da socioeducação – dia 09 de outubro. - Acompanhar o funcionamento da Comissão Intersetorial em nível Municipal; - Articular e estabelecer com as demais políticas setoriais planos de ação para Socioeducação; - Elaborar protocolos e fluxos de atendimento para a Socioeducação de forma intersetorial; - Elaboração e execução do Diagnóstico da socioeducação do município Toledo. - Editar normas complementares para a organização e funcionamento dos programas do Sistema de Municipal Atendimento Socioeducativo; - Articulação para a ampliação de pólos de Prestação de Serviço a Comunidade; - Articular com a Secretaria Municipal de Recursos Humanos a valorização dos servidores públicos, através da atualização do Plano de Cargos e Vencimentos; - Articulação para que seja assegurado o repasse dos recursos destinados à implementação das ações correspondentes ao SINASE no Município, sem prejuízo da exigência de contrapartidas	2014 a 2016	2014 a 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo	Secretaria Municipal de Assistência Social/ FMDCA

		estadual e federal da destinação de recursos no orçamento dos órgãos públicos co-responsáveis pela sua execução (art. 8º, da LF nº 12.594/2012);				
	2. Integração do Sistema de Informações.	- Implantação do sistema de informação para Infância e Adolescência (SIPIA-SINASE); - Estabelecer fluxos de informação do sistemas de informação com as demais políticas setoriais; - Inter-operação do Sistema de Informação do Executivo com o Sistema de Justiça;	2014 a 2016	2014 a 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo	Secretaria Municipal de Assistência Social
2. Garantir o processo de educação permanente	Capacitação para os profissionais e instituições envolvidas na execução do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo.	- Capacitação permanente para as equipes atuantes na socioeducação. - Capacitação permanente aos responsáveis pelos Pólos de Prestação de Serviço a Comunidade.	2014 a 2016	2014 a 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo e CMDCA/Comissão Intersetorial.	Secretaria Municipal de Assistência Social
3. Instituir o Sistema Municipal de avaliação e acompanhamento do Atendimento Socioeducativo.	1. Instituir o Sistema de Avaliação e Acompanhamento do Atendimento Socioeducativo	- Criação de instrumento para o processo de avaliação e Apresentação dos relatórios avaliativos no CMDCA. - Assegurar o caráter público dos procedimentos e resultados; - Acompanhamento e revisão do Plano Municipal de atendimento socioeducativo conforme legislação; - Impressão e divulgação do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo.	2014 a 2016	2014 a 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo e CMDCA/Comissão Intersetorial.	Secretaria Municipal de Assistência Social

		- Articulação na garantia dos recursos financeiros em co-financiamento (Lei 12.594/2012); Articulação para estabelecer convênios com o Estado do Paraná para co-financiamento do Serviço de Proteção Social Especial a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas de LA e PSC. - Co-financiar, conjuntamente com os demais entes federados, a execução de ações destinadas à capacitação de trabalhadores da rede de políticas de garantia de direitos de crianças e adolescentes. (PPA - adaptada);	2014 a 2016	2014 a 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo;	Secretaria Municipal de Assistência Social e Prefeitura Municipal de Toledo – Captação de recursos;

7.3 EIXO 2 – QUALIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO

OBJETIVO	**META**	**AÇÃO**	**IMPLEMENTAÇÃO**	**MONITORAMENTO**	**RESPONSÁVEIS**	**Responsável pelo Financiamento**
1. Prever executar serviços continuados e articulados nas áreas de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social. **2.** Aprimorar e qualificar o atendimento socioeducativo municipal através dos serviços continuados e	**EDUCAÇÃO:** Proporcionar momentos de diálogo entre família e escola através do projeto "Família e Escola: parceria pela educação".	- Fortalecer a integração da família com a escola; - Favorecer o respeito à diversidade da dinâmica social; - Estimular o desenvolvimento do processo educativo em consonância com movimentos sociais, políticos e econômicos com toda comunidade envolvida; - Propiciar momentos para realizar escuta e acolhimento dos familiares e educandos. - Realizar encontros com todos os envolvidos na comunidade escolar, contribuindo com fortalecimento do vinculo entre família e escola no decorrer do ano letivo.	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria municipal de Educação juntamente com a equipe pedagógica.	Secretaria municipal de Educação

executados em rede pelo sistema de garantia de direitos. **3.** Assegurar recursos no orçamento municipal, com a participação compartilhada das Secretarias Municipais responsáveis pelas Políticas Públicas de Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social, para execução do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo do Município de Toledo.	Ocasionar e possibilitar a interação e vinculo dos serviços de apoio pedagógico no ingresso do educando para o Ensino Estadual.	-Articulação dos Serviços de apoio do Sistema Municipal; -Possibilitar interação entre as equipes multidisciplinares de ambos os sistemas, Municipal e Estadual; -Elaborar documentos por parte das escolas (pastas especificas) dos educando atendido pelos serviços de apoio pedagógico e encaminhado para os colégios pelos responsáveis ou pela equipe da escola. Contendo os relatórios e demais documentos sobre os atendimentos.	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria Municipal da Educação, Equipe pedagógica das Escolas Municipais;	Secretaria municipal de Educação
	Estabelecer parceria dialética para rever proposta do Sistema Nacional de Educação a partir da articulação do sistema Municipal e Estadual.	-Estabelecer critérios de qualidade como forma de acompanhamento das diretrizes e metas estabelecidas e qualificação da proposta pedagógica no Ensino Fundamental considerando necessária a continuidade que há entre ambos os sistemas Municipal e Estadual. -Proporcionar momentos para que as equipes pedagógicas, Municipal e Estadual possam definir ou mediar projetos multidisciplinares comum para os educandos. - Assegurar a equipe técnica (Assistente Social) dentro da política da Educação Municipal para promover a busca ativa de crianças fora da instituição de ensino em parceria com as áreas de assistência social e saúde.	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria Municipal da Educação e Equipe pedagógica das Escolas Municipais	Secretaria municipal de Educação
	Assegurar a manutenção dos projetos e programas preventivos e de valorização da vida na proposta pedagógica, buscando parcerias para	-Articular com a comunidade escolar a fim de desenvolver projetos que possam prevenir a valorização da vida; -Reuniões com equipe multidisciplinar para organizar calendário de palestras e ações pedagógicas no contexto escolar referente a temática;	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria Municipal da Educação e Equipe multidisciplinar institucional	Secretaria Municipal da Educação

	implementação dos programas.	-Estabelecer parcerias entre a comunidade escolar para divulgar ações e informações para articular meios onde toda comunidade de forma geral possa adotar hábitos saudáveis.				
	Oferecer e assegurar o atendimento educacional especializado através das ações pedagógicas de saúde e de assistência social que possibilitem o desenvolvimento integral do educando.	- Refletir no contexto social do educando um olhar de compreensão das relações sociais estabelecidas na comunidade escolar, oportunizando melhorias no processo ensino aprendizagem e a convivência social. -Realizar encontros, reuniões com a comunidade escolar para discussões e reflexões relativos a temática.	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria Municipal da Educação, juntamente com a equipe escolar.	Secretaria municipal de Educação
	2. Qualificação do atendimento na política de **SAÚDE**	- Organizar e qualificar a rede de atenção à saúde ampliando o acesso de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas a ações e serviços de saúde resolutivos; (PN) - Qualificar as redes de atenção à saúde para o atendimento de adolescentes da socioeducação, com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; (PN) - Implantação da Notificação Compulsória nos serviços de saúde de referência às Unidades Socioeducativas. - Realizar palestras educativas para promoção da saúde de crianças e adolescentes abordando: alimentação saudável X obesidade, educação ambiental, saúde bucal, educação no trânsito, prevenção de DSTs/AIDS, saúde ocular, atividade física, participação e controle social, violência e uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, prevenção de gravidez na adolescência,	2014 a 2024	2014 a 2024	Secretaria Municipal de Saúde.	Secretaria Municipal de Saúde.

		entre outros; (PPA) - Acompanhar crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas através no CAPS AD, e adolescentes em conflito com a lei internadas ou não no CENSE; (PPA) - Garantir parcerias com outras secretarias e autarquias públicas, assim como, com entidades para realização de programas de promoção e prevenção à saúde da criança e do adolescente; (PPA) - Implementar os programas de prevenção às drogas para os adolescentes, em parceria com outras secretarias, entidades e Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) (PPA) - Desenvolver ações de prevenção vinculadas à atenção básica; (PPA) - Construção de sede própria para CAPS-AD em parceria com o Governo Federal; (PPA) - Articular com as demais secretarias e organizações, o programa municipal de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, compatibilizando-o com a respectiva política nacional proposta pelo conselho nacional e acompanhamento da sua execução; (PPA) - Apoiar programas e atividades de prevenção da disseminação de tráfico e do uso indevido e abusivo de substâncias psicoativas; (PPA) - Estimular e cooperar com serviços que visam o encaminhamento e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas; (PPA)				

	3. Qualificação do atendimento na política de **ESPORTE e LAZER**	- Apoio administrativo e gestão das Políticas Esportivas (PPA); Apoio administrativo e gestão das Políticas Esportivas (PPA); - Aprimoramento das atividades esportivas; (PPA); - Realizar a manutenção do Programa Esporte Cidadão (PPA), garantindo vagas aos adolescentes da Socioeducação. - Capacitação dos profissionais de educação física da SMEL para atendimento específico dos programas voltados a socioeducação. (Esporte) - Desenvolvimento e aprimoramento de programas voltados a socioeducação. (Esporte) - Projeto Xadrez – realizado semanalmente com profissional disponibilizado pela SMEL no CREAS I. - Aquisição de jogos recreativos, que estimulem a capacidade cognitiva dos adolescentes e desenvolvimento da convivência comunitária, no CREAS I. - Inserção dos adolescentes atendidos no CREAS para realização de treinamentos de futsal, basquetebol, natação, futebol e handebol nos espaços da SMEL, com repasse de material do CREAS I. - Palestras sobre a prática esportiva visando a ressocialização do adolescente atendido pelo CREAS I no município de Toledo. - Realizar campanhas de orientação em relação aos benefícios da prática esportiva para a saúde da população, com distribuição de panfletos, camisetas e bonés.	2014 a 2018	2014 a 2024	Secretaria Municipal de Esporte (Desporto e Lazer).	Secretaria municipal de Esporte (Desporto e Lazer).

		- Aquisição de camisetas para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, que participarão dos programas Taça Toledo, Jogos da Cidade e do Interior, jogos da Terceira Idade. - Aquisição de bonés para os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, que participarão dos programas Taça Toledo, Jogos da Cidade e do Interior, jogos da Terceira Idade. - Material gráfico, apresentando os programas da política Municipal de Esporte e lazer, com os locais de atendimento, faixas etárias, objetivos dos programas, formas de acesso a rede de atendimento de esportes e lazer, formas de contato e de cadastramento, informações sobre os benefícios da prática de atividades físicas e esportiva , para distribuição à adolescência cumpridores de medidas socioeducativas.				
	4. Qualificação do atendimento na política de **ASSISTÊNCIA SOCIAL**	- Garantir a oferta de serviços no CREAS para atendimento das famílias dos adolescentes em cumprimento de medidas de LA e PSC; (PN) - Orientar e apoiar a ampliação da rede local para execução da Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), por meio do estabelecimento de parcerias públicas; - Ofertar cursos de educação profissional e tecnológica aos adolescentes em MSE, observadas as ressalvas da legislação pertinente e critérios mais flexíveis de acesso; (PN) - Ampliar a oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de	2014 a 2018	2014 a 2024	Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção a Família.	Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção a Família.

		Vínculos (SCFV) aos adolescentes egressos como grupo prioritário. (PN) - Garantir a oferta do serviço para o atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas de LA e PSC nos CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social); (PN) - Implantação de ações voltadas ao atendimento do agressor; (PN e comissão) - Implementação e manutenção de programas, planos e projetos de apoio aos jovens (PPA); - Construção, reforma e ampliação dos CREAS; (PPA adaptada);				
	5. Qualificação do atendimento na política de **CULTURA**	- Desenvolver a intersetorialidade como forma de obtenção de maior efetividade na execução das políticas públicas com a implementação de parcerias com as secretarias municipais para viabilizar a transversalidade da cultura com as demais áreas afins (educação, esporte, saúde, meio ambiente, assistência social, entre outras) (PPA – programa15).	2014 a 2018	2014 a 2024	Secretaria Municipal de Cultura;	Secretaria Municipal de Cultura;
	6. Qualificação do atendimento na política de **JUVENTUDE**	- Acompanhamento da trajetória dos adolescentes egressos do sistema socioeducativo; (PN) - Inserção dos egressos do sistema socioeducativo em cursos profissional e tecnológica; (PN) - Ofertar um plano de emancipação pessoal e profissional, com o objetivo de orientar os jovens na construção de seu projeto de vida. - Realizar o “Dia de ativismo” em prol dos direitos individuais dos jovens.	2014 a 2018	2014 a 2024	Secretaria Municipal de Juventude;	Secretaria Municipal de Juventude;

7.4 EIXO 3 – PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DOS/AS ADOLESCENTES

OBJETIVO	**META**	**AÇÃO**	**IMPLEMENTAÇÃO**	**MONITORAMENTO**	**RESPONSÁVEIS**	**Responsável pelo Financiamento**
Garantir a inserção e participação dos/as adolescentes nas instâncias de controle social.	Assegurar o protagonismo, participação e autonomia de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e de suas famílias.	- Participação em conselhos, conferências, comissões, fóruns e outras. - Propiciar a participação autônoma dos/as adolescentes na construção e implementação da proposta socioeducativa (estava na autonomia) - Criação de Projeto denominado "Histórias de vida: cidadania e autonomia/ medidas socioeducativas". - Orientar e garantir a participação na execução do Plano Individual de Atendimento (PIA); - Valorização do PIA como instrumento Para salvaguardar o atendimento e acompanhamento personalizado do adolescente;	2014 – 2018	2014 - 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo	Secretaria Municipal de Assistência Social/ FMDCA

7.5 EIXO 4 – FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE JUSTIÇA E SEGURANÇA

OBJETIVO	META	AÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO	MONITORAMENTO	RESPONSÁVEIS	Responsável pelo Financiamento
Fortalecimento do Sistema de Justiça e segurança.	Qualificação do sistema de justiça e segurança pública;	- Implantar e divulgação de metodologias de atendimento com base na Justiça restaurativa. (eixo 4) - Capacitação permanente para os agentes de segurança (incluída por Tere e Lau) - Manter Campanhas Permanentes de Educação no Trânsito (PPA)	2014 – 2018	2014 - 2024	Coordenação Municipal do Sistema Socioeducativo	Secretaria Municipal de Assistência Social

REFERÊNCIAS

ALBERTON, Mariza Silveira. **Violação da infância**: crimes abomináveis humilham, machucam, torturam e matam! Porto Alegre: AGE, 2005.

BATISTA, Maria do Socorro Xavier. **Os movimentos sociais cultivando uma educação popular do campo**. 29ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, 2006.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei n° 8.069, de 13 de Julho de 1990.

BREMM, Andressa. **Dossiê de Estágio Supervisionado I e II**. Curso de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2008.

CANDIDO, Geni Aparecida. **Construção Aproximativa:** Centro de Socioeducação de Toledo – Cense. Toledo, 2008.

CEDCA/PR. **Deliberação Nº 004/2009**. Pela aprovação do Programa "Centros da Juventude" que propõe a construção e equipamentação de espaços públicos voltados a realização de atividades para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidades e direitos violados. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009.

COSTA, Antônio C. G. da. **De menor a cidadão**: notas para uma história do novo direito da infância e da juventude no Brasil. Ministério da Ação Social: Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência, 1994.

DAL PIZOL, Márcia. **Programa de Liberdade Assistida do Município de Toledo**: um estudo de seus objetivos à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Bacharelado em Serviço Social. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2005.

DAYRELL, Juarez; GOMES, Nilma Lino. A juventude no Brasil: questões e desafios. In: MATOS, Marlise; GOMES, Nilma Lino; DAYRELL, Juarez. (Org.). **Cidadania e a luta por direitos humanos, sociais, econômicos, culturais e ambientais.** Módulo V. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 2009. Disponível em: <http://api.ning.com/files/HWLMz-

y5imQnWcQGm%20D1DrYGy*PApkOHi1w55cKssnVqq28fX4NCuVFdhI*YZ68O5UKxSauIXTf-12yfgrhB-xtG9MwBk954x/AjuventudenoBrasilquestesedesafios.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2012.

DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

GALVÃO, L.K.S.(2005). Concepções de adolescentes em conflito com a lei sobre direitos humanos e sentimento de injustiça. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

JÚNIOR, Almir P. Um país que mascara seu rosto. In: JÚNIOR, Almir P.; BEZERRA, Jaerson Lucas.; HERINGER, Rosana (Orgs). **Os impasses da cidadania**: infância e adolescência no Brasil. Rio de Janeiro: IBASE, 1992.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Adolescente e ato infracional**: medida sócio-educativa é pena? São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

MARIN, Melânia A. A. **Adolescentes violentados**: um estudo sobre as expressões da violência que vitimizam os adolescentes atendidos pelo Centro de Atendimento ao Adolescente Infrator (CEAADI) de Toledo. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Toledo, Toledo, 2004.

MONTE, F.F.C., SAMPAIO, L.R., ROSA FILHO, J.S., & BARBOSA, L.S.(2011). **Adolescentes autores de atos infracionais:** psicologia moral e legislação.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org). **História das Crianças no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2002.

SILVA, Helena Oliveira. SOUZA e SILVA, Jailson de. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil**: conceitos, dados e proposições. São Paulo: Global; Brasília: Unicef, 2005.

PEREIRA, Mônica. **Adolescentes em Conflito com a Lei e a Medida de Prestação de Serviço à Comunidade**: concepção das instituições envolvidas e sua operacionalização no município de Toledo. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Bacharelado em Serviço Social. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2008a.

PEREIRA, Mônica. **Dossiê de Estágio Supervisionado I e II**. Curso de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2008b.

POLÍTICA pública. Disponível em:< http://pt.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADtica_p%C3%BAblica>. Acesso em: 24 ago 2006.

RINALDI, Ana Carolina. **O adolescente em conflito com a lei para além das grades**: um estudo exploratório sobre a proposta socioeducativa da medida de internação realizada no Centro de Socioeducação de Toledo-PR. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Bacharelado em Serviço Social. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2008.

RINALDI, Ana Carolina. **Construção Aproximativa:** Centro de Socioeducação. Toledo 2007.

SANTOS, Edvane de Oliveira dos. **Dossiê de Estágio Supervisionado I e II**. Curso de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. UNIOESTE *campus* de Toledo. Toledo (PR), 2009.

TEIXEIRA, M.L. (2005). **Até quando? O adolescente e o futuro: nenhum a menos**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Sites consultados:

Família. Disponível em: www.familia.pr.gov.br. Acesso em 07/11/2012.

SEDS. Disponível em: www.seds.pr.gov.br**.** Acesso em 07/11/2012.

Aprendiz. Disponível em www.uol.com.br/aprendiz/n_colunas/g_piolla/id140202.htm Acesso em 26/02/2014.

Conselho Tutelar: Disponível em: www.portaldoconselhotutelar.com.br/capa.htm Acesso em 07/11/2012.

Âmbito Jurídico. Disponível em: www.ambitojuridico.com.br/site/index.php Acesso em: 17/02/2014

OABRS. Disponível em: www.oabrs.org.br/novo/ Acesso em: 16/05/2014.

Conselho Federal de Psicologia, 2006. Disponível em: http://www.pol.org.br/publicacoes/Jornal.cfm Acesso em: 22/08/2014

Unesco. Disponível em: www.unesco.org.br/ Acesso em: 15/06/2014

Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Disponível em: www.tj.rj.gov.br/instituc/1instancia/infan_juventude/ Acesso em: 29/08/2014

IBGE. Disponível em**:** www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm Acesso em: 03/09/2014

IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br/7a12/conhecer_brasil/default.php?id_tema_menu=2&id_tema_submenu=5 Acesso em 03/09/2014

ANEXO I – RESOLUÇÃO DE CRIAÇÃO DA COMISSÃO

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA

CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RESOLUÇÃO Nº 38/2011

Súmula: Aprova a criação da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em reunião extraordinária realizada no dia 28 de Novembro de 2011, no Auditório da Secretaria Municipal de Assistência Social, sito à Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 167, Vila Pioneiro.

RESOLVE:

Art. 1º – Criar a Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo, Paraná.

Art. 2º – A referida Comissão será composta por representantes das instituições abaixo relacionadas:

- 01 representante e respectivo suplente do CENSE - Centro de Socioeducação de Toledo;
- 01 representante e respectivo suplente do SAI - Serviço Auxiliar da Infância e Juventude, Comarca de Toledo;
- 01 representante e respectivo suplente do Conselho Tutelar;
- 01 representante e respectivo suplente do CREAS I – Medidas Socioeducativas em Meio Aberto;
- 01 representante e respectivo suplente do Batalhão da Polícia Militar;
- 01 representante e respectivo suplente do Núcleo Regional de Educação;
- 01 representante e respectivo suplente da UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná;
- 01 representante e respectivo suplente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo.

Art. 3º – A Comissão se reunirá bimestralmente ou extraordinariamente sempre que se fizer necessário;

Art. 4º – A Comissão deverá prestar contas de suas ações ao CMDCA sistematicamente e sempre que for necessário;

Art. 5º – A Comissão indicará entre seus membros uma coordenação responsável pela organização de suas atribuições e encaminhamentos;

Art. 6º – Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 28 de Novembro de 2011.

Rejane Marlene Linck Neumann
Presidente CMDCA

ANEXO II– RESOLUÇÃO 10/2012

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RESOLUÇÃO 10/2012

Súmula: Aprova composição da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em reunião ordinária realizada no dia 01 de Março de 2012, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro e,

CONSIDERANDO a Resolução CMDCA nº 38, de 28 de Novembro de 2011, que Cria a Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas;

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar a composição da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo/PR, com os seguintes membros:

I – Representantes do Centro de Socioeducação de Toledo – CENSE:

Titular: Ricardo José Devis

Suplente: Fabiano Flores

II – Representantes do Serviço Auxiliar da Infância e Juventude, Comarca de Toledo – SAI:

Titular: Teresa Maria Miranda Carvalho

Suplente: Rita Adriana Borges dos Reis Shicarelli Ruiz

III - Representantes do Conselho Tutelar:

Titular: Silvania Dalberto Alves

Suplente: Luzinete Savaris

IV - Representantes do CREAS I – Medidas Socioeducativas em Meio Aberto:

Titular: Jarbas Aragão

Suplente: Martha Regina Rhor

V – Representantes do 19º Batalhão da Polícia Militar:

Titular: 1º Ten. Denise Rauber de Souza

Suplente: 2º Sgt. Vanderlei Donizete Rodrigues

VI - Representantes do Núcleo Regional de Educação de Toledo:

Titula: Marlise Holffstaeter Zanini

Suplente: Celito Francisco Zanon Rossato

VII - Representantes da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE:

Titular: Zelimar Soares Bidarra

Suplente: Índia Nara Smaha

VIII – Representantes do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo – CMDCA:

Titular: Marilia Borges

Suplente: Keila Mariano Bet.

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 01 de Março de 2012

Rejane Marlene Linck Neumann
Presidente CMDCA

ANEXO III – RESOLUÇÃO 44, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA
Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família - SMAS

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RESOLUÇÃO 44, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012.

Delibera pela alteração da composição da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo/PR.

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo (CMDCA), em conformidade com o artigo 23 da Lei Municipal Nº 2.043/2010, em reunião ordinária realizada no dia 24 de Outubro de 2012, nas dependências da Central de Conselhos, sito à Rua Sete de Setembro, 1134, Centro.

Considerando a Resolução do CMDCA nº 38, de 28 de novembro de 2011, de 24 de agosto de 2011, que institui a Comissão Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo/PR.

RESOLVE:

Art. 1º – Alterar a composição da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo, Paraná, com as seguintes representações.

01 representante e respectivo suplente do CENSE - Centro de Socioeducação de Toledo;

01 representante e respectivo suplente do SAI - Serviço Auxiliar da Infância e Juventude, Comarca de Toledo;

01 representante e respectivo suplente do Conselho Tutelar;

01 representante e respectivo suplente do CREAS I – Medidas Socioeducativas em Meio Aberto;

01 representante e respectivo suplente do Batalhão da Polícia Militar;

01 representante e respectivo suplente do Núcleo Regional de Educação;

01 representante e respectivo suplente da UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná;

01 representante e respectivo suplente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo;

01 representante e respectivo suplente da Secretaria Municipal de Saúde;

01 representante e respectivo suplente da Secretaria Municipal de Educação;

01 representante e respectivo suplente da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer;

01 representante e respectivo suplente da Secretaria Municipal da Cultura;

01 representante e respectivo suplente da 20ª Regional de Saúde.

Art. 2º – A Comissão se reunirá mensalmente ou extraordinariamente sempre que se fizer necessário;

Art. 3º – A Comissão deverá prestar contas de suas ações ao CMDCA sistematicamente e sempre que for necessário;

Art. 4º – A Comissão indicará entre seus membros uma coordenação responsável pela organização de suas atribuições e encaminhamentos;

Art. 5º - Esta resolução entrará em vigor a partir de sua publicação, ficando revogada a Resolução do CMDCA nº 10, de 01 de março de 2012, que dispõe sobre a composição da Comissão Municipal Intersetorial de Medidas Socioeducativas de Toledo, Paraná.

Toledo, 24 de Outubro de 2012

Rejane Marlene Linck Neumann
Presidente CMDCA

ERRATA

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Toledo/PR, vem por meio deste publicar errata em relação a Resolução 44/2012, publicado na edição nº 637 pág. 3 e 4, de 07 de Novembro de 2012, do Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo/PR.

Incluir no Art. 1º:

- 01 representante e respectivo suplente da Secretaria Municipal da Juventude.

Toledo, 11 de Dezembro de 2012.

Rejane Marlene Link Neumann.

Presidente do CMDCA

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

ATOS DO PODER EXECUTIVO

DECRETO Nº 988, de 27 de novembro de 2023

Aprova o Documento Norteador “Atenção Primária à Saúde - Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População de Toledo”.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõe a alínea “g” do inciso I do *caput* do artigo 61 da Lei Orgânica do Município,

considerando a necessidade de se instrumentalizar e estabelecer um eixo norteador para o trabalho a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do Município, objetivando o atendimento, cada vez mais eficiente, dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

considerando que o Conselho Municipal de Saúde de Toledo, em reunião ordinária realizada no dia 21 de novembro de 2023, apreciou o Documento Norteador da Atenção Primária à Saúde, objeto deste Decreto, conforme Resolução nº 029, de 24 de novembro de 2023,

DECRETA:

Art. 1º - Fica aprovado o Documento Norteador “Atenção Primária à Saúde - Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População de Toledo”, conforme anexo que integra este Decreto.

Parágrafo único - O Documento de que trata o *caput* deste artigo estabelece as diretrizes e normativas para a organização e o desenvolvimento das atividades administrativas e assistenciais nas Unidades Básicas de Saúde do Município.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 27 de novembro de 2023.

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI
SECRETÁRIA DA SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO NORTEADOR
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

COMPROMISSO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO DE TOLEDO

TOLEDO
NOVEMBRO, 2023

Prefeito do Município de Toledo

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Vice-Prefeito Município de Toledo

Ademar Lineu Dorfschmidt

Secretária Municipal da Saúde

Gabriela Almeida Kucharski

Diretora da Rede de Atenção Primária à Saúde

Tatiane Veiga Rodrigues

Grupo de Trabalho

Alcione Correia de Lima

Alvino Camilo da Silva

Eveline Bender

Juliana Beux Konno

Mayara Angelica Bolson

Naila Mendes Cavallini

Nilson Fabris

Rejane Ecker

Sirlene De Fatima Da Silva Dela Torre

Taise Pereira Ribeiro Alberghini

Colaboradores

Alexandre Hackenhaar

Raquel Wammes Schwab

George Soares Gonçalves

SUMÁRIO

SUMÁRIO 2
APRESENTAÇÃO 4
1. INTRODUÇÃO 5
2. ATENÇÃO BÁSICA 6
3. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 7
4. CARTEIRA DE SERVIÇOS DA APS 7
5. PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 7
6. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO 8
Identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) 8
Funcionamento da Unidade Básica de Saúde 9
Painel de Informação 10
Recepção/Administrativo 10
Cadastros/Atendimentos 11
Prontuários / Arquivo 13
Cadastro de Famílias 14
7. ATRIBUIÇÕES 14
Atribuições comuns a todos os integrantes da equipe 14
Atribuições do Gerente 17
Atribuições do Enfermeiro 20
Atribuições do Médico 22
Atribuições do Técnico em Enfermagem 22
Atribuições do Agente Comunitário de Saúde 23
Atribuições do Odontólogo 24
Atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB) 25
Atribuições do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) 26
Atribuições do Departamento de Atenção Primária à Saúde 27
8. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS 28
Acolhimento 29
Agendamento de Consultas 29
Agendamento de Consultas Odontológicas 31
Consulta Médica 33
Consulta de Enfermagem 35
Consulta Odontológica 36

Atendimento pela Equipe Multiprofissional....37
Quebra de Vínculo....37
Vacina....37
Dispensação de Medicamentos/Materiais....38
Visita Domiciliar/ Atendimento Domiciliar....39
Ações Coletivas....40
Trabalho em Equipe....41
Estudo de Casos....41
Ouvidoria SUS do Município....41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....43

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde tem a missão de ofertar um serviço de saúde de qualidade e que atenda às necessidades da população, numa cidade com pouco mais de 150 mil habitantes. A Rede de Atenção Primária em Saúde é constituída por 27 Unidades Básicas de Saúde, 27 Equipes de Saúde da Família – ESF, 15 Equipes de Atenção Primária – EAP. Além de contar com 01 Ambulatório Materno Infantil – AMI, 01 Ambulatório de Feridas e Ostomias e equipes atuando no CERTI Pioneira, CERTI Coopagro e Casa Abrigo. O maior desafio consiste na busca da garantia dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, apresenta este documento para instrumentalizar e apontar um eixo norteador para o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

O documento norteador "Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População de Toledo", visa subsidiar os gerentes e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, bem como, a população e o Conselho Municipal de Saúde, com ferramentas que possam potencializar o trabalho desenvolvido e os seus resultados, estabelecendo diretrizes para a organização do serviço nas atividades administrativas e assistenciais.

1. INTRODUÇÃO

A organização e o desenvolvimento da Atenção Básica é uma tarefa compartilhada entre a Secretaria Municipal de Saúde, coordenadores de programas e/ou unidades, profissionais de saúde, instituições parceiras e com a participação da população. A ação conjunta de todos estes atores deverá resultar no acesso da população a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade, atendendo os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

O processo de trabalho das unidades de saúde deve estar pautado nas necessidades em saúde da população, frente ao levantamento epidemiológico. O trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos, ao contrário, se dá sobre pessoas, com base numa intersecção partilhada entre usuário e o profissional, no qual o primeiro é parte desse processo.

Para a construção de um novo modelo de atenção, centrado no usuário e comunidade, inserido no contexto familiar e social, é fundamental repensar o processo de trabalho, que tem como finalidade a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover um empoderamento, tanto do usuário, como da equipe de saúde. Esse processo está orientado pelos princípios da integralidade e da equidade e requer como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculos do usuário/comunidade/equipe de saúde, além das linhas guias estaduais e os protocolos clínicos e especializados municipais, estaduais e federais.

O processo de trabalho precisa ser estruturado no trabalho em equipe, o qual deve estabelecer um projeto comum em que a atuação especializada de cada profissional se complemente e possa construir uma ação de integração entre os profissionais e usuários. Nesse sentido, os gerentes de Unidades Básicas de Saúde são profissionais essenciais para o desenvolvimento do processo de trabalho, em parceria com os profissionais das Unidades de Saúde do Município.

Sabe-se que a coordenação em saúde é uma atividade-meio, cujas ações fundamentais são a articulação e a integração, ao mesmo tempo em que desencadeia a reflexão, a reorganização e o aperfeiçoamento do processo de trabalho, através do que, espera-se transformar a realidade local, por dar uma resposta mais adequada às necessidades de saúde da população, aumentando com isso a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde e o vínculo com a comunidade.

O resultado das ações e serviços será monitorado permanentemente por meio de indicadores oficiais, instrumentos de gestão como PMS (Plano Municipal de Saúde), a PAS (Programação Anual de Saúde), o RAG (Relatório Anual de Gestão), de dados oficiais

provenientes de sistemas como o e-SUS, e-Gestor e SISAB (Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica), e ainda através de relatórios do próprio sistema informatizado do município e de pesquisas do grau de satisfação da população e dos trabalhadores.

2. ATENÇÃO BÁSICA

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017,

> *"Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária". (PNAB, 2017)*

Ainda segundo a PNAB, 2017 a Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

A Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e orienta-se pelos princípios do SUS da universidade, integralidade, equidade e da continuidade da atenção à saúde, responsabilização, humanização, acessibilidade (ao sistema), vinculo e participação social.

No município de Toledo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão organizadas em equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, que definem ações tomando por base o seu território e as necessidades em saúde da população, onde o trabalho deve ser desenvolvido, prioritariamente, por meio do enfoque familiar e comunitário.

De acordo com a Portaria nº 2.979 de novembro de 2019, a UBS com a equipe de ESF implantada deverá atender no máximo 4.000 pessoas cadastradas por equipe. A UBS com equipe de EAP 20 horas, 2.000 pessoas cadastradas e a EAP de 30 horas, 3.000 pessoas cadastradas. As UBS dos interiores que não se enquadram nos modelos acima devem atender a sua população de acordo com o seu território e com as equipes existentes em cada UBS, e quando necessário encaminhar para a UBS de sua referência.

3. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

4. CARTEIRA DE SERVIÇOS DA APS

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde é um documento que visa nortear as ações de saúde na APS com forte reconhecimento da clínica multiprofissional.

É um instrumento que visa contribuir para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS e uma ferramenta de gestão do cuidado.

Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Promoção à Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal”

5. PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O processo de trabalho na Atenção básica está pautado, entre outros, pelos princípios da integralidade e da equidade, as ações nas Unidades Básicas de Saúde deverão estar:

- Centrados na Vigilância em saúde, influenciando nos diferentes momentos do processo saúde doença, buscando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a atenção curativa e reabilitadora, com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população adstrita;
- Integrados com os outros níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade e qualidade da atenção prestada à população;
- Trabalhar intersetorialmente, de forma articulada, com os demais setores da sociedade.
- Seguir as linhas guias e protocolos implantados no município e no Estado;
- Trabalhar com as condições crônicas para a prevenção secundária e terciária, bem como, para evitar a agudização das mesmas.
- Conhecer a realidade da população que reside na área de abrangência da Unidade, nos seus aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os

problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição, através de mapas construídos pela própria equipe, pelas fichas de cadastro de imóveis e do cadastro familiar e-SUS e/ou por outros meios considerados relevantes pela equipe (como planilhas, tabelas, etc..).

- Elaborar um planejamento de ações anual a ser desenvolvido pelas equipes das Unidades, baseado no diagnóstico de saúde da população, indicadores de saúde, incluindo as ações contempladas nos instrumentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como programar atividades e reestruturar o processo de trabalho, com a participação da comunidade.
- Executar ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, outras doenças infectocontagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis relacionadas com o trabalho e o meio ambiente;
- Prestar assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectada na população, respondendo de forma continua e racionalizada à demanda;
- Organizar os serviços e resolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando o vínculo com o usuário;
- Desenvolver processos educativos com a população, através de grupos comunitários e/ou tecnologias leves, focando nos aspectos de melhoria da saúde e da qualidade de vida;
- Promover ações intersetoriais, multiprofissionais, com organizações comunitárias, formais e informais, para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde, na prevenção e promoção da saúde, assim como outras parcerias possíveis.
- Conhecer as lideranças locais, na busca de estabelecer parcerias, para orientações à população e desenvolvimento de atividades conjuntas, mantendo cadastro atualizado das mesmas, nas UBS.

6. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS)

- Todas as unidades devem possuir placa de identificação visível no padrão a ser definido pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Os setores internos das unidades devem apresentar identificação de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultório, etc), conforme padrão do município;

- Toda unidade deve manter um Placar da Saúde com atualização mensal das consultas e procedimentos realizados na unidade, e demais informações que a equipe julgar necessário. O placar deverá estar afixado em local visível ao público.
- Toda unidade deve manter, em local visível ao público, o horário de atendimento da UBS, identificação do gerente da Unidade, quem são os profissionais que atuam na Unidade com horário e dia da semana de atendimento, informar quando houver grupos com seus dias e horários, assim como informar os dias e horários de visitas domiciliares e, ainda, informar quando houver funcionários em férias/licenças e com atestados prolongados maiores que 07 dias.
- Toda unidade deve manter em local visível ao público a relação de serviços disponíveis na UBS.
- Toda unidade deve manter em local visível ao público o Mapa de abrangência com a cobertura de cada equipe, número da ouvidoria do SUS e número do Conselho Municipal de Saúde.
- Identificar se a UBS é campo de estágio para práticas acadêmicas.

Funcionamento da Unidade Básica de Saúde

- Todas as ESF de acordo com a realidade local deve oferecer atendimento por meio de demanda espontânea (mínimo de 50%) e demanda agendada (máximo de até 50%).
- Todas as EAP, de acordo com a realidade local deve oferecer atendimento por meio de demanda espontânea (mínimo de 60%) e demanda agendada (no máximo de até 40%).
- Todas as unidades devem realizar o primeiro atendimento às situações de urgência e emergência, buscando sua estabilização e, se necessário, fazer contato com o serviço de transporte sanitário (SAMU 192) para o devido encaminhamento aos serviços de referência. O profissional médico e demais componentes da Equipe que esteja em atendimento ao usuário, não poderão se ausentar da Unidade, enquanto não tenha ocorrido a remoção do paciente, conforme normativa 07/2022. Em situações que o atendimento ultrapassar o horário da jornada de trabalho, o gerente deverá ser comunicado para o preenchimento do formulário de horas extras.
- As unidades devem acolher os pacientes que procuram o serviço, realizar a escuta, identificando a sua necessidade, orientando e ofertando o encaminhamento conforme a demanda apresentada.

- Qualquer medida ou intercorrência que comprometa o funcionamento da unidade ou o acesso/atendimento aos usuários deve, obrigatoriamente, ser comunicado e discutido com o Departamento de Atenção Primária à Saúde.
- Todas as unidades, visando um adequado acesso e atendimento às necessidades de saúde apresentadas pelo usuário, terão, em seu rol de serviços, pequenos procedimentos, tão logo haja disponibilidade de material e capacitação dos profissionais que assim necessitarem.
- Salas de vacinas e curativos, devido a organização do ambiente, podem fechar 30 minutos antes do final do expediente. Constitui-se exceção a necessidade de aplicação da vacina antirrábica, a qual deve ser aplicada mesmo em tal horário.
- Todas as unidades podem utilizar senha para melhoria do acesso e organização do processo de trabalho, mas não pode restringir o número de senhas liberadas por período, ou seja, os atendimentos devem ser até o horário de término do expediente, com orientações frequentes e contínuas à população, sobre tal prática e sobre o adequado uso do serviço.

Painel de Informação

As unidades devem disponibilizar, em local visível e de fácil acesso, um painel de informações contendo:

- Horário de atendimento da unidade de saúde;
- Mapa da área de abrangência e relação de ruas limites do território;
- Relação nominal de profissionais e horário de trabalho;
- Relação de serviços oferecidos;
- Data/horário/local de reuniões com a comunidade, quando houver. As reuniões com a comunidade também devem ser avisadas com antecedência à Secretaria de Saúde, mais especificamente ao Departamento de Atenção Primária à Saúde;
- Todas as unidades devem manter o mapa da área de abrangência disponível para a população em local visível, e nas unidades contempladas com ESF a divisão da área de abrangência de cada equipe;

Recepção/Administrativo

Os usuários dos serviços de saúde, devem ser acolhidos pelos profissionais da recepção/ACS encaminhados para o acolhimento da equipe de enfermagem e direcionados aos

demais setores, jamais ser dispensado da UBS pela recepção, sem receber as informações e os encaminhamentos adequados para cada caso, salvo quando a solicitação for apenas de informações e agendamento para datas futuras.

O atendimento na recepção deve ser pautado por:

- Acolher o usuário adequadamente, respeitar seus direitos e deveres, ouvir suas queixas e necessidades, buscar as informações necessárias de forma a resolver e encaminhar de forma correta, na busca da resolutividade conforme a queixa apresentada.
- Preencher novos cadastros e atualizar os já existentes, digitar os campos corretamente, ficando proibido o uso de abreviações, ou outros caracteres, atentar-se para a escrita conforme documento do usuário.
- Os documentos necessários para atualização do cadastro e demais atendimentos nas Unidades de Saúde são: Comprovante de endereço atualizado com validade de 3 meses, CPF, documento com foto e CNS;
- Não serão aceitas fotos dos documentos.
- Vincular no cadastro do usuário a área/equipe e a unidade que pertence.
- Preencher na aba ficha individual a parte inicial e vincular ao profissional de referência da área.
- Atualizar e emitir, quando necessário, o Cartão Nacional de Saúde.
- Agendar os atendimentos de forma correta, atentando-se para o procedimento adequada para cada demanda, por exemplo: Consulta de Pré-natal, consulta puerperal, entre outros conforme orientações específicas.
- Permitir o agendamento de adolescentes a partir de 12 anos de idade desacompanhados, considerando que o profissional médico/enfermeiro tem autonomia para definir a continuidade do atendimento mediante a avaliação das condições de entendimento do adolescente sobre sua situação de saúde,

Cadastros/Atendimentos

Quando o usuário pertencer à área adstrita da UBS deve ser atendido em suas necessidades. Quando o usuário não for da área de abrangência da UBS, verificar a necessidade apresentada, para atendimentos de vacina e farmácia os usuários deverão ser atendidos independente do território.

Pacientes com incompatibilidades de horários, assim como impossibilidade de ir a sua UBS, após avaliada a situação, poderá ser atendido nas demais unidades para procedimentos ambulatoriais. Em se tratando de medicação injetável, a primeira dose poderá ser administrada na unidade em que medicação foi retirada e as doses subsequentes na unidade de referência do usuário. Os casos de curativos simples, nebulização, retirada de pontos, entre outros procedimentos simples, poderá ser realizados independentemente do território conforme disponibilidade da equipe e necessidade do paciente.

Quando tratar-se de situação de urgência ou emergência deve ser atendido, de forma imediata, indiferente da unidade de origem.

Qualquer atendimento e/ou procedimento voltado ao usuário, deve ser registrado em prontuário eletrônico, OBRIGATORIAMENTE.

O cadastro dos usuários das Unidades de Saúde deve conter nome e endereço completo (sem abreviaturas), pontos de referência, telefone residencial, celular, comercial ou de contato, nome dos pais completos e sem abreviaturas, data de nascimento, raça, escolaridade, ocupação, número dos documentos pessoais (RG, CPF, cartão SUS), área de abrangência e micro área, quando houver.

Tipos de cadastros:

- **De usuário**: realizado pela recepção nas Unidades Básicas de Saúde, mas deve ser atualizado por toda equipe de saúde.
- **Imóvel e familiar**: realizado no domicílio, pelo Agente Comunitário de Saúde. O cadastro familiar será realizado tão logo uma família se instale na residência da área de abrangência para iniciar o acompanhamento de saúde na unidade de referência, ou residentes no território aos quais não possuem cadastro. Assim como a atualização dos mesmos sempre que houver mudanças principalmente na ficha de situação em saúde.
- **Ficha individual**: o seu preenchimento deve ser realizado pelo ACS, mas o vínculo pode ser realizado por toda equipe de saúde.
- Os usuários com necessidade de atendimento, residentes em outros municípios, independente de vínculo familiar com usuários da área de abrangência da unidade de saúde serão acolhidos e orientados, se necessário, a buscar atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento. Ressalte-se que em se tratando de situação de urgência /emergência, deverá ser realizado o primeiro atendimento, buscando a estabilização do quadro clínico e, se necessário, fazer contato com o serviço de transporte sanitário (SAMU 192) para o devido encaminhamento aos serviços de referência.

- Prescrições realizadas em Unidades de Urgência e Emergência, da Secretaria de Saúde do Município de Toledo, para usuários residentes em outros Municípios, não serão aviadas nas Unidades de Saúde do Município de Toledo, devendo tais usuários serem orientados a fazer a retirada da medicação em seus Municípios de origem.

Prontuários / Arquivo

As informações contidas no prontuário pertencem ao usuário ou o responsável legal, respeitados os preceitos éticos, ficam sob a guarda das unidades não podendo ser retirados sem autorização expressa.

Qualquer usuário que necessite de cópia de seu prontuário deve ser orientado a procurar a Prefeitura Municipal de Toledo, no setor de Protocolo, e realizar protocolo com a solicitação de cópia do prontuário e período desejado. O prontuário, ou sua cópia, em hipótese nenhuma, deve ser entregue por qualquer serviço de saúde da atenção básica do município, ao usuário ou qualquer outro solicitante.

Todo e qualquer atendimento realizado deve ser OBRIGATORIAMENTE registrado em prontuário eletrônico do paciente, por todos os profissionais. Não sendo possível no momento do atendimento (ex.: queda de energia e/ou ausência de acesso à internet), o mesmo deve ser posteriormente registrado em prontuário eletrônico, conforme instrução normativa Nº 11 de 30 de outubro de 2023.

As unidades têm responsabilidade de arquivar todos os prontuários e demais documentos dos prontuários dos pacientes por um período de 20 anos (Resolução – CFM 1.821/2007), a contar da data do último registro de atendimento do paciente, devendo haver a organização de um arquivo específico para tal, nas Unidades de Saúde.

Observação: Os documentos que podem ser digitalizados e anexados no prontuário eletrônico não precisam ser arquivados.

Quando solicitada cópia de prontuário, que possivelmente seja em papel, via protocolo, haverá contato telefônico, por parte da profissional responsável na Secretaria de Saúde, a qual solicitará que tal prontuário seja encaminhado, via malote, em envelope lacrado, aos cuidados da mesma, à Secretaria de Saúde. O prontuário será devolvido a unidade tão logo quanto possível, da mesma forma.

Cadastro de Famílias

- Recomenda-se que cada equipe de saúde da família assista até 4000 pessoas.
- Cada ACS devera cobrir uma área com limite máximo de 750 pessoas e, em média, 250 famílias, respeitando a recomendação inicial da realidade geográfica, econômica e sociopolítica da área, considerando a densidade populacional e o acesso à Unidade Básica de Saúde.
- A identificação dos cadastros das famílias, com sua numeração e respectivas numerações do domicílio devem ser realizados sequencialmente, iniciando pelo primeiro domicílio de cada micro área.
- O número da família, deve estar vinculado ao IMÓVEL, com sua numeração da micro área.
- Recomenda-se que as unidades de saúde com ESF efetuem uma reavaliação ANUAL do território, para possível readequação.

7. ATRIBUIÇÕES

Atribuições comuns a todos os integrantes da equipe

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação municipal para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação, conforme normativa vigente;

- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informações e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.
- Orientar e encaminhar o usuário para o setor onde será realizada a consulta, atendimento ou procedimento, conforme a agenda e/ou necessidade apresentada;
- Manter atualizadas as planilhas municipais dos grupos prioritários, hipertenso, diabéticos, crianças, gestantes, idoso, saúde mental, tuberculose, hanseníase e demais instituídas de acordo com os programas federais, estaduais e municipais.
- É de extrema importância a orientação a todos os usuários referente aos atendimentos na sua unidade de referência, para manter o vínculo com a equipe do seu território.

Atribuições do Gerente

- Encaminhar as alterações de recursos humanos ao Setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde.
- Participar juntamente com a equipe do processo de territorialização e realizar diagnóstico situacional de saúde para planejar e programar ações das equipes com base na necessidade de cada território.
- Levantar e identificar as lideranças e os equipamentos sociais do território, bem como as empresas e demais serviços com o intuito de formar parcerias com a unidade de saúde.
- Manter atualizado o CNES da unidade, lista de funcionários atualizada, com nome, profissão, carga horária, dias trabalhados, telefone, número de conselho de classe, com cópia dos respectivos diplomas, registros de classe e situação vacinal (cópia do cartão de vacinas atualizado);
- Monitorar os indicadores de saúde para avaliação do serviço e identificação dos problemas estimulando discussão em equipe.
- Dispor de escala de trabalho dos técnicos de enfermagem por setor, conforme rodízio instituído na UBS;

- Capacitar e sensibilizar a equipe da unidade de saúde para o cumprimento das diretrizes da atenção Básica, ser o elo entre a comunidade e a equipe e promover a integração da equipe.
- Conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS), participar e fomentar o envolvimento dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, e apoiar o cuidado continuado (referência e contrarreferência) entre equipes e pontos de atenção.
- Organizar escala de férias, folgas, compensações de horas, dos servidores da Unidade, zelando pela adequada manutenção dos serviços. Quando se tratar de servidor que atue em mais de uma Unidade de Saúde tal organização e dispensa deverá se dar em conjunto com a Gerência dos demais locais de atuação do servidor.
- Mediar conflitos e resolução de problemas das equipes sob sua supervisão.
- Monitorar e avaliar, com os demais profissionais, os resultados produzidos pelas equipes, propondo estratégias para o alcance de metas estipuladas.
- Sensibilizar a equipe sobre a importância das notificações compulsórias, discutir em reunião de equipe a lista de notificações realizadas no mês para conhecer o perfil epidemiológico do território.
- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência.
- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe.
- Supervisionar o registro de limpeza concorrente e terminal, em áreas críticas e semicríticas, além dos aparelhos de ar condicionado, da UBS;
- Supervisionar o adequado registro da temperatura e limpeza da geladeira/câmara de vacinas e da farmácia.
- Confeccionar e manter atualizados os POPs conforme fluxo e rotinas da UBS.
- Manter ficha de entrega de Equipamentos de Proteção Individual, dos profissionais, preenchidos e arquivados na sala de coordenação;
- Acompanhar, orientar e apoiar a execução das atividades desenvolvidas, monitorar a produção dos ACS, número de cadastros realizados, cadastros faltantes da área de abrangência, visitas domiciliares e demais ações desenvolvidas, coordenando os mesmos e suas atividades juntamente com o enfermeiro da equipe.
- Propor, discutir, orientar e planejar ações desenvolvidas na UBS juntamente com a equipe.
- Organizar a agenda médica, de enfermagem e odontológica.

- Coordenar reuniões de equipes, mensais ou quinzenais, conforme característica da unidade as quais devem ser registradas em ata e lançar no sistema em atividades coletivas zelando pela efetividade das mesmas.
- Desenvolver ações de Educação Permanente e capacitações, para a(s) Equipe(s), no âmbito da UBS, bem como, pelo seu adequado registro, devendo conter um cronograma de ações, no planejamento anual da Unidade de Saúde.
- Realizar treinamento para ACS, das fichas E-SUS e tablets.
- Realizar a supervisão e apoio à todas as atividades e ações desenvolvidas no âmbito da Unidade de Saúde, ou mesmo, fora dela, quando desenvolvida por profissionais da Unidade.
- Promover a articulação entre a atenção básica e a vigilância em saúde, garantido as ações do setor.
- Monitorar o preenchimento da planilha de ITU/Sífilis e o encaminhamento das notificações.
- Monitorar o encaminhamento do relatório mensal de Oxigenioterapia;
- Monitorar o preenchimento correto da planilha de citopatológico, cabe ao gerente realizar um cronograma anual para o controle do estoque e os lançamentos dos laudos.
- Enviar até fevereiro de cada ano o planejamento anual da UBS, contendo ações previstas, educação continuada, cronograma das reuniões de equipe e campanhas.
- Seguir a legislação sanitária vigente e manter as documentações pertinentes atualizadas;
- Solicitar vistorias do Corpo de Bombeiros nas UBSs;
- Monitorar o registro das atividades coletivas no sistema informatizado e arquivar na Unidade a lista de presença relativa a tais atividades.
- Ter lista patrimonial atualizada e conferida semestralmente; se assim desejar, organizar relação de patrimônio por sala, levantando também em que condições se encontram.
- Relacionar e garantir a guarda dos materiais inservíveis patrimoniados da unidade, solicitando baixa de bens quando não mais utilizáveis através da abertura de chamado para o setor administrativo/financeiro da SMS.
- Comunicar o setor administrativo/financeiro através de chamado bens que forem emprestados ou transferidos para outras unidades.
- Realizar o boletim de ocorrência (B.O.) sempre que verificado o desaparecimento de qualquer material permanente e encaminhar cópia do B.O. para a Direção do Departamento de Atenção Básica.

- Quando houver a mudança de gerente deve ser realizado a conferência dos bens, uma vez que são responsáveis pelos mesmos na Unidade. A conferência visa dar maior segurança, uma vez que ao assumir a gerência de determinada Unidade o mesmo passa a responder por eles.
- Realizar quinzenalmente a solicitação de insumos para o almoxarifado de acordo com a necessidade de cada unidade, lembrando que deverá ter registro de controle de entrada e saída de seus materiais, sendo realizado baixa dos produtos pelo controle, antes da solicitação de pedido para almoxarifado central.
- Garantir estoque mínimo e realizar o remanejamento de grandes quantidades de estoque. Não realizar estoque na UBS/ESF para grandes temporadas, visto que o pedido é quinzenal.
- Organizar a saída de estoque de acordo com a realidade de cada unidade de saúde, diariamente, semanalmente ou quinzenalmente.
- Manter o controle do recebimento dos materiais, quanto a conferencia, confirmar entrada no sistema, controle da validade, organização do estoque e ser comunicado pelo demais profissionais quanto a irregularidades no setor.
- Planejar e executar as ações previstas no Planejamento Anual de Saúde, no Plano Municipal de Saúde e demais ações previstas no planejamento anual.

Atribuições do Enfermeiro

- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas ao seu território, quando necessário e indicado, no domicilio, e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras) em todos os ciclos de vida, conhecer o perfil epidemiológico da população adstrita para o planejamento das ações.
- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- Realizar estratificação de risco da população do território de abrangência, elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território e manter o acompanhamento dos pacientes juntamente com os demais membros da equipe;

- Preencher a contra referência juntamente com a equipe, dos pacientes acompanhados na atenção secundária;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem
- Coordenar as atividades desenvolvidas pelos ACS, número de vistas domiciliares, busca ativa, atualização dos cadastros, cadastros novos, territorialização, identificação dos grupos vulneráveis e as subpopulações, manter mapa do território atualizado e programar atividades na sala de espera da unidade de saúde.
- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem;
- Implementar e auxiliar o gerente a manter atualizadas as rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS;
- Acompanhar e conferir mensalmente o fechamento do relatório de vacinas;
- Realizar o preenchimento da planilha de ITU/Sífilis, notificação e acompanhamento dos casos;
- Preencher corretamente a planilha de citopatológico, fazer o controle do estoque solicitar quando necessário e realizar o lançamento dos laudos.
- Monitorar rotineiramente, o número de gestantes na área de abrangência, número de crianças menores de dois anos, hipertensos e diabéticos, acamados, portadores de tuberculose e hanseníase em tratamento, idosos, preferencialmente dispostos em planilhas, conforme estratificação de risco.
- Realizar mensalmente o fechamento do relatório de Testes rápidos bem como solicitar a reposição do mesmo, conforme rotina estabelecida na unidade básica de saúde.
- Discutir com a equipe os relatórios dos indicadores de saúde e do previne Brasil e as estratégias para que os mesmos sejam alcançados;
- Solicitar e manter atualizada a anotação de Responsabilidade Técnica;
- Elaborar e ou auxiliar na resposta de ofícios encaminhados a unidade básica de saúde.
- Participar das audiências concentradas quando convocado.
- Planejar e executar as ações previstas no Planejamento Anual de Saúde, no Plano Municipal de Saúde e demais ações previstas no planejamento anual.

Atribuições do Médico

- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal).
- Realizar estratificação/reestratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições do Técnico em Enfermagem

- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, recebimento de materiais e conferencia, controle de estoque, aferição de sinais vitais, acolhimento, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação;
- Colaborar em ações desenvolvidas conforme cronograma da UBS.
- Realizar a limpeza concorrente nas bancadas/mesas e equipamentos médicos hospitalares diariamente;
- Manter os setores organizados e com reposição de materiais diariamente;

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;
- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;
- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
- Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- Realizar busca ativa quando solicitado, participar de estudos de casos e audiências quando convocado.
- Realizar atividades educativas na sala de espera da unidade de saúde;

Atribuições do Odontólogo

- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB)

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico.
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições do Departamento de Atenção Primária à Saúde

- Coordenar as atividades das unidades básicas de saúde;
- Auxiliar na territorialização da área e micro áreas das unidades de saúde;
- Auxiliar na construção do planejamento anual das UBS;
- Monitorar e avaliar a execução das ações previstas no Planejamento Anual de Saúde, no Plano Municipal de Saúde e demais ações previstas no planejamento anual;
- Monitorar, avaliar os relatórios dos atendimentos das UBS;
- Auxiliar e orientar em dificuldades relacionadas à agenda e atendimentos aos usuários;
- Auxiliar e orientar em dificuldades relacionadas a profissionais da UBS.
- Construir, nortear, monitorar a adesão e observância aos protocolos clínicos implantados no município;
- Monitorar as bases de dados como SISAB, e-sus, sistema informatizado municipal, previne brasil, PSE, Bolsa família, entre outras fontes que o Ministério da Saúde utilize, para acompanhamento, avaliação, readequação de inconformidades;
- Monitorar indicadores do município, relacionados à atenção básica;
- Propor ações voltadas aos serviços e analisar os fluxos, monitoramento dos mesmos, com vistas à integralidade e longitudinalidade do cuidado, buscando fortalecer a rede de atenção à saúde;
- Subsidiar necessidades estruturais e de insumos para as UBSs;
- Manter atualizados os dados para repasse, em reunião de gerentes de UBS, conforme as demandas existentes e solicitadas;

- Promover e auxiliar na construção e análise de fluxos, protocolos e rotinas do serviço da atenção básica, conforme as necessidades apresentadas.
- Participar da comissão de licitação, para garantir insumos de qualidade e de acordo com as necessidades da atenção básica;
- Participar de Comissões Intersetoriais;
- Auxiliar na construção e análise dos instrumentos de gestão, junto ao Departamento de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde;
- Proporcionar e promover atividades educativas, capacitações e treinamentos, entre outros, conforme a necessidade e o planejamento apresentado pelas equipes, para educação continuada e permanente.
- Buscar a integração de ações junto à Vigilância em Saúde;
- Propor inovações, expansão e reorganização de serviços e do processo de trabalho, supervisionar e monitorar ações, no âmbito do Departamento de Atenção Primária e na rede de atenção à saúde do município.
- Participar de Audiências quando convocados;

8. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

De acordo com o modelo de atenção adotado pela UBS, as ações desenvolvidas são:

- Acolhimento;
- Consultas médicas e de enfermagem;
- Consultas Odontológicas;
- Visitas domiciliares;
- Grupos educativos;
- Dispensação de medicamentos
- Procedimentos curativo, administração de medicamentos, vacina, coleta de citopatológico, Teste rápido de IST, teste rápido de para detecção de SARS-COV2, sondagem vesical, sondagem nasogástrica/nasoenteral, inserção e retirada de DIU, retirada de pontos, lavagem otológica, entre outros de acordo com o Caderno de Atenção Primária nº 30 do Ministério da Saúde;

Para tanto, poderão ser utilizados mecanismos, como o acolhimento, que visando interferir nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orienta a demanda e organiza o

processo de trabalho e, por consequência, o serviço, possibilitando o adequado acesso e atenção qualificada à população assistida e adstrita.

Acolhimento

> *"Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (Campos, 2003)".*

O acolhimento na saúde é a construção de uma nova postura dos profissionais e do serviço, que visa à ampliação do acesso, com abordagem de risco e vulnerabilidade, como responsabilidade social, a construção de novos valores, tais como, solidariedade, compromisso e construção da cidadania. Consiste em uma escuta qualificada, a qual todos os funcionários da UBSs devem realizar, ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando-o ou encaminhando-o de acordo com a situação apresentada.

Realizar o acolhimento conforme instrução Normativa 01/2023.

Agendamento de Consultas

- Em relação ao agendamento, a Unidade de saúde deve se organizar para garantir o atendimento de consultas de demanda espontânea e imediata e consultas programadas. A **Demanda espontânea** consiste na procura do paciente a unidade de saúde de forma inesperada, seja por queixa aguda ou que o próprio paciente julgue necessidade de saúde. A demanda espontânea pode acontecer de duas formas: com casos de intervenção que podem ser programadas (não agudos) e de casos de atendimento imediato, prioritário (agudos). As **demandas programadas** referem-se aos atendimentos agendados previamente, um importante serviço para a atenção básica, pautada em ações preventivas (Mendes, 2017).
- A consulta do paciente deve ocorrer conforme programação do serviço (pré-natal, tuberculose, hipertensão, diabetes, puericultura, saúde mental, vaga por telefone para idoso e deficiente conforme lei nº 2.301, entre outros), considerando os protocolos existentes ou por demanda espontânea;
- A consulta deve ser agendada conforme os critérios estabelecidos no sistema de informação, sendo especificado, como consulta de pré-natal, consulta de acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento infantil, consulta puerperal, consulta/atendimento visita domiciliar, consulta na atenção básica, consulta na atenção básica exceto médico, consulta de urgência na atenção básica;

- Todos os procedimentos como peso, altura, pressão arterial e outros deverão ser realizados na pré-consulta. No pós consulta, quando solicitado exames, os usuários devem receber orientações adequadas e pertinentes, além de impresso com as orientações de preparo para a coleta dos exames.
- Quando se tratar de consultas de puericultura, se possível, a verificação ponderal deverá ser realizada no próprio consultório, não havendo assim a necessidade de retirar a roupa da criança em dois momentos, trazendo maior tranquilidade e conforto para os pais e para a própria criança;
- Para registrar as consultas dos profissionais de nível superior deve ser utilizado o prontuário eletrônico de acordo com o tipo de consulta. Todas as consultas e retornos devem ser agendados pela recepção, devido atualizações necessárias e encaminhamentos.
- O cartão da criança será preenchido em todas as consultas de Puericultura e ou acompanhamento, pelo executor da consulta.
- As consultas de pré-natal e puerpério devem ser anotadas na carteira da gestante, inclusive os resultados dos exames e as intercorrências. O registro na carteira da gestante deve ser realizado pelo executor da consulta.
- Toda e qualquer solicitação, prescrição, encaminhamento, deve conter assinatura, carimbo e data, além dos dados necessários para cada guia. Quando a solicitação estiver incompleta ou inelegível a mesma deverá ser devolvida ao local de origem.
- Em casos de solicitação de urgência e emergência, o regulador da central de especialidade deverá fazer a avaliação e devolver resposta ao médico solicitante, via sistema. **É de fundamental importância que os Médicos e/ou Enfermeiros da UBS verifiquem no sistema a devolutiva do Regulador.**
- Os atendimentos realizados por outros profissionais, equipe multiprofissional, devem constar em prontuário eletrônico, visto a necessidade de acompanhamento do caso por parte dos demais profissionais, visando a integralidade do cuidado ao usuário.

Agendamento de Consultas Odontológicas

- **Consulta Agendada:** agendar como Primeira Consulta Odontológica Programática. Este tipo de consulta será destinado para os pacientes do grupo prioritário (crianças de 0-36meses, Crianças com Carta Convite da Escola (PSE), Gestantes, Deficiente Físico e Mental, usuário alto risco estratificado pelo odontólogo) e para pacientes que concluíram o tratamento através das vagas de demanda espontânea;
- Todo paciente que concluir o tratamento odontológico através das vagas de demandas espontânea ganhará uma carteirinha odontológica para manutenção da sua saúde bucal e passa a ter direito a consultas agendadas;
- Para o grupo prioritário o agendamento será realizado no momento da procura pelo atendimento e o mesmo receberá uma carteirinha odontológica;
- Para os demais pacientes com carteirinha odontológica a consulta de revisão será agendada conforme o mês e ano previsto na carteirinha odontológica que será preenchida pelo Odontólogo no momento da conclusão do tratamento.
- O paciente terá o prazo 30 dias para solicitar o agendamento da consulta de revisão após o mês anotado na carteirinha, salvo casos com justificativa (atestado médico). Se ultrapassar o prazo para agendamento, a carteirinha será invalidada e o usuário perde o direito ao tratamento agendado. Será orientado a retornar para atendimento nas vagas de demanda/urgência e finalizando o tratamento receberá outra carteirinha.
- Se o usuário de carteirinha solicitou o agendamento, mas faltou na consulta sem justificativa ou ligação prévia para remarcação e buscar reagendamento, a carteirinha será invalidada e o usuário perde o direito ao tratamento agendado. Será orientado a retornar e tentar atendimento nas vagas de demanda/urgência e terminando o tratamento recebe outra carteirinha.
- Em caso de falta de gestante, bebê e grupo prioritário, fazer registro no SIGSS e informar a equipe responsável para tomar as devidas providências e busca ativa se possível.
- O usuário de carteirinha pode solicitar agendamento anterior ao mês solicitado pelo profissional caso tenha alguma necessidade ou urgência odontológica. Obs.: Quando ocorrer a *perda de carteirinha*, a mesma deve ser fornecida pela ESB de acordo com a verificação do histórico de atendimentos do paciente.
- **Demanda espontânea:** agendar como Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, na vaga de demanda espontânea. Este tipo de consulta é para resolver a queixa do dia e esses usuários não recebem carteirinha. Os usuários de demanda que

desejam realizar outros procedimentos não serão agendados, devem procurar atendimento conforme o interesse e disponibilidade de consultas para demanda. Obs.: quando o usuário de demanda/urgência realizar todos os procedimentos necessários receberá uma carteirinha para acompanhamento.

- **Urgência Odontológica**: agendar como Atendimentos de Urgência em Atenção Básica, na vaga de demanda espontânea ou urgências extras, e é destinada para usuários com quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida. As urgências odontológicas devem ter os atendimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, mesmo que ultrapassem o número mínimo de consultas atendidas.
- Nos casos de urgências a recepção deverá acionar a equipe odontológica para acolhimento e estratificação de risco do paciente. O paciente deve ser acolhido, estratificado e conduzido de forma personalizada de acordo com suas necessidades. Nos casos que necessitem de intervenção e o profissional excedeu o seu horário de trabalho, a ESB poderá entrar em contato com a UBS de referência mais próxima, e solicitar o agendamento no dia para o profissional odontólogo.
- Retirada de ponto/sutura: encaixar na agenda (vaga extra) sem utilizar vaga de consulta, mediante conversa prévia com a equipe de saúde bucal. Obs.: nas UBS que tem atendimento de TSB, a profissional pode realizar a remoção de sutura sempre com a presença de um odontólogo presente na unidade.
- Contrarreferência do CEO na UBS com Equipe de Saúde Bucal: agendar como Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, na vaga de agendado ou demanda, pois este usuário necessitará de avaliação, encaminhamentos e/ou procedimentos. Exceto quando na contrarreferência estiver solicitando retirada de ponto/sutura.
- A consulta deve ser agendada conforme os critérios estabelecidos no sistema de informação, existindo 4 opções de consultas odontológicas para odontólogo, sendo respectivamente : 1- Primeira Consulta Odontológica Programática, 2- Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, 3- Atendimentos de Urgência em Atenção Básica, 4- Consulta atendimento domiciliar na Atenção Básica e 1 opção para profissional de nível médio (para Técnico em Saúde Bucal- TSB), sendo: 1-Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio;

- Nas UBS com setor de pré-consulta, os pacientes deverão realizar a pré-consulta antes de todos os atendimentos odontológicos e deverá ser lançado no sistema as informações com relação a pré-consulta, assim como as informações “chegou” ou “faltante”.
- Todas as consultas e retornos devem ser agendados pela recepção;
- Todo e qualquer encaminhamento para especialidade odontológica, deve conter assinatura, carimbo e data, além dos dados necessários para cada guia. Quando a solicitação estiver incompleta, inelegível ou em desacordo com o protocolo de encaminhamento para especialidades odontológicas a mesma poderá ser devolvida ao local de origem para maiores esclarecimentos do profissional odontólogo ou até indeferida com as devidas justificativas e registrado em interação.
- Os encaminhamentos para especialidades odontológicas realizadas por médicos, enfermeiros ou qualquer outro profissional, deverá ser referenciado para o odontólogo da UBS, que após a avaliação solicitará o encaminhamento pertinente ao CEO.

Consulta Médica

- Para consultas de demanda espontânea recomenda-se o atendimento mínimo de 03 usuários por hora para atendimento de demanda espontânea, ou seja, o mínimo a ser aceito a cada período de quatro horas de trabalho, será o atendimento de 12 consultas.
- Para consultas programadas como hiperdia, pré-natal, puericultura e saúde mental, recomenda-se o atendimento mínimo de 02 usuários por hora, ou seja, o mínimo a ser aceito a cada período de quatro horas de trabalho, será de 08 consultas. Ressaltando-se que nos atendimentos de consultas programadas o profissional deverá realizar as estratificações/reestratificações necessárias e demais preenchimentos de documentos pertinentes ao atendimento.
- Para consulta de pediatra, ginecologia e obstetrícia recomenda-se o atendimento mínimo 03 usuários por hora para demandas e de 02 usuários por hora para puericultura, pré-natal. Para pacientes referenciados por médicos das Unidades de ESF para as EAP recomenda-se 02 usuários por hora.
- Conforme padronização o paciente é orientado a chegar para a consulta com 15 min de antecedência para realização do pré-atendimento (aferição de sinais vitais), sendo chamado por no mínimo duas vezes pela equipe e não atendendo o chamado, o profissional deve registrar a

falta no sistema e oportunizar a vaga para demanda. Havendo tempo hábil as vagas dos faltosos deverão ser preenchidas pela demanda espontânea.

- **OBS: em caso de atraso do médico, será tolerado atraso do usuário também, para não haver punição injusta para o usuário.*
- Os casos emergenciais devem ter os atendimentos garantidos, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, mesmo que ultrapassem o número mínimo de consultas atendidas. O paciente deve ser estabilizado na UBS e encaminhado para o serviço de referência. Nesses casos de Emergência, quando o médico estiver no local de trabalho, o mesmo deve OBRIGATORIAMENTE acionar o SAMU 192 para regulação do paciente, registrar o número de ocorrência no prontuário e não encaminhar para a UPA diretamente com a frota municipal, conforme Legislação e fluxos em vigor. Caso o atendimento emergencial impacte no horário de atendimento da agenda do profissional, a equipe deve orientar os usuários quanto ao ocorrido e reagendar o atendimento para data posterior. Seguir Instrução Normativa 07/2022 – SMS.
- A execução do planejamento do agendamento de consultas dependerá da estratégia de atendimento adotada pela UBS. O intervalo entre o agendamento inicial e a realização da consulta não deverá exceder a 60 dias.
- Os retornos agendados deverão se dar a critério dos profissionais e das equipes, respeitando os protocolos preconizados e o grau de risco apresentado pelo usuário. Recomenda-se utilizar as vagas de 20min.
- Consultas para acompanhamento de usuários em uso de psicotrópicos devem ser reagendadas a cada 60 dias, ou conforme a necessidade. Sugere-se que para otimizar a agenda médica seja realizado pela Unidade Básica grupos de orientações e renovações de receitas, conforme avaliação do profissional e particularidades do território. O usuário deve sair com a sua data de retorno agendada na UBS.
- Para a UBS que possui preceptores das instituições de ensino, sugere-se que seja bloqueado diariamente um horário de 20min da agenda do profissional, no final da jornada de trabalho, para que possam ser discutidos os casos com os acadêmicos, a fim de concretizar o aprendizado e a fixação do conhecimento aprendido naquele momento.
- A agenda dos profissionais novos inseridos (que não tiveram contato prévio com o sistema de informação do município) na APS deverá ser organizada da seguinte forma: nos primeiro 15 dia atender 50% da agenda, nos 15 dias subsequentes 75% da agenda e após um mês atender 100% da agenda, conforme organização da unidade básica de saúde.

Consulta de Enfermagem

- Para consulta de enfermagem recomenda-se que para atendimento de demanda espontânea cumpra-se o atendimento mínimo de 3 usuários por hora, ou seja, o mínimo a ser aceito a cada período de quatro horas de trabalho, será o atendimento de 12 consultas.
- Para consulta de abertura de pré-natal (gestante e parceiro) sugere-se o tempo de 1:30h.
- Para os procedimentos sugere-se 3 atendimentos por hora.
- Conforme padronização o paciente é orientado a chegar para a consulta com 15 min de antecedência para realização do pré-atendimento (aferição de sinais vitais), sendo chamado por no mínimo duas vezes pela equipe e não atendendo o chamado, o profissional deve registrar a falta no sistema e oportunizar a vaga para demanda. Havendo tempo hábil as vagas dos faltosos deverão ser preenchidas pela demanda espontânea.
- **OBS: em caso de atraso do enfermeiro, será tolerado atraso do usuário também, para não haver punição injusta para o usuário.*
- Para as consultas programadas como hiperdia, pré-natal, puericultura e saúde mental, recomenda-se o atendimento mínimo de 2 usuários por hora, ou seja, o mínimo a ser aceito a cada período de quatro horas de trabalho, será de 8 consultas. Ressaltando-se que nos atendimentos de consultas programadas o profissional deverá realizar as estratificações/reestratificações necessárias e demais preenchimentos de documentos pertinentes ao atendimento.
- Orienta-se que se o teste de gravidez for positivo, encaminhar no mesmo dia a gestante para o enfermeiro realizar os Testes rápidos de IST e iniciar tratamento quando for necessário. O acesso universal ao teste deve ser garantido, durante todo horário de funcionamento da unidade.

ATENÇÃO: Conforme protocolo municipal os Enfermeiros podem realizar a prescrição de Penicilina Benzatina para tratamento de sífilis e a mesma deve ser aplicada nas UBS no mesmo dia pela equipe de enfermagem. A ausência do médico na unidade de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da Penicilina Benzatina por profissionais da enfermagem. (*Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017*).

- A agenda dos profissionais novos inseridos (que não tiveram contato prévio com o sistema de informação do município) na APS deverá ser organizada da seguinte forma: nos primeiro 15 dia atender 50% da agenda, nos 15 dias subsequentes 75% da agenda e após um mês atender 100% da agenda, conforme organização da unidade básica de saúde.

Consulta Odontológica

- Consultas a cada 30 minutos, distribuídas entre consultas agendadas (50 %) e consultas de demanda/urgência (50%) ou distribuídas de acordo com a procura e vulnerabilidade de cada população de abrangência da UBS.
- Conforme padronização o paciente é orientado a chegar para a consulta com 15 minutos de antecedência para realização do pré-atendimento (aferição de sinais vitais), sendo chamado por no mínimo duas vezes pela equipe e não atendendo o chamado, o profissional deve registrar a falta no sistema e oportunizar a vaga para demanda.
- Havendo tempo hábil as vagas dos faltosos deverão ser preenchidas pela demanda espontânea. Caso não seja agendado um novo usuário no horário disponível, o profissional deve otimizar o tempo de atendimento com o usuário anterior realizando mais procedimentos.
- Para a UBS que possui odontólogo da ESF, sugere-se que a agenda do profissional seja configurada para permitir que a cada final de turno a Auxiliar em Saúde Bucal tenha 1h para que possa realizar o processo de limpeza, desinfecção e organização do consultório para realização dos atendimentos do turno/dia seguinte.
- As alterações na jornada de trabalho dos servidores que compõem a equipe de saúde bucal deverão ser solicitadas exclusivamente para Coordenação de Saúde Bucal, afim de analisar de forma individual cada pedido, podendo ser ou não deferido.
- Comunicar APS por meio de ofício sobre a escala dos profissionais que participarão de ações/eventos/campanhas de qualquer natureza, cientificando acerca do cronograma da ação/campanha contendo datas, períodos, nomes dos envolvidos bem como a atuação dos profissionais na referida ação; Obs.: nos casos onde as ações/campanhas gerarem horas extras ao servidor, e o mesmo optar pela compensação de dia, acrescentar as informações referente as datas que serão compensadas;
- Todo protocolo de Dispensa, Férias e Licenças deverá conter a assinatura tanto do Gerente da UBS quanto do Coordenador em Saúde Bucal afim de avaliação e deferimento do pedido.
- A liberação das férias para os servidores onde possuem apenas uma única equipe de saúde bucal, deverá ser organizada de forma conjunta com a ESB referência para que haja o referenciamento dos usuários neste período de forma que os usuários não fiquem desassistidos.

Atendimento pela Equipe Multiprofissional

Os profissionais como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes socias entre outros, deve basear os atendimentos na normatização de sua especialidade no âmbito da atenção básica e contemplando as necessidades locais de saúde.

Quebra de Vínculo

Uma das diretrizes da Atenção Básica de acordo com a PNAB, 2017 é realizar a adstrição da população do território que a UBS pertence, estimulando a formação e o desenvolvimento de vínculo, a fim de facilitar a adesão do usuário, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Ocorrendo fatos graves e que gerem conflitos irreconciliáveis, os quais prejudiquem o bom relacionamento entre profissionais e o paciente ou o pleno desempenho dos profissionais, os profissionais têm o direito de renunciar ao atendimento, desde que se comunique ao paciente ou a seu representante legal, bem como, ao gerente da unidade e previamente à Secretaria de Saúde, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias aos profissionais que sucederem o atendimento. A Secretaria de Saúde irá analisar a solicitação para quebra de vínculo, devendo fornecer alternativas ao seguimento do paciente.

Ao paciente, diante de fatos graves e que gerem conflitos irreconciliáveis, os quais prejudiquem o bom relacionamento entre o paciente e os profissionais ou o pleno desempenho dos profissionais, os pacientes ou o seu representante legal têm o direito de renunciar ao atendimento, desde que se comunique as autoridades ou os responsáveis pelo serviço, para que haja garantia da continuidade do cuidado, bem como para alternativas ao seu seguimento na rede de assistência. A Secretaria de Saúde irá analisar a solicitação para quebra de vínculo, devendo fornecer alternativas ao seguimento do paciente.

Aos profissionais da unidade, independentemente da quebra de vínculo, cabe a responsabilidade de realizar atendimentos em urgência e emergência.

Ao paciente, independentemente da quebra de vínculo, cabe a o dever de assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde

Vacina

O atendimento da sala de vacina deve ser de forma universal, ou seja, atendendo a todos os usuários que necessitem, mesmo que seja fora da área de abrangência da UBS.

A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o expediente, ou seja as unidades de saúde que não fecham para o horário do almoço deverá manter a sala de vacina em funcionamento, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo e atualização vacinal, podendo ser fechada 30 min antes do término do expediente para descarte de vacinas vencidas, conferência de estoque, solicitar reposição de vacinas, conferencia das doses aplicadas e registradas no sistema, limpeza e organização da sala.

Realizar o teste de bateria da conservadora da sala de vacina mensalmente, quando houver interrupção de energia elétrica o gerente ou enfermeiro deverá ir até unidade de saúde para verificar a temperatura e tomar as providências necessárias. OBS: seguir POP de plano de contingência para queda de energia da sala de vacina.

A sala de vacina será fechada uma vez ao mês, em média 4 horas, sempre no último dia útil do mês, para realizar o fechamento do relatório de vacina, que deve ser enviado à epidemiologia, após assinatura e conferência do enfermeiro responsável.

Manter POP municipal da sala de vacina atualizado e aprovado anualmente e pela Vigilância Epidemiológica

Realizar o registro do controle de temperatura da sala de vacina no início e no termino da jornada, limpar a câmara ou conservadora a cada 15 dias e anotar a data da limpeza.

Registrar e aprazar as vacinas no sistema eletrônico e no cartão de vacinal a lápis, OBRIGATORIAMENTE. Em casos de falta de sistema deverá seguir a instrução normativa Nº 11 de 30 de outubro de 2023.

Semanalmente tirar relatório das vacinas em atraso no sistema eletrônico e realizar a busca ativa, via contato telefônico e ou ACS. Todas as buscas ativas deverão ser registradas em interação com o usuário- busca ativa.

Mensalmente tirar o relatório de vacinas em atraso dos adultos, adolescentes e idosos e realizar busca ativa dos mesos por meio de carta liberada pelo sistema e entregue pelos ACS. No caso de não haver ACS, deverá entrar em contato com os usuários via telefone.

Realizar a limpeza terminal da sala de vacina e do ar condicionado quinzenalmente, sendo de responsabilidade do enfermeiro esta organização. O registro deve ser realizado juntamente no controle de temperatura e limpeza da câmara/conservadora.

Dispensação de Medicamentos/Materiais

O atendimento da farmácia deve ser de forma universal, ou seja, atendendo a todos os usuários que necessitem, mesmo que seja fora da área de abrangência da UBS.

Dispensar medicamentos para os usuários, segundo a relação municipal de medicamentos – REMUME, mediante a apresentação da receita e conforme a norma de dispensação.

A farmácia deve ser mantida aberta durante todo horário de funcionamento da unidade.

Em caso de fechamento por motivos imprevistos, como atestado médico de funcionários ou outras situações, com exceção de férias, a farmácia deve ficar pelo menos um período por dia aberta, e deve ser colocado cartaz na UBS. Deve ser comunicado o Departamento de Atenção Básica, para possíveis soluções. Em caso de férias de funcionários deve haver um planejamento interno para evitar o fechamento.

Farmácia deve ter controle de temperatura e umidade, as quais serão anotadas diariamente, em planilha de controle mensal;

Toda farmácia deve ter recipientes de plástico, lavável, com identificação da medicação, nome comercial e código de dispensação.

A limpeza e seus procedimentos devem ser realizados de acordo com POP da farmácia, o qual deve ser confeccionado pela Direção da Assistência Farmacêutica do município.

A farmácia deve ser fechada uma vez por mês, conforme organização da UBS, para contagem de estoque. Atentando-se para não ocorrer fechamentos simultâneos com UBSs próximas no mesmo território.

Dispensar materiais/insumos conforme protocolo de dispensação Municipal.

Visita Domiciliar/ Atendimento Domiciliar

As visitas/atendimentos domiciliares devem ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem. Recomenda-se que sejam realizadas 4 visitas por período, conforme a programação semanal/quinzenal da UBS, priorizando as situações de risco e outras demandas da equipe.

Para equipe de saúde bucal, as visitas domiciliares serão agendadas a partir da identificação da necessidade pelo ACS e/ou demais membros da equipe da UBS.

Para os ACS recomenda-se que deve ser realizado no mínimo 2 visitas por hora de casas abertas, gerando em média 10 a 12 visitas por dia.

O ACS deve realizar diariamente a visita domiciliar, garantindo o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado das visitas deve ser repassado à equipe para o

conhecimento e encaminhamento dos casos, conforme a sua necessidade. No mínimo, uma vez por semana, deve ser repassado todos os casos visitados durante a semana pelos ACS, aos Enfermeiros, conforme programação interna da UBS.

Os ACS devem fazer importação e exportação de dados, no caso daqueles que já estão utilizando tablets, uma vez por semana no mínimo. Toda orientação, busca ativa, entre outros, deve ser anotado no mesmo dia em procedimento de visita domiciliar ou interação com o usuário. Os ACS que ainda não possuem tablets devem ter garantido um período por semana, para digitação das fichas.

Com exceção dos dias de chuva, os ACS NÃO devem permanecer nas UBS sem a solicitação do gerente para desempenhar determinada função, salvo se, conforme cronograma, para lançamento dos dados e/ou participação em grupos, conforme solicitação.

Ações Coletivas

Devem ser realizadas ações coletivas como grupos educativos, oficinas, vídeos, feiras, campanhas e outros que são fundamentais para abordagem das questões de saúde coletiva, a fim de promover saúde ou de reduzir riscos à saúde;

Recomenda-se que os grupos educativos sejam realizados conforme a proposta de agenda da UBS, podendo contar com a participação de outros profissionais (equipe multidisciplinar, entre outras parcerias).

Atividades fora do horário de trabalho devem ser solicitadas antecipadamente para o Departamento de Atenção primária, através de ofício, para a devida autorização das atividades.

Campanhas Nacionais de vacinação serão sempre em caráter de convocação, sendo necessário justificativa para ausência dos membros da equipe, à tal ação, para a Secretaria de Saúde.

As atividades coletivas devem ser lançadas em sistema eletrônico, campo: procedimentos, ambulatorial, atividades coletivas. Devem contemplar no descritivo da atividade número de pessoas, público alvo, ações realizadas e o preenchimento da ficha do E-SUS pelo sistema informatizado.

A UBS que tenha profissionais capacitados pela 20ª Regional de Saúde, para ações do grupo de tabagismo, devem promover grupo voltado ao tabagismo, para sua área de abrangência ou de abrangência municipal.

Recomenda-se que as equipes de saúde bucal da UBS se planejem ao longo do ano para que possam realizar ações em todas as escolas pactuadas no PSE do seu território.

Recomenda-se que as agendas dos profissionais sejam bloqueadas no período da manhã ou tarde, 1x por semana, preferencialmente em turnos alternados, não sendo recomendado o bloqueio da agenda de dois profissionais no mesmo dia.

Trabalho em Equipe

Reunião geral das UBS que possuem horário de atendimento de 12h/dia, EAP ou ESF, devem fechar 01 (uma) vez por mês, para reunião de equipe, podendo fechar a UBS como um todo para que toda a equipe participe, fechando preferencialmente, em períodos alternados, a cada mês.

Reunião das equipes de ESF, devem fechar apenas meio período, quinzenalmente, conforme cronograma fixo e avisado previamente à população, para reunião de equipe.

Nestas reuniões deve ser realizado o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, com enfoque na organização do serviço e processo de trabalho da equipe. Também é de fundamental importância os treinamentos da equipe neste período, conforme planejamento anual.

As reuniões devem ocorrer com pauta pré-estabelecida e aberta, com possibilidade de discussões de proposta de trabalho.

Toda reunião deve conter registro em ATA.

Todo treinamento deve conter registro e impresso próprio, conforme solicitado pela Vigilância Sanitária e modelo de impresso enviado.

Todos os profissionais de saúde devem ter garantida a sua participação nessas reuniões.

Estudo de Casos

A UBS pode solicitar, conforme suas demandas, estudos de casos com outros profissionais ou com a rede municipal, conforme a necessidade de resolução da situação apresentada.

Também pode ser chamada para participar de estudo de casos de outros serviços com a finalidade de proporcionar cada vez mais informações.

Ouvidoria SUS do Município

O Município conta com Ouvidora Municipal do SUS para registro de reclamações, elogios, sugestões, as quais podem ser feitas pelo telefone/WhatsApp ou pessoalmente na Secretaria de Saúde, ou por e-mail. Considerando que estes dados também norteiam as ações e melhorias da atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS. G. W.S. **Saúde paidéia**. Editora Hucitec. São Paulo, 2003.

CARNEIRO, N. Jr. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social.** In: Cadernos de Saúde Pública, V.19, v.06, nov-dez 2003.

Manual de estruturação de almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde e de boas práticas de armazenamento e distribuição. Prefeitura Municipal de São Paulo/SMS. Área temática de assistência farmacêutica – COGEST;2003.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**. Editora Huctec – Abrasco. São Paulo – Rio de Janeiro, 1994.

PAIM, J. S. **Gestão da atenção básica nas cidades**, capitulo 04, 2003.

RODRIGUES, M. P; ARAUJO, M. S. S. Texto – **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família.**

SECRETARIA Municipal de Saúde de São Paulo. **Documento norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população**. São Paulo, 2005.

SAITO, R. X. de S. **Programa saúde da família gerenciamento com foco em consolidar um novo modelo de atenção.** In; MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. Gestão de serviços de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2009, cap.21

ALVES, V. L. de S. **Competências essenciais para a liderança na enfermagem no enfoque da gestão de pessoas.** In; MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. Gestão de serviços de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2009, cap.6.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004, pag. 101 á 564.

PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998.Ministerio da saúde. DO 220-E, de 17/11/98, disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica.** Brasília, outubro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica – Procedimentos, n.30**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica – Acolhimento a demanda espontânea volume I**, n.28, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica – Acolhimento a demanda espontânea volume II**, n.28, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

MENDES, M.S. **Demanda espontânea x demanda programada na equipe de saúde da família saúde e esperança no município de São João do Pacuí/MG.** Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/MONICA- SILVA-MENDES.pdf

BARBOSA, M.I.S., BOSI, M.L.M. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.** Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2017.v27n4/1003-1022/

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná

3º TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO

Considerando os motivos exarados no OF CEE/CC 2956/23, e-Protocolo nº 21.208.524-3, expedido pela Casa Civil do Estado do Paraná,

O **MUNICÍPIO DE TOLEDO** e a **SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ - SESA**, já qualificados no Termo de Convênio firmado em 11 de maio de 2022, publicado no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 27 de maio de 2022, o qual foi aditivado pelo 1º Termo Aditivo, em 31 de maio de 2022, com publicação no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 6 de junho de 2022 e pelo 2º Termo Aditivo, em 12 de dezembro de 2022, com publicação no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 6 de janeiro de 2023, cujo objeto é a cedência de servidor do Município de Toledo, resolvem celebrar o **3º Termo Aditivo ao Convênio**, nos seguintes termos:

DO OBJETO:

Constitui objeto deste Aditivo a prorrogação da duração da cedência do servidor do Município de Toledo FERNANDO PEDROTTI, para ocupar o cargo de provimento em comissão de Chefe de Regional de Saúde, junto à 20ª Regional de Saúde, na cidade de Toledo.

DA DURAÇÃO DA CEDÊNCIA:

Fica prorrogada até **31 de dezembro de 2024** a cedência do servidor público Fernando Pedrotti, ocupante do cargo de Médico T8 – ESF I, Matrícula nº 857431, à Secretaria da Saúde do Estado do Paraná – SESA.

DO REFERENDO:

Este Aditivo de Convênio será referendado pela Câmara Municipal de Toledo, nos termos do artigo 99 da Lei n.º 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo), da Lei Orgânica do Município de Toledo, e da Lei nº 2.200/2015, que dispõe sobre a cessão de servidores públicos municipais.

Os demais itens do Termo de Convênio original, bem como de seus Termos Aditivos, permanecem inalterados.

E, por estarem de acordo, firmam o presente Termo Aditivo de Convênio, na presença de testemunhas, para que surta todos os efeitos de direito.

Toledo, 16 de novembro de 2023.

assinatura eletrônica
LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Prefeito do Município de Toledo

assinatura eletrônica
CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO
Secretário da Saúde do Estado do Paraná

Testemunhas:

assinatura eletrônica
MAURI RICARDO REFFATTI
Procurador-Geral do Município de Toledo

assinatura eletrônica
PEDRO HENRIQUE DE ASSIS
Chefe da Divisão Administrativa da 20ª Regional de Saúde

ANEXOS 112/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 16/11/2023 11:19, **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 16/11/2023 14:20. Assinatura Inserido por Salete Terezinha Simch Heiss em: 17/11/2023 13:22:00. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: MAURI RICARDO REFFATTI em 17/11/2023 15:48:24. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/11/2023 17:58:28. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb7aa52b-6abc-4e3c-978a-226b4c37ef79

ePROTOCOLO

ANEXOS 112/2023.
Documento: **3AditivodeConvenio_cedenciaFernandoPedrotti.pdf.**

Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 16/11/2023 11:19, **Carlos Alberto Gebrim Preto** em 16/11/2023 14:20.

Assinatura Avançada realizada por: **Pedro Henrique de Assis (XXX.683.029-XX)** em 16/11/2023 11:07.

Inserido ao documento **687.032** por: **Pedro Henrique de Assis** em: 16/11/2023 11:05.

Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento com o código:
a9ad065015a167f082cea47e8eed712a.

Inserido por Salete Terezinha Simch Heiss em: 17/11/2023 13:22:00. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: MAURI RICARDO REFFATTI em 17/11/2023 15:48:24. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/11/2023 17:58:28. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb7aa52b-6abc-4e3c-978a-226b4c37ef79

Assinaturas

Página: 1

Documento: 41827/2023 - 3º Aditivo Convênio_cedência Fernando Pedrotti.pdf
Data: 17/11/2023 13:22:00

Assinatura avançada realizada por: MAURI RICARDO REFFATTI em 17/11/2023 15:48:24.

Assinatura avançada realizada por: LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/11/2023 17:58:28.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código cb7aa52b-6abc-4e3c-978a-226b4c37ef79

Inserido por Salete Terezinha Simch Heiss em: 17/11/2023 13:22:00. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: MAURI RICARDO REFFATTI em 17/11/2023 15:48:24. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/11/2023 17:58:28. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb7aa52b-6abc-4e3c-978a-226b4c37ef79

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná

3º TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO

Considerando os motivos exarados no Ofício nº 79/2023, expedido pela Empresa de Desenvolvimento Urbano e Rural de Toledo,

O Município de Toledo e a Empresa de Desenvolvimento Urbano e Rural de Toledo – EMDUR, já qualificados no Termo de Convênio firmado em 4 de fevereiro de 2021, publicado no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 20 de setembro de 2021, o qual foi aditivado pelo 1º Termo Aditivo, em 22 de dezembro de 2021, com publicação no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 29 de dezembro de 2021 e pelo 2º Termo Aditivo, em 22 de novembro de 2022, com publicação no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 1º de dezembro de 2022, cujo objeto é a cedência de servidor, resolvem celebrar o 3º Termo Aditivo ao Convênio, nos seguintes termos:

DA VIGÊNCIA:

Fica prorrogada até 31 de dezembro de 2024 a cedência do servidor público municipal **Marcelo Cristiano Vanzella**, ocupante do cargo de Analista de Controle Interno I, Matrícula 730981, à EMDUR.

DO REFERENDO:

Este Aditivo de Convênio será referendado pela Câmara Municipal de Toledo, nos termos do artigo 99 da Lei n.º 1.822/99 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo) e da Lei nº 2200/2015.

Os demais itens do Termo de Convênio original, bem como seus Termos Aditivos, permanecem inalterados.

E, por estarem de acordo, firmam o presente instrumento na presença de testemunhas, para que surta todos os efeitos de direito.

Toledo, 8 de novembro de 2023.

assinatura eletrônica
LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Prefeito do Município de Toledo

ASCANIO JOSÉ BUTZGE
Diretor Superintendente da EMDUR

TESTEMUNHAS:

assinatura eletrônica
MAURI RICARDO REFFATTI
Procurador-Geral do Município de Toledo

DOUGLAS DIOGO DE QUEIROZ
Diretor Jurídico da EMDUR

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná

1º TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO

Considerando os motivos exarados no Ofício nº 317/2023, da Associação dos Municípios do Oeste do Paraná - AMOP,

O MUNICÍPIO DE TOLEDO e a ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO OESTE DO PARANÁ - AMOP, já qualificados no Termo de Convênio firmado em 14 de junho de 2023, publicado no Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo em 26 de junho de 2023, cujo objeto é a cedência de servidora, resolvem celebrar o 1º Termo Aditivo ao Convênio nos seguintes termos:

DA VIGÊNCIA:

Fica prorrogado por mais 6 (seis) meses, a contar de 1º de janeiro de 2024, a cedência da servidora pública municipal Caroline Recalcatti, ocupante de dois cargos de Professor II T20, Matrículas 723481 e 723482, à Associação dos Municípios do Oeste do Paraná - AMOP, podendo ser renovado, mediante prévio acordo entre as partes.

DO REFERENDO:

Este Aditivo de Convênio será referendado pela Câmara Municipal de Toledo, nos termos do artigo 99 da Lei n.º 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo) e da Lei nº 2.200/2015.

Os demais itens do Convênio permanecem inalterados.

E, por estarem de acordo, firmam o presente Termo Aditivo de Convênio, na presença de testemunhas, para que surta todos os efeitos de direito.

Toledo, 20 de novembro de 2023.

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Prefeito do Município de Toledo

MAURI RICARDO REFFATTI
Procurador-Geral do Município de Toledo

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Presidente da AMOP

VINICIUS ALMEIDA DOS SANTOS
Diretor Geral da AMOP

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná.

TERMO DE CONVÊNIO

Termo de Convênio que, entre si fazem, o **MUNICÍPIO DE TOLEDO** e a **CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO**, visando à cedência de servidor.

PARTES CONVENENTES

MUNICÍPIO DE TOLEDO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 76.205.806/0001-88, com sede à Rua Raimundo Leonardi, 1586, em Toledo, PR, neste ato representado pelo Prefeito Municipal LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT ; e

CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ n.º 77.402.196/0001-75, com sede a Rua Sarandi, 1049, em Toledo, Paraná, neste ato representado por seu Presidente, o Vereador EDIMILSON DIAS BARBOSA.

MOTIVAÇÃO DO ATO

Considerando que o Município de Toledo tem condições de ceder o servidor sem prejudicar as suas atividades e atribuições institucionais, atendendo solicitação contida nos Ofícios nºs 85 e 87/2023, da Câmara Municipal de Toledo;

Considerando o que dispõe o artigo 99 da Lei nº 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo) e a Lei nº 2.200/2015 que dispõe sobre a cessão de servidores públicos municipais;

RESOLVEM as partes firmar o presente Termo de Convênio, objetivando a cedência pelo Município de Toledo do servidor EVANDRO RAFAEL ZENATTI, nos termos e condições abaixo estabelecidos.

DO OBJETO

O Município de Toledo cede à **CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO**, com ônus para a origem mediante ressarcimento, o servidor EVANDRO RAFAEL ZENATTI, ocupante do cargo de Assistente em Administração I, Matrícula 749911, para prestar serviços sob a subordinação, orientação e critérios fixados pelo representante legal dessa.

DO RESSARCIMENTO

A **CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO** efetuará o ressarcimento ao Município de Toledo do valor correspondente ao vencimento do cargo de carreira do servidor, além

dos respectivos encargos sociais, previdenciários e assistenciais, até o quinto dia útil do mês subsequente, através de conta específica a ser informada.

DAS RESPONSABILIDADES

Compete ao **MUNICÍPIO DE TOLEDO:**

a) ceder o servidor mencionado no objeto deste Convênio à Câmara Municipal de Toledo, no período de 1º de dezembro de 2023 a 31 de dezembro de 2024;

b) encaminhar à Câmara Municipal os valores a serem por ela ressarcidos ao Município de Toledo, relativos à cedência do servidor objeto deste Termo, assim como os formulários das respectivas avaliações periódicas de desempenho do servidor;

c) informar a conta bancária na qual deverão ser realizados os depósitos de ressarcimento;

d) informar qualquer alteração de vencimentos do servidor.

Compete à **CÂMARA MUNICIPAL:**

a) efetuar o controle rigoroso da frequência do servidor a ela cedido, respeitando a carga horária do cargo;

b) comunicar à Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo qualquer irregularidade ou inobservância de normas a que o servidor ora cedido der causa, relativamente às funções que passará a exercer na **Câmara Municipal**;

c) comunicar previamente à Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo o período em que o servidor desfrutará das férias na **Câmara Municipal**;

d) realizar, quando solicitado pela Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo, a avaliação de desempenho do servidor a ela cedido, preenchendo e assinando os formulários próprios;

e) informar o meio (e-mail ou outros) para encaminhamento da solicitação de ressarcimento com os valores a serem ressarcidos ao Município, assim como possíveis alterações de valores;

f) ressarcir ao Município de Toledo, até o 5º dia útil de cada mês, os valores correspondentes aos vencimentos, vantagens e demais encargos relativos ao vínculo funcional do servidor;

g) realizar o pagamento de outros benefícios, que entender pertinente, diretamente ao servidor cedido.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná.

DURAÇÃO DA CEDÊNCIA

A cedência objeto do presente Convênio terá início em 1º de dezembro de 2023 a 31 de dezembro de 2024, perfazendo um total de 13 (treze) meses, podendo ser renovado, mediante prévio acordo entre as partes.

DA EXTINÇÃO DO CONVÊNIO

O presente Termo poderá, a qualquer tempo, ser rescindido unilateralmente, em caso de necessidade, pelo Município de Toledo, ou resilido mediante acordo entre as partes.

DO REFERENDO

Este Termo será referendado pela Câmara Municipal de Toledo, nos termos do artigo 99 da Lei nº 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo), da Lei Orgânica do Município de Toledo e da Lei nº 2.200/2015, que dispõe sobre a cessão de servidores públicos municipais.

DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Toledo, Paraná, para a solução de qualquer controvérsia que possa surgir em decorrência do presente Convênio.

E, por estarem de acordo, firmam o presente instrumento, na presença de testemunhas, para que surta todos os efeitos de direito.

Toledo, 21 de novembro de 2023.

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
Prefeito do Município de Toledo

EDIMILSON DIAS BARBOSA
Presidente da Câmara Municipal de Toledo

TESTEMUNHAS:

MAURI RICARDO REFFATTI
Procurador-Geral do Município de Toledo

EDUARDO HOFFMANN
Assessor Jurídico da Câmara Municipal de Toledo

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 04/2023

CONVOCAÇÃO Nº 01

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõem o Regulamento Geral de Concursos, aprovado pelo Decreto nº 265/2003 e suas alterações, a Lei "R" nº 16, de 24 de maio de 2001 e suas alterações e o Edital de Processo Seletivo Simplificado nº 04/2023,

CONVOCA os seguintes aprovados no Processo Seletivo Simplificado nº 04/2023, para a contratação de pessoal, por tempo determinado, para atuar no serviço público municipal de Toledo:

PARA A FUNÇÃO DE CUIDADOR SOCIAL I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
01º AC	ADRIANA ALVES DE LIMA
02º AC	SARA DE SOUZA PERCIGILI LOMBARDI
03º AC	DEBORA ALEXANDRA ZOTTIS
04º AC	MARISETE DE MATOS HENRIQUE

PARA A FUNÇÃO DE CUIDADOR SOCIAL I EM CONFORMIDADE COM A LEI ESTADUAL Nº 14.274/2003 E LEI MUNICIPAL Nº 2.620/2023 (AFRO):

CLASSIFICAÇÃO	NOME
01º AC	AMAURI CARDOSO SILVEIRA

Os ora convocados deverão comparecer na Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo, no período de **27 de novembro a 01 de dezembro de 2023**, para:

I – Declarar se aceita a vaga ofertada, devendo, neste caso, comprovar os requisitos previstos em Edital, apresentando a documentação conforme arquivo disponibilizado na página de "Concursos e Admissão", em "Convocações Concursos Públicos e PSS", em "DOCUMENTAÇÃO – PSS", no site oficial do Município, na internet.

O não comparecimento dos convocados e a não entrega de toda a documentação no prazo acima previsto importará na respectiva perda da vaga e na sua consideração como desistentes.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 24 de novembro de 2023.

MARTA FATH
SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2023

CONVOCAÇÃO Nº 16

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõem o Regulamento Geral de Concursos, aprovado pelo Decreto nº 265/2003 e suas alterações, a Lei "R" nº 16, de 24 de maio de 2001 e suas alterações e o Edital de Processo Seletivo Simplificado nº 01/2023,

CONVOCA as seguintes aprovadas no Processo Seletivo Simplificado nº 01/2023, para a contratação de pessoal, por tempo determinado, para atuar no serviço público municipal de Toledo:

PARA A FUNÇÃO DE ENFERMEIRO I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
07º AC	ANA LUCIA GARCIA SILVA

PARA A FUNÇÃO DE ENFERMEIRO T8 – ESF I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
02° AC	GISLAINE BERGAMO DOS SANTOS

PARA A FUNÇÃO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
24º AC	MARIA CORDEIRO DOS SANTOS PEDRINI

As ora convocadas deverão comparecer na Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo, no período de **27 de novembro a 01 de dezembro de 2023**, para:

I – Declarar se aceitam a vaga ofertada, devendo, neste caso, comprovar os requisitos previstos em Edital, apresentando a documentação conforme arquivo disponibilizado na página de "Concursos e Admissão", em "Convocações Concursos Públicos e PSS", em "DOCUMENTAÇÃO – PSS", no site oficial do Município, na internet.

O não comparecimento das convocadas e a não entrega de toda a documentação no prazo acima previsto importará na respectiva perda da vaga e na sua consideração como desistentes.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 24 de novembro de 2023.

MARTA FATH
SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2020

CONVOCAÇÃO Nº 96

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõem os artigos 12 e 13 do Decreto nº 265/2003 (Regulamento Geral de Concursos), as Leis nºs 1.821/1999 (Plano de Cargos e Vencimentos para os servidores públicos municipais de Toledo), 2.074/2011 (Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração para os profissionais do quadro do magistério público municipal de Toledo) e 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo) e suas alterações,

CONVOCA a seguinte aprovada no Concurso Público nº 01/2020:

PARA O CARGO DE PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL T40:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
172º AC	DAMARYS GRACITE FERREIRA TADANO

A aprovada ora convocada deverá comparecer à Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo, no período de **27 de novembro de 01 dezembro de 2023**, para declarar se aceita a vaga ofertada, devendo, neste caso:

I – apresentar/preencher os seguintes documentos e formulários:

a) Comprovante da escolaridade/habilitação exigida para o cargo;

b) Declaração de acúmulo de cargos ou empregos;

c) Declaração de recebimento ou não de benefício previdenciário;

d) Declaração de Bens ou fotocópia da Declaração de Renda apresentada à Receita Federal;

e) Documentos pessoais, conforme arquivo disponibilizado na página de “Concursos e Admissão”, em “Convocações Concursos Públicos e PSS”, em “DOCUMENTAÇÃO – CONCURSO PÚBLICO”, no site oficial do Município, na internet;

II – realizar os exames médicos a serem solicitados.

O não comparecimento da convocada no prazo acima previsto ou a não realização dos exames médicos até a data fixada importará na respectiva perda da vaga e na sua consideração como desistente.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 24 de novembro de 2023.

MARTA FATH
SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS

CONCURSO PÚBLICO Nº 02/2023

CONVOCAÇÃO Nº 16

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõem os artigos 12 e 13 do Decreto nº 265/2003 (Regulamento Geral de Concursos), as Leis nº 1.821/1999 (Plano de Cargos e Vencimentos para os servidores públicos municipais de Toledo) e n° 1.822/1999 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Toledo) e suas alterações,

CONVOCA as seguintes aprovadas no Concurso Público nº **02/2023:**

PARA O CARGO DE ASSISTENTE EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
46º AC	IRACEMA LORSCHEITTER DE MELO
47º AC	BRUNA PEREIRA DA SILVA DAL PIZZOL SOARES

PARA O CARGO DE MÉDICO T6 – CLINICO GERAL I:

CLASSIFICAÇÃO	NOME
05° AC	DANIELLE ALESSANDRA MARCA

As aprovadas ora convocadas deverão comparecer à Secretaria de Recursos Humanos do Município de Toledo, no período de **27 de novembro a 01 de dezembro de 2023**, para declarar se aceitam a vaga ofertada, devendo, neste caso:

I – apresentar/preencher os seguintes documentos e formulários:
a) Comprovante da escolaridade/habilitação exigida para o cargo;
b) Declaração de acúmulo de cargos ou empregos;
c) Declaração de recebimento ou não de benefício previdenciário;
d) Declaração de Bens ou fotocópia da Declaração de Renda apresentada à Receita Federal;
e) Documentos pessoais, conforme arquivo disponibilizado na página de “Concursos e Admissão”, em “Convocações Concursos Públicos e PSS”, em “DOCUMENTAÇÃO – CONCURSO PÚBLICO”, no site oficial do Município, na internet;
II – realizar os exames médicos a serem solicitados.

O não comparecimento das convocadas no prazo acima previsto, ou a não realização dos exames médicos até a data fixada importará na respectiva perda da vaga e na sua consideração como desistentes.

GABINETE DA SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 24 de novembro de 2023.

MARTA FATH
SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS

EDITAL DE TESTE SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS Nº 002/2023

COMUNICADO Nº 04

A SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO**:

1. O gabarito provisório da Prova Escrita do Teste Seletivo de Estagiários nº 002/2023, conforme anexo.

2. Caberá pedido de recurso contra o gabarito provisório, em documento próprio (conforme Anexo II do Edital), devidamente fundamentado e protocolizado no setor de Protocolo da Prefeitura do Município de Toledo, sito à Rua Raimundo Leonardi, 1586, a ser realizado no dia 27/11/2023 no horário das 08h00m às 11h30m e das 13h30m às 17h00m.

3. As respostas aos recursos das questões objetivas e o GABARITO DEFINITIVO, serão publicadas até dia 29/11/2023.

GABINETE DA SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 27 de novembro de 2023.

MARTA FATH
SECRETÁRIA DE RECURSOS HUMANOS

GABARITO TESTE SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS 002/2023	
QUESTÕES	**ALTERNATIVAS**
1	D
2	B
3	D
4	D
5	C
6	C
7	C
8	B
9	B
10	A

MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

AVISO DE LICITAÇÃO

DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 087/2023
PROPONENTE: OKTO COMERCIAL LTDA
ENDEREÇO: Rua General Alcides Etchegoyen, nº 661, Jardim La Salle **CIDADE:** Toledo **ESTADO:** PR
OBJETO: Contratação da empresa OKTO COMERCIAL LTDA, inscrita sob o CNPJ 29.688.034/0001-00, situado na Rua General Alcides Etchegoyen, n° 661, bairro: Jardim La Salle, Toledo/PR, CEP: 85.903-010, por meio de processo de Dispensa de Licitação para o fornecimento de Manta líquida emborrachada impermeabilizante para uso na laje sobre o prédio da Biblioteca Pública Municipal – Centro, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento. **VALOR GLOBAL:** O custo estimado total da contratação é de R$ 3.230,00 (Três mil, duzentos e trinta reais). **PAGAMENTO:** O pagamento será realizado em até 10 (dez) dias após o recebimento da nota fiscal/fatura. **PRAZO DE EXECUÇÃO:** O prazo de execução será de 5 (cinco) dias, contados do recebimento da nota de empenho, em remessa única. **PRAZO DE VIGÊNCIA:** O prazo de vigência é de 60 (sessenta) dias, a contar da assinatura do contrato. **AMPARO LEGAL:** Trata-se de hipótese de dispensa de licitação, conforme previsto no Art. 75, inciso II, da lei nº 14.133/21.

EXTRATO CONTRATO Nº 1304/2023
PARTES: MUNICÍPIO DE TOLEDO e OKTO COMERCIAL LTDA
OBJETO: Contratação da empresa OKTO COMERCIAL LTDA, inscrita sob o CNPJ 29.688.034/0001-00, situado na Rua General Alcides Etchegoyen, n° 661, bairro: Jardim La Salle, Toledo/PR, CEP: 85.903-010, por meio de processo de Dispensa de Licitação para o fornecimento de Manta líquida emborrachada impermeabilizante para uso na laje sobre o prédio da Biblioteca Pública Municipal – Centro, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento. **VALOR GLOBAL:** O custo estimado total da contratação é de R$ 3.230,00 (Três mil, duzentos e trinta reais). Contrato firmado em 24 de novembro de 2023, conforme conclusões do processo de Dispensa de Licitação nº 087/2023.

MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

AVISO DE LICITAÇÃO

ERRATA – REF: PREGÃO ELETRÔNICO N° 213/2023
O Município de Toledo/PR torna público a quem interessar possa que nas publicações do Aviso de Alteração REF: PREGÃO ELETRÔNICO nº 213/2023, publicado no Órgão Oficial do Município de Toledo e Folha de Londrina no dia 24 de novembro de 2023, constatou-se um equívoco na data ade abertura da licitação e, portanto:
ONDE SE LÊ:
DATA DE ABERTURA: 8 de dezembro de 2023, às 08h00min
LEIA-SE:
DATA DE ABERTURA: 11 de dezembro de 2023, às 13h30min

ERRATA – REF: PREGÃO ELETRÔNICO N° 216/2023
O Município de Toledo/PR torna público a quem interessar possa que nas publicações do Aviso de Alteração REF: PREGÃO ELETRÔNICO nº 216/2023, publicado no Diário Oficial da União, Folha de Londrina e Órgão Oficial do Município de Toledo no dia 24 de novembro de 2023, constatou-se um equívoco no objeto da licitação e, portanto:
ONDE SE LÊ:
OBJETO: Aquisição e instalação de aparelhos de ar condicionado e climatizadores para utilização nas Secretarias Municipais de Toledo-PR.
LEIA-SE:
OBJETO: Registro de Preços, pelo período de 12 (doze) meses, para aquisição de Gêneros Alimentícios, para atender a demanda da Cozinha Social, Secretarias Municipais e Departamentos, Restaurantes Populares, Casas Abrigo, Unidades de Atendimento da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, Escolas da Rede Municipal de Ensino, Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIS), entidades filantrópicas atendidas com alimentação escolar, Funrebom, Cast, Escola de Governo e Gabinete do Prefeito, sendo que para a Assistência Social será utilizado recursos do MINISTÉRIO DA CIDADANIA/DESENVOLVIMENTO SOCIAL CONFORME PLANO DE AÇÃO E PORTARIA Nº 580/2020.
Considerando que o contido neste não altera a formulação das propostas, a data de recebimento das propostas e realização do certame, permanece sendo: até as 08h00min do dia 07 de dezembro de 2023

PREGÃO ELETRÔNICO N° 217/2023
OBJETO: Contratação de empresa especializada para prestação dos serviços sob demanda para elaboração do Memorial Descritivo de Proteção Radiológica, que compreende o Programa de Educação Permanente (PEP), o Programa de Garantia da Qualidade (PQG) e o Programa de Proteção Radiológica (PPR), para 2 (duas) unidades, o Pronto Atendimento 24 horas (PAM) e a Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA); a realização do Projeto de Proteção Radiológica (Cálculo de Blindagem) para 3 (três) salas de radiografia; a execução de testes avaliação radiométrica (Levantamento Radiométrico, Controle de Qualidade) de 3 (três) equipamentos de raio-x convencional a execução do Controle de Qualidade (teste de integridade) de 14 (quatorze) equipamentos de proteção individual (vestimentas plumbíferas); e a realização de Treinamento de Proteção Radiológica para 7 (sete) profissionais em radiologia; todos os serviços realizados conforme especificações da RDC 611/22 MS/Anvisa. **DATA DE ABERTURA:** 11 de dezembro de 2023, às 08h00min. **VALOR MÁXIMO:** R$ 18.631,90 (dezoito mil, seiscentos e trinta e um reais e noventa centavos).

- O(s) edital(is) encontra(m)-se à disposição no site: **www.toledo.pr.gov.br** - link Licitações. Demais informações: Depto. Licitações e Contratos do Município de Toledo, Rua Raimundo Leonardi, 1586, Centro, Toledo/PR, de segunda a sexta-feira, Fone: (45) 3196-2152**,** e-mail: **licitacao@toledo.pr.gov.br**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA DA CULTURA

RESULTADO DAS ANÁLISES DAS INSCRIÇÕES RECEBIDAS PARA O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 011/2023 – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 011/2023 – "LUZ, CÂMERA E AÇÃO!" | APOIO ÀS PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS | LEI PAULO GUSTAVO – PÓS PERÍODO DE RECURSO

A Comissão Organizadora dos editais produzidos com os recursos oriundos da Lei Complementar nº 195/2022 (Lei Paulo Gustavo) **INFORMA** o resultado das análises realizadas na **etapa de RECURSOS às análises de Mérito** das inscrições recebidas no Edital de Chamamento Público nº 011/2023 | "LUZ, CÂMERA E AÇÃO!| APOIO ÀS PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS:

- **EDITAL Nº 011/2023 | CATEGORIA I: APOIO À PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS | CURTAS-METRAGENS**

Proponente	Título da proposta	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final	Cotista			Status da Proposta
						Negro	Indígena	Sem cota	
Heabby Asafh Lima	Banda MOOZ	63	36	54	51			X	**INABILITADO**
Pedro Henrique de Andrade Copini	A história por tras do album ˜Parallel Unverse	00	00	00	00			X	**DESCLASSIFICADO** (este mesmo projeto também está inscrito na categoria Média-Metragem indo contra ao que está exposto no item 8.1.4 do Edital 011/2023)

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

Luisa Baena Canezim de Mel	Corda Bamba	61	69	67	65			X	**HABILITADO**
Diego Rafael Seratto	Narrativas silenciadas: Sobre(Viver) em Toledo	78	62	74	71	X			**HABILITADO POR NOTA E VAGA DE COTA**
MARCOS WILLIAM BIRCK DE SOUZA	História do Mutirão	64	77	67	69	X		X	**HABILITADO**
Lessandro Fernandes	RUAS (JUVENTUDE PERDIDA)	75	63,4	55	64	X			**INABILITADO**
Alexsandro da Silva	Memórias Sonoras e Passos Contemporâneos: Celebrando a Dança e a História de Toledo	63	54	55	57			X	**INABILITADO (RECURSO INFERIDO)**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

ANA CAROLINA DE PAULA	"Histórias Femininas: Vivências Maternas"	76	63	80	73	**X**			**HABILITADA POR NOTA E VAGA DE COTA**
BECSOUMAN CASA DE NOTÍCIAS LTDA	A menina que sabe viver	68	60	64	64			**X**	**INABILITADO**
ISAAC DE JESUS	Cultivando Arte - Um documento sobre o Graffiti as expressões artísticas urbanas em Toledo	76	69	64	69			**X**	**HABILITADO**
ASSOCIAÇÃO SKATE CLUBE E ESPORTES RADICAIS DE TOLEDO	Mantendo as bases fortes	70	70	59	66			**X**	**HABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764 Página 65 de 93

- **EDITAL Nº 011/2023 | CATEGORIA I: APOIO À PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS | MÉDIAS-METRAGENS**

Proponente	Título da proposta	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final	Cotista			Status da Proposta
						Negro	Indígena	Sem cota	
ROSANGELA DE JESUS PIMENTA TESSARO	Dumtakatá (coletivo) "A Arte que Não Envelhece: Dança do Ventre na Maturidade"	72	75	68	71			X	**HABILITADO POR NOTA**
FERNANDA VIEIRA MARQUES	Carfanaum	37	73	64	58			X	**INABILITADO**
ALEXSANDRO DA SILVA	Uma Jornada de Recomeço	48	41	74	54			X	**INABILITADO**
Pedro Henrique de Andrade Copini	A história por trás do	48	43	33	41			X	**INABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

	álbum˜ Parallel Unverse								
MARCOS WILLIAM BIRCK DE SOUZA	VIVENDO NO MATO	70	68	60	66	**X**			**INABILITADO**
GH Filmes	Añetete	70	75	66	70			**X**	**HABILITADO POR DESEMPATE DE NOTA** (vide critério de desempate entre propostas que consta no ANEXO III do Edital nº 011/2023)
GH filmes	O Guerreiro Solitário	61	69	60	63			**X**	**INABILITADO**
Ateliê Art-Tayaa	Documentário Art-Tayaa – Histórias de uma vida e da cultura local	72	67	79	72			**X**	**HABILITADO POR NOTA**
Miorando Eventos LTDA	Resgate histórico do Grupo Collase e da Banda Lira Antiga	65	57	46	56			**X**	**INABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764 Página 67 de 93

ASSOCIAÇÃO DE HIP-HOP E FÓRUM DE DANÇA	Cultura Hip Hop em Toledo	70	66	62	66	X			**INABILITADO**
Vagner Januário de Souza	"Surya — a Fada que mora na máquina de costura"	50	60	60	56			X	**INABILITADO**
CORAL CRISTO REI	CRISTO REI 75 ANOS	60	67	60	62			X	**INABILITADO**
KAUAN HENRIQUE DA SILVA VIEIRA	Dragões no oeste. A história da cultura Kung Fu em Toledo/PR.	62	54	61	59			X	**INABILITADO**
DAYANE ANDRESSA MENDES	Resiliência e Inspiração: Narrativas de Mulheres Negras	75	67	72	71	X			**HABILITADO POR COTA E NOTA**
ROSSETTO EDITORACAO LTDA	A HISTÓRIA DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR	63	79	57	66			X	**INABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

DAYANE ANDRESSA MENDES	Toledo no Ritmo Gaúcho: Tradições Vivas	57	66	57	60	**X**			**INABILITADO**
ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES E AMIGOS DOS AUTISTAS – VIDA	Trajetória da Associação Vida Autista de Toledo – 14 anos	70	61	81	70			**X**	**INABILITADO**
CARLOS ROBERTO PEREIRA	Documentário sobre a história da capoeira em Toledo	64	67	66	65	**X**			**INABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA DA CULTURA

- **EDITAL Nº 011/2023 | CATEGORIA I: APOIO À PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS | LONGAS-METRAGENS**

Proponente	Título da proposta	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final	Status da proposta
Luiz Felipe Feitosa	Circo da Alegria – O espetáculo da Vida... 30 anos de História e Transformação Social	60	64	67	63	**INABILITADO**
GH filmes	ECOS	65	66	63	64	**INABILITADO**
GH FILMES	Vwayaj	62	83	58	67	**INABILITADO**
ZOCCA & SILVA LTDA	Toledo: Patrimônio Cultural em Foco	58	56	55	56	**INABILITADO (RECURSO INDEFERIDO)**
Mirabolante produções LTDA	Cultura rural e a epopeia da família Kuhn	59	47	53	53	**INABILITADO**
Gabriela de Giuli Rodrigues Pinto	FAMINTOS	70	66	67	67	**HABILITADO POR DESEMPATE** (conforme critério de desempate que consta no ANEXO III do Edital 011/2023)

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

ROSSETO EDITORAÇÃO	A HISTÓRIA DOS DISTRITOS DE TOLEDO	62	78	57	65	**INABILITADO**
DAYANE ANDRESSA MENDES	Toledo educa	64	60	42	55	**INABILITADO**
Érika Borges de Oliveira	Protagonistas da Terra - Mulheres do Agronegócio em Toledo/Pr.	70	56	63	63	**INABILITADO (RECURSO INDEFERIDO)**
MTZ	“PODE TOCAR – Notas de uma História Musical"	65	48	76	63	**INABILITADO**
ASSOCIAÇÃO EMBAIXADA SOLIDÁRIA	“Documentário Chegadas”	70	77	72	**73**	**HABILITADO**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764

- **EDITAL Nº 011/2023 | CATEGORIA I: APOIO À PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS | VIDEOCLIPES**

Proponente	Título da proposta	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final	Status da proposta
Gisele Santos Silva	Banda Clarete "Memória Viva"	64	67	71	67	**Habilitada**
Gisele Santos Silva	Banda Clarete "Humanas"	63	65	73	67	**Habilitada**
Renato Leadro Mendes	Banda Stone Dogs	49	56	49	51	**Habilitada**
Raphael Fritzen Moreira	Banda Bombtrack	65	62	54	60	**Habilitada**
Marcos Ramos dos Santos	Banda Old Side	54	39	46	46	**Habilitada**
Rui Hoberdã Fiametti	Banda Los Coronezos	60	60	41	53	**Habilitada**
Luciano Andre Gertrudes	Utavurú - Ventre da Aldeia Brasi	59	65	61	61	**Habilitada**
Gianni Ambrosino	Tem Dois Mil Anos	59	64	53	58	**Habilitada**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764

Leônidas Octaviano da Silva	Ta muito quente	58	54	42	51	**Habilitada**
Luisa Baena Canezim de Melo	Lulu Canezim	65	70	63	66	**Habilitada**
Allysson Guilherme Delegá Cantão	Talking About You	61	60	53	58	**Habilitada**
Thiago Coutinho dos Santos	Banda Carmenn	53	57	53	54	**Habilitada**
LESSANDRO FERNANDES	Banda Juventude Perdida	65	74	55	64	**Habilitada**
Bruno Willian Gregorio	Banda The Scream	55	59	43	52	**Habilitada**
Méry Betânia Icislowski	Poesia para se viver	46	58	48	50	**Habilitada**
CARLOS ROBERTO SCHERER	A GENTE TAMBÉM VIVE	49	65	46	47	**Habilitada**
Dayane Andressa	Vinde a Mim	38	55	49	47	**Habilitada**
Janiny Bordin Gimenes	A mulher que me tornei	70	60	54	61	**Habilitada**
Irineu Valter Fávaro Zottesso	Banda Hovy Crows - Dark Twist	63	62	40	55	**Habilitada**
Irineu Valter Fávaro Zottesso	Hovy Crows - Just One	63	62	39	54	**Habilitada**

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

Altemar Rodrigues Barreto	Carbox Band	52	54	51	52	**Habilitada**
Mateus Gentil	Algo pra esquecer, algo pra lembrar	56	52	40	49	**Habilitada**

A Comissão Organizadora destaca que as etapas de Análise de MÉRITO já se encerraram. Portanto, as inscrições INABILITADAS não prosseguem para a **ETAPA DE ANÁLISE DE HABILITAÇÃO DOCUMENTAL**. As propostas HABILITADAS podem encaminhar os documentos pertinentes à sua natureza de inscrição (pessoa física ou pessoa jurídica) **a partir de amanhã (27/11)** e segue até o dia 01/12/2023 exclusivamente pelo formulário eletrônico da plataforma Google Forms cujo link se encontra no Edital nº 011/2023.

Especificamente para os inscritos no **Edital nº 011/2023** o cronograma de etapas seguirá da seguinte forma:

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764 Página 74 de 93

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA DA CULTURA

ATIVIDADE	PERÍODO
~~Período de recurso~~	~~22 a 25/11/2023~~
~~Publicação do resultado dos recursos~~	~~26/11/2023~~
Prazo para envio dos documentos na etapa da Habilitação	27/11/2023 a 01/12/2023
Análise da habilitação	02 e 03/12/2023
Publicação do Edital de Prévia dos Habilitados e Inabilitados	04/12/2023

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA DA CULTURA

Período de recurso	05, 06 e 07/12/2023
Publicação das propostas homologadas	08/12/2023
Chamada para assinatura dos Termos de Execução Cultural	09 a 11/12/2023
Prazo para pagamento do recurso	A partir de 20/12/2023
Prazo para realização das Contrapartidas	15/12/2024
Prazo para entrega do Relatório de Execução do Projeto	15/01/2024

Toledo, 26 de novembro de 2023.

Atenciosamente

COMISSÃO ORGANIZADORA DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 011/2023
“LUZ, CÂMERA E AÇÃO!”| APOIO ÀS PRODUÇÕES AUDIOVISUAIS
| LEI PAULO GUSTAVO |

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

Ano XIII | Toledo, 27 de novembro de 2023 | Edição nº 3.764 | Página 77 de 93
ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br

RESULTADO DAS ANÁLISES DE MÉRITO DAS INSCRIÇÕES RECEBIDAS PARA O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 012/2023 – FOMENTO ÀS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E REALIZAÇÃO DE EVENTOS CULTURAIS | LEI PAULO GUSTAVO

A Comissão Organizadora dos editais produzidos com os recursos oriundos da Lei Complementar nº 195/2022 (Lei Paulo Gustavo) **INFORMA** o resultado das propostas recebidas no Edital de Chamamento Público nº 012/2023 | Fomento às apresentações artísticas e realização de eventos culturais após o período de **RECURSO** aberto entre os dias 21 a 24/11/2023, tal como seguem:

- **EDITAL Nº 012/2023 | CATEGORIA I: APOIO ÀS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS**

  TODAS AS INCRIÇÕES NESTA CATEGORIA ESTÃO HABILITADAS

Proponente	Título da proposta	Segmento Cultural	Natureza da Inscrição	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final
Luciana da Costa Ferreira 02043878921	"Tem teatro por aqui – em cordel"	Teatro	PJ	66	69	65	67
Luciana da Costa Ferreira	"Reflexo momento"	Teatro	PF	68	69	66	68

Mateus Luis Gentil	Banda Outro Lado	Música	PF	57	65,5	60	61
Mateus Luís Gentil - 26.961.981/0001-27	Mateus Gentil Duo Acústico	Música	PJ	59	64	57	60
Solanger Maria Mascarello – MEI - 268027910001/67	Círculo de empoderamento: dança, meditação e celebração da vida para mulheres agricultoras	Dança	PJ	53	72,6	52	59,2
Vitória de Lucimar Sperb	Néctar Performances	Circo	PF	50	71	55	59
Rafael Meneghini	Festival Pode Tocar	Música	PF	56	65,8	72	65
Associação de hip-hop e fórum de dança 27.465.985/0001-87	5ª Essência	Dança	PJ	82	82,8	83	82,6
Renato Leandro Mendes	Banda Stone Dogs	Música	PF	61	58,5	60	60
Marcos Ramos dos Santos	Banda Old Side	Música	PF	62	58,5	65	62
Grupo de Danças Folclóricas Integração	Apresentação de danças	Dança	PJ	66	59	67	64

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764 Página 78 de 93

	folclóricas italianas e alemãs						
Ana Clara Santin	Apresentação de Dança	Dança	PF	49	49,5	60	53
Jonas Cirilo Martins	Pixain of Gang	Dança	PF	50	71,5	51	57,5
Ana Clara Schneider Lemhckulh	Bateria RapoZona	Música	Grupo sem CNPJ (PF)	52	48	59	53
Carlos Roberto Scherer	Banda Terno de Vidro	Música	PF	57	66,5	58	60,5
Luisa Baena Canezim de Melo	Rock na Rua	Música	PF	79	71,5	80	77
Gianni Ambrosino	Alma Livre Ao vivo e Acústico	Música	PF	64	71,2	70	68
Helena Pioresan Rocha Silva	Apresentação de dança	Dança	PF	49	49,5	52	50
Luciano Andre Gertrudes	Frequencial ao vivo – Andre Longo	Música	PF	73	66	72	70
Douglas Sipriano de Paula	Pinneal Conection	Música	PF	71	66	70	69
David Salata Alves	Loops na Rua	Música	PF	68	64	70	67
Altemar Rodrigues Barreto	Carbox Band	Música	PF	50	50,5	52	51

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

Allysson Guilherme Delegá Cantão	Allysson Delegá – Guitarra instrumental ao vivo	Música	PF	68	59,5	70	66
Leandro Rui Barbosa	Banda Marola	Música	PF	67	50,5	65	61
Lessandro Fernandes	Banda Juventude Perdida	Música	PF	80	65,8	85	77
Gisele Santos Silva	Banda Clarete	Música	PF	56	64,5	55	58,5
Marília Czerechowicz Hang	Apresentação de dança	Dança	PF	55	49,5	54	53
Cesar Augusto Battisti	Coral da Unioeste	Música	PF	50	60,3	70	60
Angela Cecília Militão de Oliveira	Embaixadoras da MPV	Música	PF	62	58,5	72	64
29 propostas inscritas para a Categoria I							

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

- **EDITAL Nº 012/2023 | CATEGORIA II: APOIO À ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DE EVENTOS ARTÍSTICOS E CULTURAIS**

Proponente	Título da proposta	Segmento Cultural	Natureza da Inscrição	Nota Parecerista I	Nota Parecerista II	Nota Parecerista III	Média final e Parecer	Status da inscrição
Claudinei Fernando Betim	Metal Fest VI	Música	PF	22	35	30	**29**	**Inabilitado**
Grupo De Dancas Folcloricas La Vita E Bela	Apresentação de danças folclóricas	Dança	PJ	45	50	40	**45**	**Inabilitada**
Wilson Cristiano Gerlach	Oficinas de Arte em Papel	Artes Plásticas	PF	39	51,2	58	**49,4**	**Inabilitado**
SOLANGER MARIA MASCARELLO – MEI - 268027910001/67	Festival Ilumina Toledo	Dança	PJ	52	56	55	**54**	**Inabilitado**
Douglas Sipriano de Paula	Festival Ressonância Divina	Economia Criativa	PF	41	64,7	56	**54**	**Inabilitado**
Greice Karine Kölln	1ª Mostra de fotografia e saúde sexual LGBTQIA	Artes Visuais	PF	50	64,4	50	**54,8**	**Inabilitado**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764 Página 81 de 93

	PN+ de Toledo/PR							
Cavalleri Produções e Serviços	Carnaval das Crianças no CEU das Artes	Cultura popular	PJ	55	60,5	65	**60** (nota alterada após pedido de recurso)	**Inabilitado**
Gicelle Jan Centro de Arte e Movimento LTDA	Dança em Progressão	Dança	PJ	69	53,5	75	**62**	**Inabilitado**
Elisa Morais Ferrer Guimarães	Feira Cultural Movimenta Toledo	Artesanato	PF	54	67,9	65	**62**	**Inabilitado**
Grupo de Danças Folclóricas Integração	Mostra Regional de Danças Folclóricas Italianas e Alemãs	Dança	PJ	71	51,5	65	**62,5**	**Inabilitado**
CENTRO DE TRADIÇÕES GAUCHA CTG CHAMA CRIOULA	XVI FESTOART (Festival Toledano de Artes e	Cultura Popular	PJ	75	39,8	74	**63**	**Habilitado**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764

	Tradições)							
Associação Toledana de Circo	15 anos do Circo Ático	Circo	PJ	56	59	78	**64**	**Habilitado**
Associação Focinhos Carentes de Toledo	Rockato	Música	PJ	78	50	75	**68**	**Habilitado**
Cooarte Cooperativa de Artesãos de Toledo	3ª Feira Regional de Artes e Artesanato de Toledo	Artesanato	PJ	77	62,1	80	**73**	**Habilitado**
Circo da Alegria	XVIII Mostra de Circo Social e XI Festival Nacional de Circo de Toledo	Circo	PJ	79	64,9	82	**75**	**Habilitado**
Associação Embaixada Solidária de Toledo	II Semana do Migrante – somos todos migrantes	Cultura popular e estrangeira	PJ	88	74,9	90	**84**	**Habilitado**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

Carlos Roberto Pereira	26º Encontro e troca de cordas – Projeto de Capoeira entra nessa roda	Cultura Popular	PF grupo sem CNPJ	95	65,5	95	**85**	**Habilitado**
ASSOCIAÇÃO DE HIP-HOP E FORUM DE DANCA - AH2T	Festival Cultural de Dança – Let's Dance	Dança	PJ	92	86,6	92	**90**	**Habilitado**
Associação Social São Vicente de Paula	Coral São Vicente	Música	PJ	48	52	50	**50**	**Inabilitado**
Adriana de Andrade Grezzi 581.736.686-04	Pé na estrada - Toledo	Artes plásticas	PJ	50	55	52	**52**	**Inabilitado**
Valdirene Olegario Ortiz Marssaro | Arte Música	Espetáculo de Dança	Dança	PJ	58	60	57	**58**	**Inabilitado**
Valdirene Olegario Ortiz Marssaro | Arte Música	Recital ArteMúsica	Música	PJ	58	61	58	**59**	**Inabilitado**

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII | Toledo, 27 de novembro de 2023 | Edicão nº 3.764 | Página 84 de 93

A Comissão Organizadora destaca que o período de RECURSOS já está finalizado e, sendo assim, não há mais período para novos recursos nesta etapa de MÉRITO. Aos habilitados, a próxima etapa que segue é a da **ANÁLISE POR HABILITAÇÃO** documental. Conforme o cronograma de etapas, o prazo para envio de documentação necessária inicia em **26/11/2023 e segue até as 23h59 do dia 30/112023**. A listagem de toda documentação se encontra no **Edital nº 012/2023** e o formulário eletrônico elaborado na plataforma *Google Forms* para envio de toda a documentação será aberto dia 26/11/2023 (link do formulário também está no edital nº 012/2023).

Toledo, 25 de novembro de 2023

Atenciosamente

COMISSÃO ORGANIZADORA
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO No 012/2023 – "FOMENTO ÀS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E EVENTOS CULTURAIS" EDITAL DE SELEÇÃO DE PROJETOS PARA FIRMAR TERMO DE EXECUÇÃO CULTURAL COM RECURSOS DA COMPLEMENTAR 195/2022 (LEI PAULO GUSTAVO) – DEMAIS LINGUAGENS

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edicão nº 3.764 Página 85 de 93

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA DA CULTURA

RESULTADO DAS ANÁLISES DE MÉRITO APÓS PERÍODO DE RECURSO DAS INSCRIÇÕES RECEBIDAS PARA O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 013/2023 – "A CULTURA VIVE!" | PREMIAÇÃO ARTESANATO, ARTES PLÁSTICAS E VISUAIS E LITERATURA - LEI PAULO GUSTAVO

A Comissão Organizadora dos editais produzidos com os recursos oriundos da Lei Complementar nº 195/2022 (Lei Paulo Gustavo) **INFORMA** o resultado das análises realizadas **APÓS PERÍODO RECURSAL** das inscrições recebidas no Edital de Chamamento Público nº 013/2023 | "A CULTURA VIVE!" | PREMIAÇÃO ARTESANATO, ARTES PLÁSTICAS E VISUAIS E LITERATURA - LEI PAULO GUSTAVO:

Proponente	Segmento Cultural	Natureza da Inscrição	PONTUAÇÃO	Status da Proposta
Roseli de Oliveira Francisco	Artesanato	PF	18	HABILITADO
Gislaine Aparecida de Oliveira	Artesanato	PF	60	HABILITADO
Elisabeth Maria Friedrich	Artesanato	PF	55	HABILITADO
CLEONICE DUMKE	Artesanato	PF	55	HABILITADO
Euny Bento Eufrânio	Artesanato	PJ	55	HABILITADO
André Luiz Lorscheiter	Artesanato	PJ	50	HABILITADO
Claudineia da Graça Feitosa	Artesanato	PJ	60	HABILITADO

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

Irene Heimerdinger	Artesanato	PJ	55	HABILITADO
Ana Lucia Scalcon	Artesanato	PJ	55	HABILITADO
FÁTIMA ODELI	Artesanato	PF	50	HABILITADO
Diego Rafael Seratto	Artes Plásticas e Visuais	PF	42	HABILITADO
Luciano Dosso Almeida	Artes Plásticas e Visuais	PF	38	HABILITADO
ISAAC SOUZA DE JESUS ARTE URBANA EIRELI	Artes Plásticas e Visuais	PJ	60	HABILITADO
LARISSA DOS SANTOS SALGADO ROSENDO	Artes Plásticas e Visuais	PF	50	HABILITADO
Thiago Garcia Ribeiro	Artes Plásticas e Visuais	PF	42	HABILITADO
Rosangela de Jesus Pimenta Tessaro Dumtakata Grupo	EVENTO DE DANÇA CADASTRADO EM EDITAL ERRADO	PF	DESCLASSIFICADO	DESCLASSIFICADO
Kimberly De Marchi	Artes Plásticas e Visuais	PF	50	HABILITADO
Edy das Graças Braun	Artes Plásticas e Visuais	PF	60	HABILITADO

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br
Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764

Méry Betânia Icislowski	Artes Plásticas e Visuais	PF	22	HABILITADO
Adriane de Andrade Grezzi	Artes Plásticas e Visuais	PF	60	HABILITADO
Viivaldo Simoneto	Artes Plásticas e Visuais	PF	33	HABILITADO
Pamela Elger	Artes Plásticas e Visuais	PF	37	HABILITADO
MARIANA GOUVEIA CRUZ 35893107829	Literatura	PJ	55	HABILITADO
Cassiel da Rosa	Literatura	PF	45	HABILITADO
Saudi Junior Pedroso	Literatura	PF	38	HABILITADO
ELIANA MASSOLA	Literatura	PF	60	HABILITADO
50.262.128 EDNA NUNES DA SILVA	Literatura	PJ	60	HABILITADO
Helena Maria Slongo	Literatura	PF	55	HABILITADO
LUCRECIA WELTER RIBEIRO	Literatura	PF	55	HABILITADO
Juraide de Fatima Alves Rodrigues (Clube da Poesia de Toledo)	Literatura	PF	50	HABILITADO
Malgarete Justina Frasson	Literatura	PF	50	HABILITADO
Maria Eunice Silva de Lacerda	Literatura	PF	50	HABILITADO

SECRETARIA DA CULTURA DE TOLEDO – SEDE
Biblioteca Municipal | Centro Cultural Oscar Silva
Avenida Tiradentes, 1165 - Centro
Cep: 85. 900-230 – Toledo/PR | (45) 3196-2316/ (45) 3196-2318 | cultura@toledo.pr.gov.br

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br

Vitor Beal	Literatura	PF	55	HABILITADO
Helga Ivone Viezzer	Literatura	PF	55	HABILITADO

A Comissão Organizadora destaca que o período de RECURSOS já está finalizado e, sendo assim, não há mais período para novos recursos nesta etapa de MÉRITO. Aos habilitados, a próxima etapa que segue é a da **ANÁLISE POR HABILITAÇÃO** documental. Conforme o cronograma de etapas, o prazo para envio de documentação necessária inicia em **26/11/2023 e segue até as 23h59 do dia 30/112023**. A listagem de toda documentação se encontra no **Edital nº 013/2023** e o formulário eletrônico elaborado na plataforma *Google Forms* para envio de toda a documentação será aberto dia 26/11/2023 (link do formulário também está no edital nº 013/2023).

Toledo, 25 de novembro de 2023.

Atenciosamente

COMISSÃO ORGANIZADORA
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO No 013/2023 – "A CULTURA VIVE!" | PREMIAÇÃO ARTESANATO, ARTES PLÁSTICAS E VISUAIS E LITERATURA - LEI PAULO GUSTAVO

Ano XIII Toledo, 27 de novembro de 2023 Edição nº 3.764 Página 89 de 93

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº . 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
O Gabinete do Prefeito dá garantia da autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.toledo.pr.gov.br

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO
Estado do Paraná

ATO N° 62, de 24 de novembro de 2023.

Abertura de Crédito Adicional Suplementar.

A Mesa da Câmara Municipal de Toledo, no uso das atribuições que lhe são conferidas regimentalmente;

considerando que a abertura de crédito adicionais suplementar está prevista no artigo 9º da Lei nº 2.534, de 20 de dezembro de 2022, bem como, no artigo 17 da Lei nº 2.495, de 27 de setembro de 2022;

RESOLVE:

Art. 1° - Abrir crédito adicional suplementar no orçamento da Câmara Municipal de Toledo.

Art. 2° - Ficam abertos créditos adicionais suplementares, no valor total de R$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil reais), mediante a suplementação das naturezas de despesa e fontes de recurso a seguir especificadas:

CRÉDITO SUPLEMENTAR
PROJETO/ATIVIDADE 01.001 - 01.031.00012-002 ATIVIDADES LEGISLATIVAS
4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE ..... R$ 440.000,00
00110 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 440.000,00

PROJETO/ATIVIDADE 01.001 - 01.031.00012-005 MANUTENÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DA CÂMARA MUNICIPAL
3.3.90.46.00.00 AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO ..... R$ 10.000,00
00260 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 10.000,00
4.4.90.52.00.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE ..... R$ 180.000,00
00270 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 180.000,00

CANCELAMENTO
PROJETO/ATIVIDADE 01.001 - 01.031.00012-002 ATIVIDADES LEGISLATIVAS
3.3.90.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO ..... R$ 20.000,00
00040 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 20.000,00

PROJETO/ATIVIDADE 01.001 - 01.031.00012-004 PREVIDÊNCIA A SERVIDORES E VEREADORES
3.1.90.13.00.00 CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS ..... R$ 80.000,00
00130 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 80.000,00
3.1.91.13.00.00 CONTRIBUIÇÕES PATRONAIS ..... R$ 30.000,00
00150 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 30.000,00

PROJETO/ATIVIDADE 01.001 - 01.031.00012-005 MANUTENÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DA CÂMARA MUNICIPAL
3.1.90.11.00.00 VENCIMENTOS E VANTAGENS FIXAS – PESSOAL CIVIL ..... R$ 40.000,00
00170 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 40.000,00
3.3.90.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO ..... R$ 120.000,00
00200 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 120.000,00
3.3.90.36.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA ..... R$ 140.000,00
00230 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 140.000,00
3.3.90.40.00.00 SEVIÇOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PJ ..... R$ 200.000,00
00250 000/0/1/7/0/0 Recursos Ordinários (Livres) ..... R$ 200.000,00

CÂMARA MUNICIPAL DE TOLEDO
Estado do Paraná

Art. 3° - Este Ato entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício Vereador Guerino Antônio Viccari, 24 de novembro de 2023.

EDIMILSON DIAS BARBOSA:00749504951
Assinado digitalmente por EDIMILSON DIAS BARBOSA:00749504951
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, OU=AC ONLINE RFB v5, OU=AR ONLINE SUL, OU=Presencial, OU=14695517000157, CN=EDIMILSON DIAS BARBOSA:00749504951
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: Aos locatização de assinatura aqui
Data: 2023.11.24 09:01:20-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

DUDU BARBOSA
Presidente da Câmara Municipal

GERALDO HARDI WEISHEIMER:71784543934
Assinado digitalmente por GERALDO HARDI WEISHEIMER:71784543934
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=videoconferencia, OU=33683111000107, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=ARSERPRO, OU=RFB e-CPF A3, CN=GERALDO HARDI WEISHEIMER:71784543934
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2023.11.24 09:02:50-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2023.2.0

GERALDO WEISHEIMER
Primeiro-Vice-Presidente

VALTENCIR CARECA
Segundo-Vice-Presidente

VALDOMIRO NUNES FERREIRA
DATA
24/11/2023
SERPRO

Primeiro-Secretário

GENIVALDO DE JESUS PINTO DE CASTRO
SERPRO

GENIVALDO JESUS
Segundo-Secretário

ATOS DE CONSELHOS E OUTROS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Município de Toledo

Estado do Paraná

RESOLUÇÃO Nº 029, de 24 de novembro de 2023.

Dispõe sobre a Apreciação o Documento Norteador da Atenção Primária à Saúde – APS.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Toledo, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pelas Leis Nacionais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal 1.642 de 06 de maio de 1991, e alterações posteriores, atendendo ao principio da participação e do controle social, vem tornar público que, em Reunião Ordinária do dia 21 de novembro de 2023 às 18h15min, no Auditório do Conselho Municipal de Saúde, sito à Rua Santo Campagnolo, 1216, Vila Industrial;

RESOLVE:

Art. 1º - APRECIAR, o Documento Norteador da Atenção Primária à Saúde - APS

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação

Toledo, 24 de novembro de 2023.

DIANDRO MARCIO BOMBANA:91371392900
Assinado de forma digital por DIANDRO MARCIO BOMBANA:91371392900
Dados: 2023.11.24 13:57:46 -03'00'

(assinado eletronicamente)

DIANDRO MÁRCIO BOMBANA
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Órgão Oficial Eletrônico do Município de Toledo
Lei nº2.022, de 16/03/2010
Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt
Prefeito Municipal
Fabiana Trento
Chefe de Gabinete do Prefeito
Rua Raimundo Leonardi, 1586
CEP 85900-110
Fone (45) 3196-2193
Toledo-PR
Email: toledopr.diariooficial@gmail.com
Site: www.toledo.pr.gov.br

Edição, publicação e assinatura do sítio eletrônico do município.
Gabinete do Prefeito

Certificação Digital ICP-BRASIL
A Certificação Digital é um conjunto de tecnologias e procedimentos que visam garantir a validade de um Certificado Digital, a ICP-BRASIL é a infraestrutura Legal Brasileira para Certificação Digital, de acordo com a Medida Provisória 2200 que estabelece e normatiza estas condições. Sendo assim, são considerados legalmente validos, no âmbito nacional, apenas os certificados emitidos por autoridades credenciais junto á ICP-BRASIL.
Com o uso de Certificados Digitais é possível anexar assinaturas digitais em arquivos digitais e assim atribuir-lhe o status de documento válido e original também de acordo com a Lei 11.419.



PROTOCOLO 05/2020

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VÍTIMA) - CRIANÇA E ADOLESCENTE

Novembro, 2020 (primeira versão)
Agosto, 2022 (versão revisada e atualizada)

TOLEDO – PR

Órgãos responsáveis pelo desenvolvimento e sistematização do Protocolo:

Secretaria Municipal de Assistência Social

Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria de Desenvolvimento Humano

Conselhos Tutelares

Extensão Universitária: Projeto de Apoio à Política de Proteção à Criança e ao Adolescente – PAPPCA

Pesquisa e Pós-Graduação: Grupo de Pesquisa e Defesa dos Direitos Humanos Fundamentais da Criança e do Adolescente - GPDDICA



PROTOCOLO 05/2020

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VÍTIMA) – CRIANÇA E ADOLESCENTE

O Protocolo trata do planejamento e da organização do atendimento da rede de políticas públicas no município de Toledo para que a criança e adolescente em situação de violência sexual possam usufruir do direito de serem respeitados, de terem protegidas sua intimidade e privacidade, de serem ouvidos e de permanecerem em silêncio (nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990 e suas atualizações, Lei nº 13.431/2017, Decreto nº 9.603/2018, Decreto Estadual nº 8.116/2021 e Lei 14.344/2022).

INFORMAÇÃO 2022 – Revisão e Atualização

A Equipe de Mobilização (EM) da RIPS, integrada por profissionais representantes das políticas municipais de Assistência Social, de Educação, de Saúde; Conselheiros Tutelares da Unidade II e docente do Curso de Serviço Social da Unioeste, informam a todos/todas profissionais dos serviços e órgãos dessa Rede de Políticas Públicas que integram o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que durante o ano de 2021 o trabalho desenvolvido por essa Equipe consistiu na revisão e atualização dos Protocolos coletivamente construídos e disseminados pela RIPS, desde o ano de 2016. Assim, para concretizar esse árduo e desafiador trabalho de revisão e atualização foi necessário envidar esforços e realizar diversos encontros de trabalho, num quantitativo aproximado de 19 reuniões, ao longo do ano de 2021 e até o início do mês de agosto 2022.

Postas essas considerações, com o teor do texto ora reapresentado, a EM-RIPS informa e dissemina essa proposta coletiva e intersetorial que concretiza o presente Protocolo.

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

APRESENTAÇÃO 2020

Nesse mês de novembro de 2020 temos muito a celebrar com os avanços que temos construído para consolidar iniciativas institucionais e intervenções profissionais comprometidas com a defesa e proteção dos direitos de cidadania no município de Toledo. Dentre os avanços, consideramos fundamental destacar:

I - A trajetória da Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo – RIPS está completando 5 (cinco) anos de efetivo funcionamento. No curso desses anos grandes foram os desafios e as dificuldades enfrentadas por aquelas/es que persistiram envidando esforços para o amadurecimento e a consolidação desse trabalho em rede. Para isso a atividade primordial consiste em elaborar e desenvolver estratégias que possibilitam a construção das pactuações/acordos/negociações que tornam efetiva a RIPS, pautada pelo caráter intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional.

II - O cumprimento do compromisso assumido para a elaboração/construção; bem como a publicização/lançamento do **Protocolo 05/2020** intitulado: **Proteção e Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual (vítima) – Criança e Adolescente**.

Na oportunidade em que tornamos público o **Protocolo 05/2020**, consideramos indispensável fazer um pequeno registro do quanto de trabalho coletivo acumulado está depositado no texto, no fluxograma e nos apêndices desse Protocolo. Para se chegar a esse resultado, partiu-se de uma atividade ampliada da RIPS em dezembro de 2017. Deflagrado o processo de construção, durante os anos de 2018 e 2019 foram realizadas 39 reuniões de trabalho, sendo: 02 Encontros Ampliados (dez./2018 e set./2019), 14 reuniões setoriais com órgãos/serviços da Rede, 23 reuniões da Equipe de Mobilização da RIPS (conhecida como EM-RIPS), responsável pela organização, pela problematização e pelas

sistematizações das propostas. No ano de 2020 foram realizadas 08 reuniões (até 03/09). Entre os meses de outubro e novembro foram necessários diversos encontros de trabalho do grupo encarregado pela revisão da redação, além dos encontros para a organização da reunião ampliada em que se apresentaria este protocolo (01, 08, 15 e 19/10; 05, 18 e 19/11). Posto isso, entre dezembro/2017 e novembro/2020 foi preciso mobilizar mais de cem profissionais, num total de 55 encontros de trabalho.

Enfim, podemos afirmar que o processo de construção desse Protocolo nos desafiou a lidar com os conflitos, as divergências de entendimentos e as resistências. Todavia, se chegamos até aqui, foi porque fomos capazes de viabilizar os consensos e tramar as pactuações/acordos/negociações necessárias para a construção desse referencial que objetiva um atendimento e proteção aprimoradas.

Desde já, nossos sinceros agradecimentos a todos e a todas que contribuíram e se dedicaram para que o município de Toledo possa contar com um Protocolo intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional para o atendimento e a proteção da criança e do adolescente em situação de violência sexual.

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

SUMÁRIO

PARTE I - ORIENTAÇÕES GERAIS..... 07

PARTE II- DAS PORTAS DE ENTRADA PARA A RECEPÇÃO E O PROCESSAMENTO DO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL..... 10

II.1 CONDUTAS PARA AS INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DAS PORTAS DE ENTRADA..... 11

II.1 CONDUTA PARA COMUNICAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE EQUIPES NO SGD 13

II.1.1 : Comunicação ao Conselho Tutelar..... 13

II.1.1 : Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD..... 14

II.1 - CONDUTA PARA A ESCUTA ESPECIALIZADA..... 15

PARTE III - DO PERCURSO DO ATENDIMENTO..... 18

III. 1 PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO HUMANO, CONSELHOS TUTELARES E DELEGACIAS..... 18

IV.1: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO QUANDO A PORTA DE ENTRADA FOR SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO, PRIVADO E SUPLEMENTAR (credenciados ou não ao SUS) **.....** 19

IV.2: PERCURSO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE - UBS e UPA..... 20

V: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NA SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA..... 20

VI: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO QUANDO A PORTA DE ENTRADA FOR OS SERVIÇOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL..... 20

VII: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NA SECRETARIA MUNICIPAL DEESPORTES E LAZER..... 21

VIII: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NOS CONSELHOS TUTELARES..... 21

IX: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NAS DELEGACIAS DE POLÍCIA..... 22

GLOSSÁRIO..... 23

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – SINAN..... 25

ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 5, DE 07 DE JANEIRO DE 2019, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO/SMS..... 27

APÊNDICE 1 – RELATÓRIO DE COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES NO SGD..... 37

APÊNDICE 2 – FICHA DE COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR..... 38

APÊNDICE 3 – FLUXOGRAMA PARA PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VÍTIMA) – CRIANÇA E ADOLESCENTE..... 41

APÊNDICE 4 - DIRETRIZES E PARÂMETROS PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE ESCUTA ESPECIALIZADA (Lei 13.431/2017 e Decreto 9.603/2018)..... 43

PARTE I

ORIENTAÇÕES GERAIS

Para instruir as ações de atendimento e de proteção conduzidas por meio deste Protocolo, considera-se o disposto: Na

Lei nº 13.431/2017, Art. 4º:

> […]
>
> III - violência sexual, entendida como qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda:
>
> a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro;
>
> b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico;
>
> c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação;
>
> […]
>
> IV - violência institucional, entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização.
>
> V - violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluídos os destinados a satisfazer suas necessidades, desde que a medida não se enquadre como educacional. (Incluído pela Lei nº 14.344, de 2022)
>
> § 1º Para os efeitos desta Lei, a criança e o adolescente serão ouvidos sobre a situação de violência por meio de escuta especializada e depoimento especial.
>
> § 2º Os órgãos de saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça adotarão os procedimentos necessários por ocasião da revelação espontânea da violência.
>
> § 3º Na hipótese de revelação espontânea da violência, a criança e o adolescente serão chamados a confirmar os fatos na forma especificada no § 1º deste artigo, salvo em caso de intervenções de saúde.

Conforme a Lei nº 14.321/2022, Art. 15 A, amplia-se o conceito de violência institucional,

Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade:
I - a situação de violência; ou
II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.
§ 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços).
§ 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro."

No Decreto nº 9.603/2018, Art. 5º:

I - violência institucional - violência praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento à criança ou ao adolescente vítima ou testemunha de violência;

II - revitimização - discurso ou prática institucional que submeta crianças e adolescentes a procedimentos desnecessários, repetitivos, invasivos, que levem as vítimas ou testemunhas a reviver a situação de violência ou outras situações que gerem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem;

III - acolhimento ou acolhida - posicionamento ético do profissional, adotado durante o processo de atendimento da criança, do adolescente e de suas famílias, com o objetivo de identificar as necessidades apresentadas por eles, de maneira a demonstrar cuidado, responsabilização e resolutividade no atendimento; e

IV - serviço de acolhimento no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - Suas - serviço realizado em tipos de equipamentos e modalidades diferentes, destinados às famílias ou aos indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir sua proteção integral.

No Decreto Estadual nº. 8.116/2021, Art. 8º.

Os órgãos, os serviços, os programas, os equipamentos públicos trabalharão de forma integrada e coordenada, garantidos os cuidados necessários e a proteção das crianças e dos adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, devendo definir, por via de protocolos, o fluxo de atendimento interno à criança e ao adolescente, observados os seguintes requisitos:

I - os atendimentos à criança ou ao adolescente serão feitos de maneira articulada, respeitada a matricialidade sociofamiliar;

II – a superposição de tarefas será evitada;

III – a cooperação entre os órgãos, os serviços, os programas e os equipamentos públicos será priorizada;

IV – os mecanismos de compartilhamento das informações serão estabelecidos;

V – o papel de cada instância ou serviço e o profissional de referência que o supervisionará será definido; e

VI – a criação de grupos intersetoriais locais para discussão, acompanhamento e

encaminhamento de casos de suspeita ou de confirmação de violência contra crianças e adolescentes.

Conforme a Lei nº 14.321/2022, Art. 15 A, amplia-se o conceito de violência institucional,

> Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade:
> I - a situação de violência; ou
> II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização:
> Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.
> § 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços).
> § 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro."

Na Lei 14.344/2022, Art. 6º.

> **CAPÍTULO II**
>
> **DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR**
>
> Art. 6º A assistência à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos nas (Estatuto da Criança e do Adolescente), e , no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente, quando for o caso.

PARTE II

DAS PORTAS DE ENTRADA PARA A RECEPÇÃO E O PROCESSAMENTO DO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Constituem-se como **Portas de Entrada** para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual:

Política de Saúde[1]: através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PAM), Unidades Especializadas de Saúde (Saúde Mental e Central de Especialidades), CISCOPAR, Hospitais (credenciados ao SUS públicos ou privados) e demais estabelecimentos de saúde em caráter privado e de Saúde Suplementar (clínicas médicas, consultórios, ambulatórios).

Política de Cultura: através dos projetos desenvolvidos pela Secretaria Municipal.

Política de Assistência Social[2]: através dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de

---

[1] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Promoção da Saúde/PNPS que constituem o referencial atualizado para a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:
a) Lei nº 8080, 19/09/1990 (dispõe sobre a instituição e organização do Sistema Único de Saúde – SUS).
b) Norma Técnica, 1999 – Ministério da Saúde (atualizações/2012): Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultante da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.
c) Portaria nº 936, 19/05/2004 – Ministério da Saúde: Estruturação da rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência.
d) Matriz Pedagógica para Formação de Redes, 2006 – Ministério da Saúde (atualização/2011): Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
e) Orientação metodológica, 2010 – Ministério da Saúde: Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.
f) Orientação metodológica, 2011 – Ministério da Saúde (atualização/2014): Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências.
g) Decreto Presidencial nº 7.958, 13/03/2013: Estabelece Diretrizes para o Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
h) Portaria nº 528, 01/04/2013 – Ministério da Saúde: Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
i) Lei nº 12.845, 01/08/2013: Dispõe sobre o Atendimento Obrigatório e Integral de Pessoas em Situação de Violência Sexual.
j) Portaria nº 1.271, 06/06/2014 – Ministério da Saúde: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
k) Portaria Interministerial nº 288, 25/03/2015 – Secretaria de Políticas para Mulheres, Ministério da Saúde e Ministério da Justiça: Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
l) Norma Técnica, 2015 – Ministério da Saúde. Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.
m) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde – Portaria nº 1.130/2015 – Ministério da Saúde.
n) Portaria de Consolidação nº 04, 28/09/2017 – Ministério da Saúde: Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

[2] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Assistência Social/PNAS que constituem o referencial atualizado para a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:
a) Lei nº 8742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social/Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
b) Política Nacional de Assistência Social/PNAS, 2004.
c) Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, 2005 e 2012.

Vínculos (SCFV), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Serviço de Acolhimento Institucional e entidades integrantes da rede socioassistencial não-governamental.

Política de Esportes e Lazer: através dos programas e projetos desenvolvidos pela Secretaria Municipal.

Política de Educação[3]: através dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), Escolas e Colégios Públicos e Privados, Centro Integrado de Políticas Educacionais (CIPE), Ensino de Jovens e Adultos (EJA), Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA), Instituições de Ensino Superior e demais unidades/equipamentos vinculados à Secretaria Municipal da Educação e ao Núcleo Regional de Educação.

Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano: através dos Centros da Juventude.

Conselhos Tutelares e Delegacias[4]: através de suas unidades.

II.2 CONDUTAS PARA AS INTERVENÇÕES PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DAS PORTAS DE ENTRADA

Constituem-se **Portas de Entrada** os serviços que acolhem a revelação espontânea e/ou identificam suspeita de violência sexual, sem fazer investigação que caracterize exploração da queixa.

---

d) Resolução nº 109, 11/11/2009 – Conselho Nacional de Assistência Social: Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS.

[3] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Educação/PNE que constituem o referencial atualizado para a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:
a) Lei nº. 9394, 20/12/1996: Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Art. 12 e 26).
Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos – Ministério da Educação/Ministério dos Direitos Humanos (1ª. edição ano de 2007 e 3ª. Reimpressão simplificada ano de 2018).

[4] Legislação e normatização da área da justiça e dos direitos humanos que constituem o referencial atualizado para a observância de requisitos legal no atendimento à pessoa em situação de violência sexual:
Decreto-Lei nº 2.848, 07/12/1940 (e atualizações): Código Penal.
Resolução nº 20/2005 - Organização das Nações Unidas/ONU – Diretrizes para a justiça em assuntos envolvendo crianças vítimas ou testemunhas de crimes.
Recomendação nº 33/2010 - Conselho Nacional de Justiça/CNJ: Recomenda aos tribunais a criação de serviços especializados para escuta de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência nos processos judiciais.
Resolução nº 169/2014 – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente/CONANDA: Dispõe sobre a proteção dos direitos de crianças e adolescentes em atendimento por órgãos e entidades do Sistema de Garantia de Direitos [Dispõe sobre organização do atendimento para criança e adolescente em situação de violência

Conforme o Art. 4º, IV, §2º da Lei nº 13.431/2017: "os órgãos da saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça deverão adotar os procedimentos necessários para quando ocorrer a revelação espontânea da violência".

A Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2017, p. 28), recomenda que "A criança ou o adolescente que espontaneamente revelar fatos sobre uma violação de seus direitos a um dos atores do SGD deve ser ouvida em ambiente reservado, de forma atenta e sem interrupção". Estas informações auxiliarão no encaminhamento para os demais órgãos da rede de proteção do Município de Toledo, de acordo com as respectivas competências de cada política pública e de cada serviço.

Independente da Porta de Entrada, o profissional que acolher a revelação espontânea e/ou suspeitar de situação de violência sexual deve preencher Parte I, Parte II e Parte IV do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD (Apêndice 1)** e encaminhar à **equipe técnica**[5] de referência da respectiva política pública.

O mesmo profissional que acolheu a revelação espontânea e/ou teve a suspeita da situação de violência sexual deve preencher a Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN (Anexo A), conforme **Instrução Normativa nº 5, de 07 de janeiro de 2019, da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo - SMS (Anexo B)**. A Ficha de Notificação preenchida deve ser encaminhada para o Setor deVigilância Epidemiológica do município de Toledo.

O percurso dos encaminhamentos em cada política pública, a partir da Porta de Entrada, seguirá os procedimentos especificados na **Parte III** do presente Protocolo, intitulado: **Do Percurso do Atendimento** (p. 18).

---

[5] **Na Política de Assistência Social**: Entende-se por equipe técnica de referência aquela composta pelas categorias profissionais de nível superior cujas habilidades atendem as especificidades dos serviços socioassistenciais, conforme a NOB-RH-SUAS – Art. 2º. Em Toledo, a equipe técnica é composta por servidores com formação em serviço social, psicologia e direito.
Na Política de Educação: Servidores de nível superior na função de Diretor, Coordenador, Psicopedagogo, Assistente Social, Psicólogo e Fonoaudiólogo.
Na Política de Saúde: Profissões consideradas na área da saúde segundo o Conselho Nacional de Saúde (Resolução Nº 287, de 08 de outubro de 1998): Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

II.3 CONDUTA PARA COMUNICAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE EQUIPES NO SGD

II.3.1 : Comunicação ao Conselho Tutelar

Conforme previsto:

Na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (e atualizações) - Estatuto da Criança e do Adolescente:

> Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Na Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017:

> Art. 13. Qualquer pessoa que tenha conhecimento ou presencie ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que constitua violência contra criança ou adolescente tem o dever de comunicar o fato imediatamente ao serviço de recebimento e monitoramento de denúncias, ao conselho tutelar ou à autoridade policial, os quais, por sua vez, cientificarão imediatamente o Ministério Público.

E no Decreto Presidencial nº 9.603, de 10/12/2018, Art. 9º., inciso III, parágrafo 1º: "O atendimento intersetorial poderá conter os seguintes procedimentos: [...] IV – Comunicação ao Conselho Tutelar; [...]".

A **Comunicação ao Conselho Tutelar (Apêndice 2)** será preenchida pela equipe técnica das políticas de Assistência Social, de Educação, de Saúde e de Desenvolvimento Humano e tem como finalidade dar ao órgão o conhecimento da ocorrência de situação de violência sexual contra crianças e adolescentes, para o devido registro e providências que se fizerem necessárias, conforme atribuições previstas no Art. 136, da Lei nº 8.069/1990.

II.3.2 : Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD

Conforme previsto nas Disposições Finais do Decreto Presidencial nº 9.603, de 10/12/2018:

> Art. 28 - Será adotado modelo de registro de informações para compartilhamento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, que conterá, no mínimo: I - os dados pessoais da criança ou do adolescente; II - a descrição do atendimento; III - o relato espontâneo da criança ou do adolescente, quando houver; e IV - os encaminhamentos efetuados.
>
> Art. 29 - O compartilhamento completo do registro de informações será realizado por meio de encaminhamento ao serviço, ao programa ou ao equipamento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, que acolherá, em seguida, a criança ou o adolescente vítima ou testemunha de violência.
>
> Art. 30 - O compartilhamento de informações de que trata o art. 29 deverá primar pelo sigilo dos dados pessoais da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.

Conforme previsto na Lei 14.344/2022

> Art. 4º As estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente serão incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, do Sistema Único de Saúde, do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema de Justiça e Segurança, de forma integrada, a fim de subsidiar o sistema nacional de dados e informações relativo às crianças e aos adolescentes.
> [...]
> § 2º Os serviços deverão compartilhar entre si, de forma integrada, as informações coletadas das vítimas, dos membros da família e de outros sujeitos de sua rede afetiva, por meio de relatórios, em conformidade com o fluxo estabelecido, preservado o sigilo das informações.
> § 3º O compartilhamento completo do registro de informações será realizado por meio de encaminhamento ao serviço, ao programa ou ao equipamento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, que acolherá, em seguida, a criança ou o adolescente vítima ou testemunha de violência.
> § 4º O compartilhamento de informações de que trata o § 3º deste artigo deverá zelar pelo sigilo dos dados pessoais da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.
> § 5º Será adotado modelo de registro de informações para compartilhamento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, que conterá, no mínimo:
> I - os dados pessoais da criança ou do adolescente;
> II - a descrição do atendimento;
> III - o relato espontâneo da criança ou do adolescente, quando houver;
> IV - os encaminhamentos efetuados.

O **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) tem como finalidade favorecer o acesso às informações que são necessárias para a continuidade do provimento de cuidados no serviço para o qual houve o encaminhamento da vítima. O compartilhamento de informações tem o objetivo de evitar a revitimização da criança e do adolescente vítima de violência sexual.

O referido **Relatório** é composto por quatro partes e será preenchido pelos serviços que se constituem como **Porta de Entrada** e pelos equipamentos e unidades que se constituem como **Percurso do Atendimento**, conforme **Fluxograma para Proteção e Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual (vítima) – Criança e Adolescente (Apêndice 3).**

Do preenchimento de cada parte do Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD:

PARTE I – Dados de Identificação: a ser preenchido pelos serviços que acolherem a denúncia ou revelação espontânea de violência sexual.

PARTE II - Registro das informações fornecidas em revelação espontânea: a ser preenchido pelos serviços que acolherem a denúncia ou revelação espontânea de violência sexual.

PARTE III - Registro das informações obtidas em entrevista de escuta especializada: a ser preenchido pelos integrantes de equipes técnicas dos serviços caracterizados como Percurso do Atendimento.

PARTE IV – Procedimentos e encaminhamentos: a ser preenchido pelos serviços caracterizados como Porta de Entrada e Percurso do Atendimento.

O **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) será encaminhado, via e-mail ou em envelope lacrado, aos cuidados do profissional da equipe técnica da unidade/serviço para onde se destina o encaminhamento, devendo os técnicos prezarem pelo cuidado/sigilo para com o teor das informações. O referido **Relatório** nunca deve ser transportado diretamente pelos responsáveis ou pela própria vítima.

Deve ser levado em consideração o sigilo profissional das informações registradas.

II.4 - CONDUTA PARA A ESCUTA ESPECIALIZADA

A conduta para a realização de entrevista de escuta especializada tem seu regramento nas **Diretrizes e Parâmetros para Realização de Entrevista de Escuta Especializada** (**Apêndice 4**).

As políticas públicas de Assistência Social, de Educação, de Saúde e Desenvolvimento Humano serão referência intrassetorial para a realização de entrevista de escuta especializada conforme o Art. 7º da Lei nº 13.431/2017 e Art. 19 do Decreto

Presidencial nº 9.603/2018, sendo eles:

> Art. 7º - Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, **limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade**. (grifo nosso)
>
> Art. 19 - A escuta especializada é o procedimento realizado pelos órgãos da rede de proteção nos campos da educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos, com o objetivo **de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para superação das consequências da violação sofrida limitado ao estritamente necessário para o cumprimento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados** (grifo nosso).

Quando avaliada a necessidade, o Serviço procede à realização da entrevista de escuta especializada (vide **Diretrizes e Parâmetros para Realização de Entrevista de Escuta Especializada**, **Apêndice 4**). Reitera- se que nessas unidades a entrevista de escuta especializada será de responsabilidade dos profissionais de nível superior, integrantes das equipes técnicas do serviço.

A lógica para o estabelecimento de um Percurso do Atendimento a ser realizado pelas políticas públicas de Saúde, de Assistência Social, de Educação e Desenvolvimento Humano se encontra regulamentada pelos artigos 10, 11 e 12 do Decreto Presidencial nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018, sendo eles:

> Art. 10. A atenção à **saúde** das crianças e dos adolescentes em situação de violência será realizada por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, nos diversos níveis de atenção, englobado o acolhimento, o atendimento, o tratamento especializado, a notificação e o seguimento da rede.
> Parágrafo único. Nos casos de violência sexual, o atendimento deverá incluir exames, medidas profiláticas contra infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência, orientações, quando houver necessidade, além da coleta, da identificação, da descrição e da guarda de vestígios.
>
> Art. 11. Na hipótese de o profissional da **educação** identificar ou a criança ou adolescente revelar atos de violência, inclusive no ambiente escolar, ele deverá:
> I - acolher a criança ou o adolescente;
> II - informar à criança ou ao adolescente, ou ao responsável ou à pessoa de referência, sobre direitos, procedimentos de comunicação à autoridade policial e ao conselho tutelar;
> III - encaminhar a criança ou o adolescente, quando couber, para atendimento emergencial em órgão do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e
> IV - comunicar o Conselho Tutelar.
> Parágrafo único. As redes de ensino deverão contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar de crianças e adolescentes por meio da implementação de programas de prevenção à violência.
>
> Art. 12. O **Suas** disporá de serviços, programas, projetos e benefícios para prevenção das situações de vulnerabilidades, riscos e violações de direitos de crianças e de adolescentes e de suas famílias no âmbito da proteção social básica e especial.

> § 1º A proteção social básica deverá fortalecer a capacidade protetiva das famílias e prevenir as situações de violência e de violação de direitos da criança e do adolescente, além de direcioná-los à proteção social especial para o atendimento especializado quando essas situações forem identificadas.
> § 2º O acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e de suas famílias será realizado preferencialmente no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - Creas, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, em articulação com os demais serviços, programas e projetos do Suas.
> § 3º Onde não houver Creas, a criança ou o adolescente será encaminhado ao profissional de referência da proteção social especial.
> § 4º As crianças e os adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e em situação de risco pessoal e social, cujas famílias ou cujos responsáveis se encontrem temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, podem acessar os serviços de acolhimento de modo excepcional e provisório, hipótese em que os profissionais deverão observar as normas e as orientações referentes aos processos de escuta qualificada quando se configurarem situações de violência.

Nos casos em que o profissional que recebe o documento com o registro de revelação espontânea considerar que esse contém subsídios suficientes para o cumprimento da finalidade de proteção social e provimento de cuidados, ele pode dispensar a realização de entrevista de escuta especializada.

Com vistas a subsidiar a realização de entrevista de escuta especializada nos serviços da rede intersetorial de políticas públicas, as equipes técnicas das políticas públicas de Assistência Social, de Saúde, de Educação e Desenvolvimento Humano desenvolveram o instrumento denominado **Diretrizes e Parâmetros para Realização de Entrevista de Escuta Especializada** (**Apêndice 4**). Este instrumento tem por objetivo assegurar que as informações necessárias para fins de provimento de cuidados e de proteção sejam obtidas, primando-se pela não revitimização.

PARTE III

DO PERCURSO DO ATENDIMENTO

III. 1 PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO HUMANO, CONSELHOS TUTELARES E DELEGACIAS

Realizar o acolhimento humanizado da vítima em situação de violência em local adequado, com a devida discrição, seguindo os preceitos éticos, observando as recomendações do Decreto Presidencial nº 7.958/2013 e da Norma Técnica, 2015 – Ministério da Saúde: *Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*.

a) Após o acolhimento de revelação espontânea ou identificada situação de violência sexual contra criança e/ou adolescente nas unidades das Políticas de Saúde, Assistência Social, de Educação e Desenvolvimento Humano (vide tópico II.5 - Parte II – PORTAS DE ENTRADA) o profissional que recebeu a revelação espontânea deverá procurar a Equipe Técnica do Serviço para preencher as **PARTE I** e **PARTE II** do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**);

b) A Equipe técnica, que receber o **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**), tem por objetivo assegurar o conjunto das intervenções para fins de "proteção social e de provimento de cuidados" (Art. 19, §4º. Decreto Presidencial n. 9.603/2018). Quando avaliada a necessidade, procede a realização da escuta especializada (vide **Diretrizes e Parâmetros para Realização de Entrevista de Escuta Especializada**, **Apêndice 4**) e preenche a sequência do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**).

c) Para o adequado provimento de cuidados em saúde é indispensável considerar o período de tempo transcorrido numa ocorrência de violência sexual, dessa forma:

c.1) Quando identificada situação de violência que ocorreu **em até 72 horas,** a vítima deverá ser referenciada imediatamente à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no Bairro Vila Becker. É indispensável que o profissional entre em contato telefônico (3196-3113) Sala de Supervisão de Enfermagem) com Coordenação de Enfermagem e/ou Assistente Social, da Unidade de Pronto Atendimento, com o objetivo de informar sobre o ocorrido e direcionar o atendimento da vítima para este profissional, visando minimizar os efeitos da revitimização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Quando houver a necessidade de dar sequência no acompanhamento em saúde a Unidade de Pronto Atendimento deverá fazer o **referenciamento da vítima para a UBS do seu território de**

residência através do Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD (**Apêndice 1**), via e-mail ou envelope lacrado, aos cuidados do enfermeiro(a), para que tome ciência e realize o acompanhamento/monitoramento da vítima.

c.2) Quando identificada situação de violência ocorrida **após 72 horas**, a vítima deverá ser referenciada à UBS do território de residência da vítima;

c.3)É indispensável que o referenciamento seja precedido de contato telefônico com enfermeiro e acompanhado do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD (Apêndice 1)**, com o objetivo de informar sobre o ocorrido e direcionar o contato da vítima, visando minimizar os efeitos da revitimização.

d) Orientar o responsável pela vítima para formalizar a denúncia/registro de Boletim de Ocorrência, através do comparecimento à Delegacia da Mulher ou 20ª Subdivisão Policial de Toledo (Delegacia de Polícia Civil).

e) Preencher e encaminhar a **Comunicação ao Conselho Tutelar** para as providências cabíveis (**Apêndice 2**).

f) Preencher a **Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN** (**Anexo A**) que deverá ser endereçada (em envelope lacrado, nunca sob posse da vítima) aos profissionais responsáveis pelo processamento da informação do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Para maiores esclarecimentos vide **Instrução Normativa SMS nº 5 de 07 de janeiro de 2019 (Anexo B)**.

g)Encaminhar o **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) para o CREAS do território de residência da vítima.

IV.1: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO QUANDO A PORTA DE ENTRADA FOR SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO, PRIVADO E SUPLEMENTAR (credenciados ou não ao SUS)

a)Quando identificada situação de violência nos Serviços de Saúde , exceto UBS, UPA e CAPS,o procedimento é realizar os cuidados pertinentes como a profilaxia pós exposição à IST. Encaminhar o **Relatório de Compartilhamento de Informações do SGD** (**Apêndice 1**), via e-mail ou malote, à UBS do território de residência da vítima, aos cuidados do gerente e/ou enfermeiro(a) para que tome ciência e realize o acompanhamento/monitoramento da vítima.

b)A sequência do atendimento deverá seguir o **PROCEDIMENTO PADRÃO**, conforme item III.1.

IV.2: PERCURSO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE - UBS e UPA

a) Caso a situação identificada tenha ocorrido **em até 72 horas:** ao receber o contato telefônico de técnicos de outras políticas públicas, os integrantes das equipes técnicas da UBS deverão orientar para o atendimento clínico imediato à vítima na UPA;

b)Caso a situação identificada tenha ocorrido **após 72 horas:** Ao receber contato telefônico de técnico de outras políticas públicas e serviços, deverá ser agendado atendimento clínico, preferencialmente dentro da mesma semana, solicitando o envio do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) para que o mesmo esteja na UBS antes do início do atendimento.

c)Chama-se a atenção para que seja verificada na **Parte IV** do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) se já foram realizados os encaminhamentos necessários para os demais serviços da Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo – RIPS.

V: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NA SECRETARIA MUNICIPAL DACULTURA

a) Após o acolhimento da revelação espontânea ou identificada situação de violência sexual contra criança e/ou adolescente o profissional deverá preencher as **PARTE I** e **PARTE II** do **Relatório de Compartilhamento de Informações do SGD** (**Apêndice 1**) que deverá encaminhar, via e-mail ou envelope lacrado para a UBS de referência do território da vítima para que esse serviço realize os procedimentos compatíveis às suas atribuições definidas pela Política da Saúde.

b) O profissional que acolheu e/ou identificou a situação de violência sexual deve preencher a **Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação** – SINAN (**Anexo A**) e encaminhá-la, via e-mail ou envelope lacrado, ao Departamento de Vigilância Epidemiológica – Secretaria Municipal da Saúde.

VI: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO QUANDO A PORTA DE ENTRADA FOR OS SERVIÇOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

a) Os SCFV governamentais após o acolhimento da revelação espontânea ou identificada situação de violência sexual contra criança e/ou adolescente, o profissional deve preencher as **PARTE I** e **PARTE II** do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) e deve encaminhá-lo via e-mail ou envelope lacrado para o CRAS de referência

do território da vítima para que esse serviço realize os procedimentos compatíveis às suas atribuições definidas pela Política de Assistência Social.

b) Caso a violência sexual contra a criança ou o adolescente ocorra em programa de acolhimento institucional o profissional que receber a revelação espontânea deverá verificar se as medidas cabíveis para proteção à vítima foram adotadas pela Instituição de Acolhimento, caso contrário deverá garantir que seja registrado o Boletim de Ocorrência, atendimento adequado à vítima nas áreas da saúde e da assistência social. O fato será avaliado em caráter de urgência pela Equipe Multiprofissional que procederá com as medidas cabíveis para afastamento imediato do violador.

c) Os demais serviços governamentais e não governamentais deverão seguir o PROCEDIMENTO PADRÃO, conforme item III.1.

VII: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NA SECRETARIA MUNICIPAL DEESPORTES E LAZER

a) Após o acolhimento da revelação espontânea ou identificada situação de violência sexual contra criança e/ou adolescente, o profissional deve preencher as **PARTE I** e **PARTE II** do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) e deve encaminhá-lo via e-mail ou envelope lacrado para o CRAS de referência do território da vítima para que esse serviço realize os procedimentos compatíveis às suas atribuições definidas pela Política de Assistência Social.

b) Preencher a **Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação** – SINAN (**Anexo A**) deverá ser endereçada (em envelope lacrado, nunca sob posse da vítima) aos profissionais responsáveis pelo processamento da informação do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Para maiores esclarecimentos vide Instrução Normativa SMS nº 5 de 07 de janeiro de 2019.

VIII: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NOS CONSELHOS TUTELARES

a) Além das ações previstas no **PROCEDIMENTO PADRÃO**, conforme item III.1, deverão ser realizados os procedimentos a seguir:

b) Ao receber o documento **Comunicação ao Conselho Tutelar** (**Apêndice 2**) de algum serviço/unidade das políticas públicas setoriais ou outros órgãos do SGD, o Conselho Tutelar atuará conforme suas atribuições previstas no Art. 136 da Lei n. 8.069/1990;

c) A partir do teor da **Comunicação** recebida, o Colegiado do Conselho Tutelar poderá vir a ter que adotar medidas administrativas compatíveis com a prerrogativa do órgão, previstas na Lei nº 8.069/1990, a partir de requisições apresentadas por integrantes das equipes técnicas dos serviços/unidades das políticas públicas setoriais para fins de proteção da criança ou adolescente.

d) Para realização da escuta especializada que tem a finalidade de assegurar os cuidados protetivos será realizado o encaminhamento para o CREAS de referência;

IX: REFERÊNCIA DO ATENDIMENTO NAS DELEGACIAS DE POLÍCIA

a) Após o acolhimento da denúncia de situação de violência sexual contra criança e/ou adolescente, adotados os procedimentos legais compatíveis com as competências do órgão, e os também dispostos na Lei nº 13.431/2017, Capítulo IV - DA SEGURANÇA PÚBLICA, Art. 21 e Decreto Estadual nº8.116/2021 Art. 12, o profissional da Delegacia deve preencher as **PARTE I** e **PARTE II** do **Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD** (**Apêndice 1**) e encaminhar, via e-mail ou envelope lacrado, para aos cuidados do enfermeiro(a) da UBS do território de residência da vítima para que tome ciência e realize o acompanhamento/monitoramento da vítima.

b) O serviço deverá seguir o **PROCEDIMENTO PADRÃO**, conforme item III.1.

GLOSSÁRIO

1. Tipificação dos atos/comportamentos considerados como violência sexual,segundo:

CÓDIGO PENAL[5] **-** Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e atualizações, TÍTULO VI - DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL:

2 – Caracterização e conceituações compatíveis com os documentos oficiais daspolíticas públicas (leis, medidas provisórias, decretos, resoluções, portarias, etc.)

CRAS (Centro de Referência de Assistência Social): O CRAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social. No CRAS toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, por meio do qual pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais.

CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social): O CREAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se destina ao atendimento para a população que necessita acessar os serviços da Proteção Social Especial (PSE), ou seja, famílias que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos): O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço que materializa as ações da Proteção Social Básica (PSB) da Política de Assistência Social. Trata-se de um serviço organizado em grupos, como forma de ampliar a convivência das diferentes culturas e das vivências entre os usuários, promovendo com isso o desenvolvimento do sentimento de pertença e de identidade.

Territórios dos CREAS no município de Toledo:

CREAS I **-** Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã,

[5] Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm

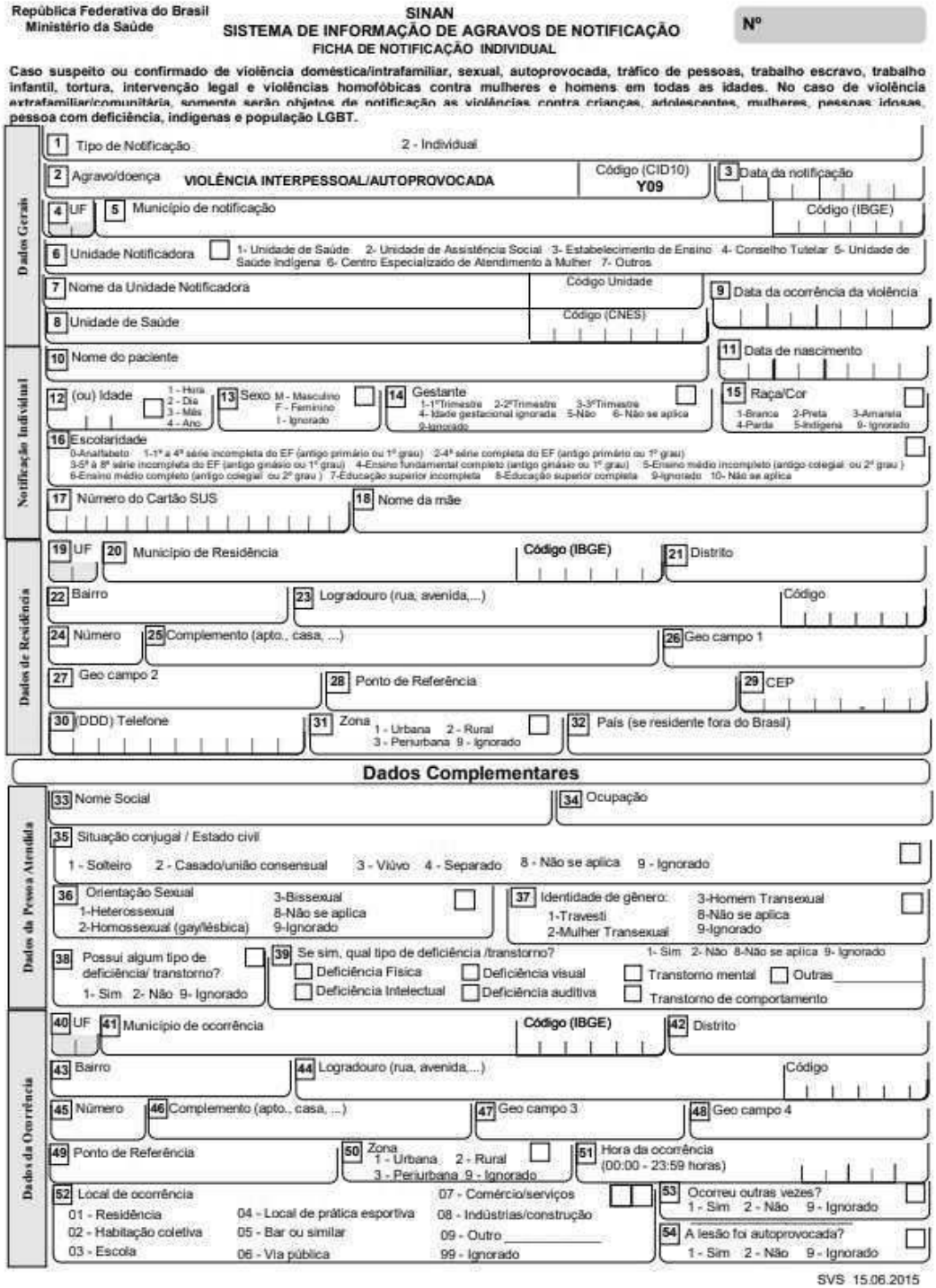
Jardim Alto Alegre, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim, Laranjeiras, Jardim Europa/América,Concórdia, Independência,Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV. Distritos: São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.

CREAS II **-** Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Jardim Coopagro,Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pascali, Filadélfia, Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro e Jardim Porto Alegre. Distritos: Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho, Vila São Miguel e Novo Sarandi.

UBS (Unidade Básica de Saúde): é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessas Unidades é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

UPA (Unidade de Pronto Atendimento): faz parte da Rede de Atenção às Urgências. Seu objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar.

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – SINAN



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras ____ — Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência — 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro ____ 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado: 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da violência
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS	Central de Atendimento à Mulher	Disque Direitos Humanos
136	180	100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 5, DE 07 DE JANEIRO DE 2019, DA SECRETARIA MUNICIPAL DESAÚDE DE TOLEDO/SMS

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

INSTRUÇÃO NORMATIVA SMS Nº 5, de 07 de janeiro de 2019

Estabelece fluxo da ficha de notificação de violências no Município de Toledo, nas Políticas de Saúde, Assistência Social, Educação, da Mulher, da Juventude, de Segurança e Trânsito, Conselho Tutelar e em serviço relacionado à Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos.

A SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, através do Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz – NPV,

considerando o disposto na Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional: *Art. 4º. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível*;

considerando o que estabelece a Lei nº 13.331, de 23 de novembro de 2001 – Código de Saúde do Paraná: *Art. 513. Não constitui quebra de sigilo médico a revelação dos casos de doenças de notificação compulsória. § 1º. Nas situações em que puderem resultar problemas sociais, a notificação deverá ser feita de forma confidencial à autoridade sanitária, que tomará, em cada caso particular, as providências necessárias. § 2º. Todos os funcionários do sistema de saúde, em todos os níveis, que pela natureza de suas atividades, tenham contato com informações sobre as doenças de notificação compulsória, deverão guardar sigilo profissional. Art.543. Constituem infrações sanitárias as condutas tipificadas abaixo: XXIII. Deixar de notificar doença ou outro agravo à saúde, quando tiver o dever legal de fazê-lo*;

considerando a Portaria nº 936/GM, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios;

considerando o que estabelece, em seu artigo 3º, o Decreto Municipal nº 995, de 1º de novembro de 2016, que instituiu o Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz no Município de Toledo: *Art. 3º - O "Núcleo" tem como objetivos: I – geral: articular a rede intersetorial para planejamento da política pública municipal de enfrentamento às violências, visando à redução dos índices de violência no Município de Toledo, através da promoção da saúde e cultura da paz. II – específicos: b) implementar a notificação compulsória da violência visando a qualificar a informação para o diagnóstico e planejamento de ações de enfrentamento da violência; c) implantar e/ou implementar as ações de vigilância e controle dos acidentes e violências e promoção da saúde e cultura da paz;*

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

a Secretaria da Saúde do Município de Toledo **ESTABELECE** o fluxo da ficha de notificação de violências no Município, conforme segue:

Art. 1º – Todos os serviços que fazem parte da rede de atendimento público/privado às vítimas de violência no Município de Toledo, deverão realizar o preenchimento da ficha de notificação de violências, seguindo o respectivo fluxo descrito no Anexo "A", parte integrante desta Instrução Normativa.

Parágrafo único – Consideram-se, para efeito legal desta Normativa, os seguintes serviços:

I – Da Política de Saúde: Secretaria Municipal da Saúde: Atenção Básica (UBS, ESF, PAD, NASF, Ambulatório de Feridas), Serviços de Urgência e Emergência (UPA e MINI HOSPITAL), Departamento de Saúde Mental (Ambulatório, CAPS AD, CAPS II), Central de Especialidades, Clínica de Fisioterapia Infantil, Hospitais (HOESP, HCO, Hospital Campagnolo), CISCOPAR (SIM-PR/CAPS AD III, CTA, CEP, CEO);

II – Da Política da Educação: Centros Municipais de Educação Infantil – CMEIs, Escolas Municipais, Escolas Estaduais e Equipe Técnica da SMED;

III – Da Política de Assistência Social: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Centro de Revitalização da Terceira Idade – CERTI, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV e Casas Abrigo;

IV – Da Política da Mulher: Secretaria de Políticas para Mulheres;

V – Da Política de Segurança e Trânsito: Guarda Municipal, Patrulha Maria da Penha e Delegacia da Mulher;

VI – Da Política da Juventude: Secretaria da Juventude e Centros da Juventude;

VII – Da Política da Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos: Centro de Socioeducação – CENSE TOLEDO;

VIII – Do Conselho Tutelar.

Art. 2º – Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 07 de janeiro de 2019.

Denise Liell
Secretária Municipal da Saúde

Lucio de Marchi
Prefeito Municipal de Toledo

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

ANEXO "A"

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Atenção Básica (UBS, ESF, PAD, NASF, Ambulatório de Feridas)
Serviços de Urgência e Emergência (UPA e MINI HOSPITAL)
Departamento de Saúde Mental (Ambulatório, CAPS AD, CAPS II)
Hospitais (HOESP, HCO, Hospital Campagnolo)
CISCOPAR (SIM-PR/CAPS AD III, CTA, CEP, CEO)
Central de especialidades e Clínica de Fisioterapia

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O envelope com as fichas deve ser encaminhado semanalmente à equipe da Vigilância Epidemiológica via malote.
- Caso algum serviço de saúde não possua malote, deverá solicitar, via contato telefônico no número 3252-7851 ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes.
- Caso necessário atendimento em outro ponto da rede o serviço deverá sinalizar na referência e contrarreferência a data em que foi realizada a notificação de violência.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR

POLÍTICA DA EDUCAÇÃO

(Escolas estaduais e municipais, CMEIs, Equipe Técnica da SMED)

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- Nas escolas municipais e CMEIs o envelope com as fichas deve ser encaminhado pelo diretor da escola ou CMEI para a SMED e guardado em local específico (armário identificado).
- A escola e CMEI deverão sinalizar na referência e contrarreferência à Equipe Técnica da SMED a data em que foi realizada a notificação de violência.
- A Equipe Técnica da SMED notificará somente casos identificados durante o atendimento.
- A equipe da Vigilância Epidemiológica recolherá os envelopes, a partir do contato telefônico no número 3252-7851 semanalmente na SMED.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
CERTI (Centro de Revitalização da Terceira Idade)
SCFV (Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), Casas Abrigo

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O envelope com as fichas deve ser encaminhado para a equipe da Vigilância Epidemiológica via motorista da SMAS.
- Caso algum serviço de saúde não possua malote, deverá solicitar, via contato telefônico no número 3252-7851 ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes.
- Os CREAS notificarão casos para os quais são a porta de entrada do atendimento ou quando verificado nova situação de violência.
- Em todos os documentos de referência e contrarreferência da rede encaminhados aos serviços de assistência social, deverão constar a data em que foi realizada a notificação de violência.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA MULHER

Secretaria de Políticas para Mulheres

- O serviço identificará a suspeita ou caso confirmado de violência e deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento a equipe identificar nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DE SEGURANÇA E TRÂNSITO

Guarda Municipal
Patrulha Maria da Penha
Delegacia da Mulher

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA JUVENTUDE

Secretaria da Juventude
Centros da Juventude

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA SECRETARIA DE JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS

CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO – CENSE TOLEDO

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

CONSELHO TUTELAR

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

PROTOCOLO RIPS
05/2020

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUACÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

APÊNDICE 1
(MATERIAL SIGILOSO)

RELATÓRIO DE COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES NO SGD[1]

PARTE I		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME DA VÍTIMA		
DATA NASCIMENTO	*GÊNERO QUE VÍTIMA SE IDENTIFICA*	*SEXO ( ) Masculino( ) Feminino*
RG	*TELEFONE DE CONTATO*	
FILIAÇÃO		
ENDEREÇO		
NACIONALIDADE	*É PESSOA COM DEFICIÊNCIA? QUAL?*	
RESPONSÁVEL LEGAL	*OUTRO ADULTO DE REFERÊNCIA*	
PARTE II		
REGISTRO DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS EM REVELAÇÃO ESPONTÂNEA		
DATA E HORA	*ÓRGÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO*	
PROFISSIONAL/FUNÇÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO		
DESCRIÇÃO DA NARRATIVA ESPONTÂNEA / DENÚNCIA RECEBIDA (REGISTRAR APENAS O QUE FOI FALADO ESPONTANEAMENTE, SEM EXPLORAÇÃO DE QUEIXA, SEM FAZER PERGUNTAS)		
HOUVE INDICAÇÃO DE POSSÍVEL AGRESSOR? ( ) SIM ( ) NÃOSE SIM, QUEM FOI INDICADO E QUAL O VÍNCULO COM A VÍTIMA?		

TOLEDO,_____/____/_____

Assinatura do profissional que recebeu a revelação espontânea: _____

PARTE III	
REGISTRO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS EM ENTREVISTA DE ESCUTA ESPECIALIZADA	
DATA E HORA	*ÓRGÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO*
PROFISSIONAL/FUNÇÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO	
QUANDO OCORREU? (DO ÚLTIMO ATO ATÉ O PREENCHIMENTO DA FICHA) *( ) Em até 72 horas ( ) Acima de 72 horas*	
DESCRIÇÃO DOS POSSÍVEIS FATOS / RELATO DO RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE (SEOUVIDO)	
LIVRE RELATO DA OCORRÊNCIA PELA VÍTIMA, QUANDO HOUVER	
INDICAÇÃO DE POSSÍVEL AGRESSOR: QUEM É E QUAL O VÍNCULO COM A VÍTIMA? CONVIVE NA MESMA RESIDÊNCIA OU PRÓXIMO DELA?	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (SEM CITAR NOMES – APENAS VÍNCULO E IDADE) *VÍNCULO:_____IDADE:_____ VÍ* *VÍNCULO:_____IDADE:_____* *OBS: Há indícios de outras vítimas de violência na residência?* _____ _____	*INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE CONTEXTO FAMILIAR DA VÍTIMA DEVIOLÊNCIA SEXUAL*

1 Este registro será compartilhado entre os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, conforme requisitos do Art. 28, Decreto Presidencial nº 9.603/2018. O objetivo do Relatório é favorecer ao provimento de cuidados e evitar a revitimização. Nesse sentido, uma cópia de igual teor será encaminhada, por e-mail, aos cuidados de profissional da Equipe Técnica da unidade/serviço para onde se destina o encaminhamento. Deve ser levado em consideração o sigilo profissional das informações registradas.

TOLEDO,__/____/_____

Assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento: _____

PARTE IV	
PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS	
PROCEDIMENTOS JÁ REALIZADOS ( ) Ficha de Notificação SINAN( ) Escuta especializada ( ) Encaminhamento para UBS de referência ( ) Orientação responsável sobre Boletim de Ocorrência	( ) Comunicação ao Conselho Tutelar( ) Encaminhamento ao CREAS ( ) Encaminhamento para o CTA ( ) Outro? _____

Assinatura do profissional que realizou os encaminhamentos: _____
(*Responsável por PARTE I e PARTE II*)

Assinatura do profissional que realizou os encaminhamentos: _____
(*Responsável por PARTE III)*



PROTOCOLO RIPS
05/2020

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUACÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

APÊNDICE 2
ENVIO IMEDIATO

FICHA DE COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR

Em observância e cumprimento aos termos do Art. 13 da Lei nº 8069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente e suas atualizações; do Art. 13 da Lei nº 13.431/2017; do Art. 9, inciso III, parágrafo 1º, inciso IV e Art. 14 do Decreto Presidencial nº 9.603/2018:

O órgão_____,
integrante dos serviços da política pública de_____,
nesta oportunidade representado pelo(os) profissional(ais) de nome
_____,
e profissão(ões)_____,
procede(m) o comunicado para efeito de registro à ( ) Conselho Tutelar I ( ) Conselho Tutelar II que deu início ao atendimento da(s) criança(s) e/ou adolescente(s) nominadas(os) por
_____
_____,
documento de RG nº_____,
com idade(s) _____
nascido(s) em_____,
filiação_____,
residente(s) no endereço_____,
que se encontra(m) sob a responsabilidade de_____,
frequenta a unidade educacional_____,
atendido pelo seguinte serviço/entidade da rede socioassistencial _____
_____.

Registra-se que o processo de atendimento foi iniciado a partir de denúncia ou suspeita de que a(s) nominada(s) criança(s)/adolescente(s) tenha(m) sofrido ato relativo à violência sexual, em que o suposto agressor é_____cujo vinculo com a vítima é_____.

PROTOCOLO RIPS
05/2020

PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUACÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Houve a realização do procedimento de escuta especializada? ( )Sim ( )Não

Houve orientação aos responsáveis para a realização de Boletim de Ocorrência, sendo que a receptividade foi: ( ) Manifestou que irá fazer B.O. ( ) Manifestou que não irá fazer B.O.

A finalidade da presente Comunicação é dar ciência a esse Conselho Tutelar sobre a referida ocorrência, bem como informar que os procedimentos profissionais e técnicos que são adequados a esse tipo de circunstância estão sendo adotados, haja vista que o processo de atendimento se encontra em curso pelos serviços especializados da Rede Intersetorial de Proteção Social (RIPS) – Toledo.

Esclarece-se que em momento oportuno poder-se-á fornecer outras informações bem como solicitar procedimentos específicos que sejam compatíveis com o desenvolvimento do trabalho desse Conselho Tutelar.

TOLEDO,_____/_____/_____

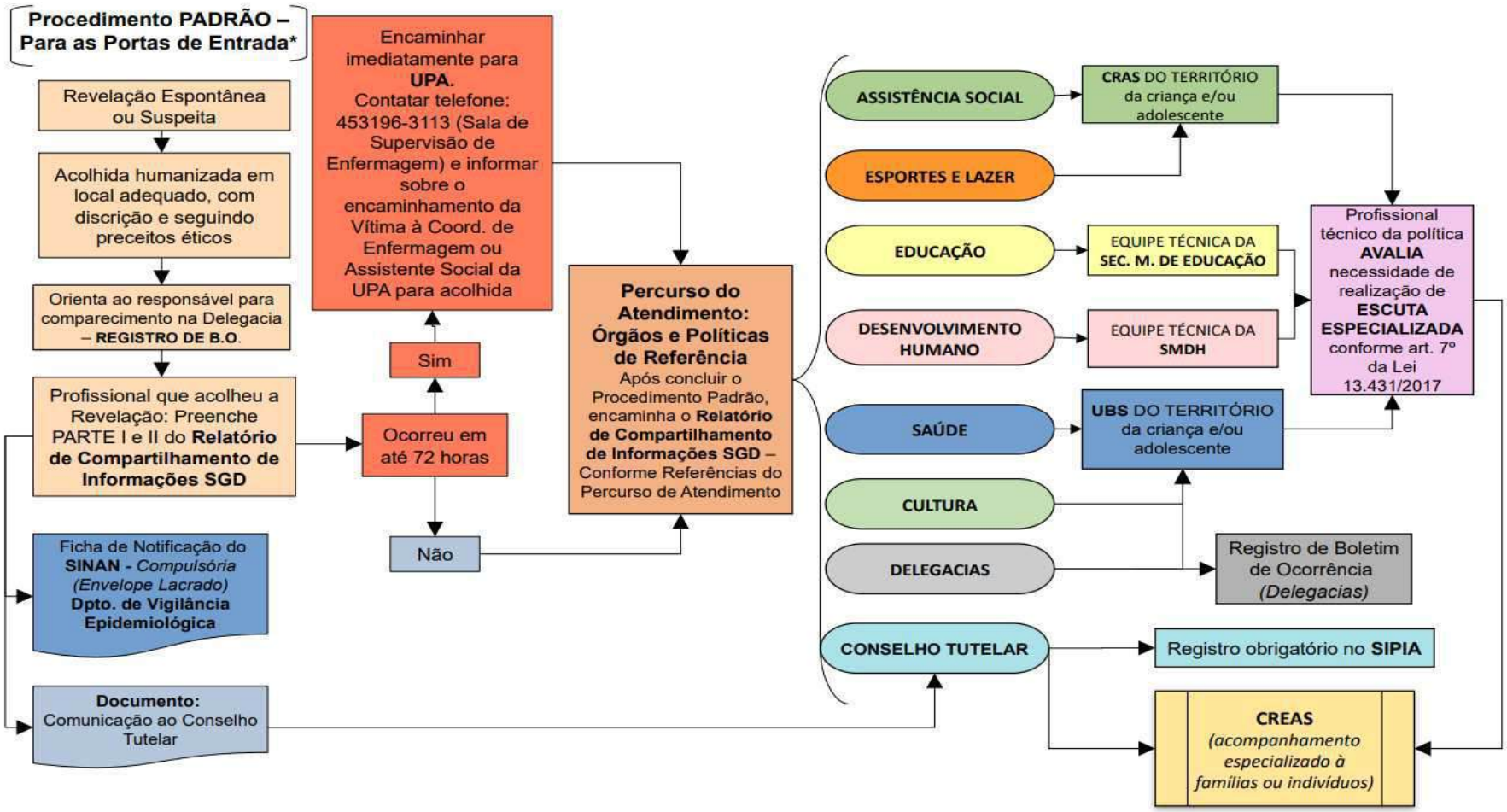
_____

Assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento

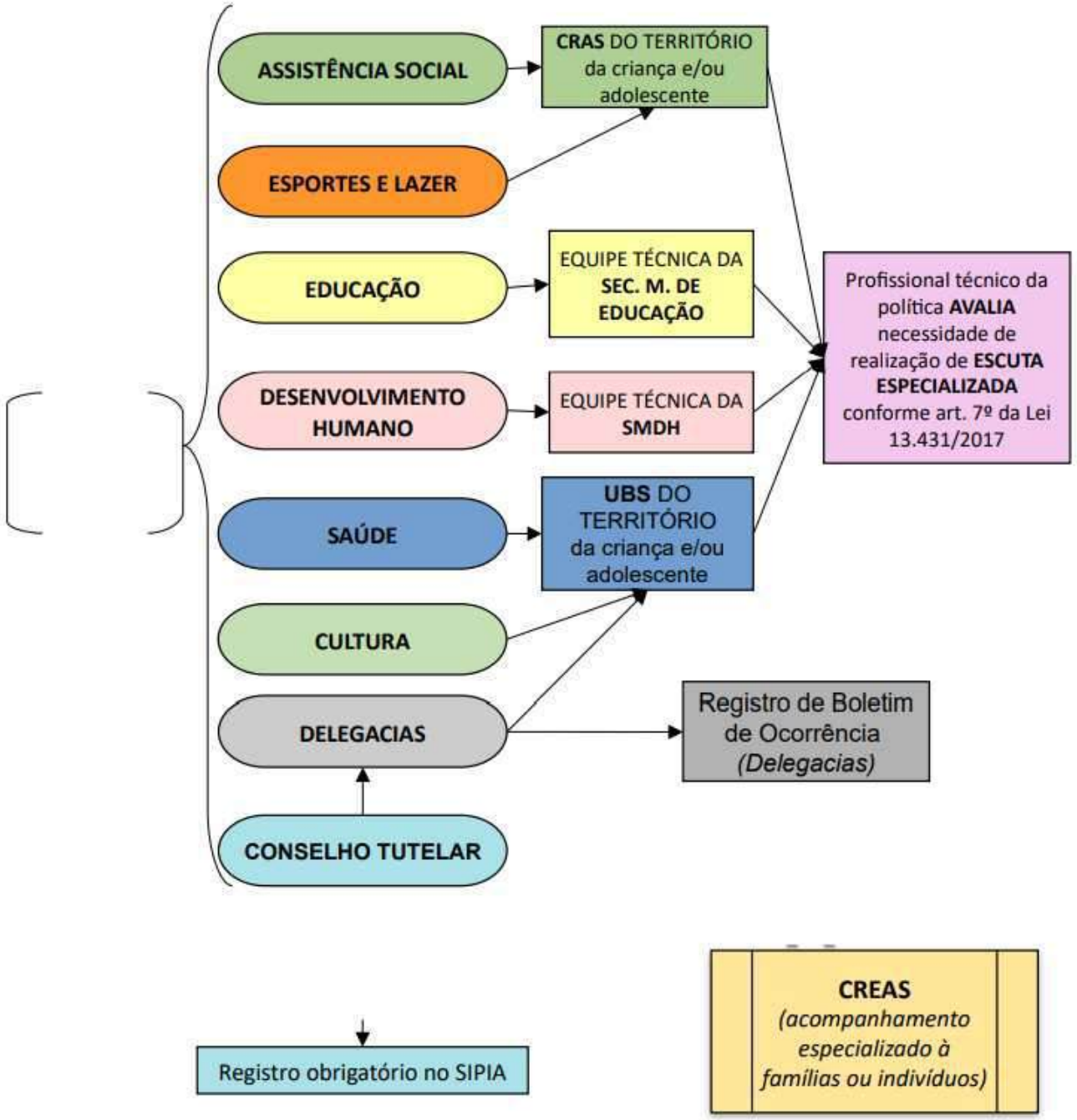
APÊNDICE 3

FLUXOGRAMA PARA PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (VÍTIMA) – CRIANÇA E ADOLESCENTE

PROTOCOLO 05/2020 – Proteção e Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual (Vítima) Criança e Adolescente



*Portas de Entrada: Unidades das Políticas de Saúde, Assistência Social, Cultura, Esporte e Lazer, Educação, Infância, Juventude, Mulher, Família,Desenvolvimento Humano, Conselhos Tutelares e Delegacias.


ASSISTÊNCIA SOCIAL
CRAS DO TERRITÓRIO da criança e/ou adolescente
ESPORTES E LAZER
EDUCAÇÃO
EQUIPE TÉCNICA DA SEC. M. DE EDUCAÇÃO
DESENVOLVIMENTO HUMANO
EQUIPE TÉCNICA DA SMDH
Profissional técnico da política AVALIA necessidade de realização de ESCUTA ESPECIALIZADA conforme art. 7º da Lei 13.431/2017
SAÚDE
UBS DO TERRITÓRIO da criança e/ou adolescente
CULTURA
DELEGACIAS
Registro de Boletim de Ocorrência (Delegacias)
CONSELHO TUTELAR
Registro obrigatório no SIPIA
CREAS (acompanhamento especializado à famílias ou indivíduos)

APÊNDICE 4

DIRETRIZES E PARÂMETROS PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA DEESCUTA ESPECIALIZADA (Lei 13.431/2017 e Decreto 9.603/2018)

1. Com vistas à reduzir ocorrência de revitimização, privilegiar-se-á o atendimento para entrevista junto aos responsáveis, acompanhante ou pessoa de referência da vítima e se necessário realiza-se o atendimento para entrevista da criança/adolescente (Art. 15, parágrafo único, Decreto 9.603/2018);

2. Buscar-se-á explorar o máximo de informações possíveis junto aos responsáveis, a pessoa de referência ou acompanhante da criança/adolescente vítima de violência sexual;

3. Observância do respeito ao sigilo, à dignidade individual, à intimidade e à privacidade da criança/adolescente vítima ou testemunha de violência que devem ser preservados ao longo de todo o processo de atendimento (Art. 5º., inciso III, Lei 13.431/2017 e Art. 2º., inciso VIII, Decreto 9.603/2018);

4. A entrevista de Escuta Especializada tem intuito de proteção social e provimento de cuidados[1] à vítima de violência sexual (Art. 19, § 4º, Decreto 9.603/2018) e não responsabilização[2] do agressor (competência dos órgãos do sistema de segurança pública e do sistema de justiça);

5. Considerar a adequação das condições do ambiente, da segurança e da preservação do sigilo para realização de intervenções que façam a exploração da queixa ou da denúncia de violência sexual (Art. 8º, Decreto 9.603/2018);

6. Observância das condições para a preservação do sigilo das informações recebidas através do Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD (Apêndice 1 - Protocolo RIPS 05/2020);

---

[1] Conforme Art. 7º da Lei nº 13.431/2017 – "Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade."

[2] Conforme Art. 8º da Lei nº 13.431/2017 – "Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária."

7. As Diretrizes e Parâmetros aqui especificados respeitam os Códigos de Ética das Categorias Profissionais dos integrantes das Equipes Técnicas das políticas públicas setoriais.

8. Compromisso com a efetivação do Acolhimento Humanizado (Art. 5º, inciso III, Decreto 9.603/2018)

No âmbito das intervenções profissionais realizadas para a pessoa criança/adolescente em situação de violência adota-se como referência precípua as noções de Humanização e de Acolhida. Em consonância com as referências estabelecidas pela Política Nacional de Humanização-PNH/2010) e pela Política de Humanização da Assistência à Saúde-PHAS/2004), compartilhamentos do entendimento de que:

> [...] Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (Disponível em: http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/ acesso: 24/09/2020 grifos nossos)

> Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão [...].
> O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão[...] favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso [...] contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade [...].[3]

9. Para a efetivação do Acolhimento Humanizado[4] no contexto da realização da entrevista de Escuta Especializada, a conduta profissional deve observar o respeito ao direito de a pessoa criança/adolescente ou responsável/pessoa de referência/acompanhante:

- ser escutada e ser acolhida pela pessoa que a está escutando,
- ser acreditada,
- ter suas emoções respeitadas e validadas,
- ter respeitada sua forma ou estratégia de narrar/contar os acontecimentos,
- não ser julgada ou ofendida,

---

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) - Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília (DF): 2010.

[4] QUÉBEC/CANADA, ***Guide d´information à l´intervention des victimes d´agression sexuelle,*** *2a. edition. Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal*, 2012. Consulta e tradução livre feita por Zelimar S. Bidarra.

- ser valorizada por ter conseguido/decidido pedir ajuda,
- ser esclarecida e informada sobre os recursos existentes para ajudá-la a lidar com as consequências da violência sofrida.

10. Em um processo de atendimento compatível com as referências do Acolhimento Humanizado às crianças/adolescentes em situação de violência sexual: "**São vedadas as perguntas indutoras, sugestivas ou com conotação de valor ou apreciação moral que possam gerar culpa ou sofrimento à vítima ou à testemunha**" (Art. 11, §5º. Portaria Conjunta n. 043/2019)[5]

11. Conduta de referência para a realização da entrevista de Escuta Especializada (com responsável/pessoa de referência/acompanhante ou com a criança/adolescente vítima de violência sexual).

11.1. Apresentação de quem é o profissional que está atendendo, onde trabalha, qual sua função na rede, motivo deste atendimento, e que algumas informações aqui repassadas serão compartilhadas com outros técnicos da rede de proteção, que irão também atuar nos cuidados, ressaltado o sigilo profissional.

11.2. Identificar como foi a situação de violência e quais os cuidados que serão necessários se pode adotar as seguintes estratégias para iniciar a comunicação:

11.2.1 : Esclarecer que vai precisar de algumas informações para que consiga garantir a proteção e os cuidados necessários para o/a [nome da criança/adolescente].

11.2.2 : Quando a interlocução se dá diretamente com a criança/adolescente:

"Você já falou sobre isso com alguém?"[6]
"Você pode falar o que aconteceu?[6]
"Você consegue me dizer se houve algum contato entre o seu corpo [e o da pessoa indicada como o agressor]?"
"Você consegue me falar ou me mostrar onde foi o contato?"

---

5 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ. **Portaria Conjunta n. 043/2019** - Juízes de Direito da Comarca de Toledo: Vara da Infância e da Juventude e Anexos, Coordenador do Núcleo de Apoio Especializado à Criança e ao Adolescente, 1ª e 2ª. Varas Criminais, Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública, Vara da Família e Sucessões, 49ª. Seção Judiciária. Fórum da Comarca de Toledo -PR.

6 BRASIL. Ministério da Cidadania. **Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. 2019, p. 07. Versão Preliminar para Consulta Pública.

11.3: Para identificar quando ocorreu a situação de violência sexual:

11.3.1. Perguntar se consegue dizer (com precisão) quando ocorreu o ato/comportamento relatado de violência sexual. A finalidade dessa indagação é a de saber se ocorreu em menos ou em mais de 72h (Em razão dos procedimentos para profilaxia).

11.3.2. Procurar saber se ato/comportamento relatado de violência sexual vem ocorrendo há mais tempo ou foi um momento pontual.

11.4. Identificar quem é o indicado como possível agressor e seu vínculo com a vítima:

11.4.1. Verificar a relação de parentesco entre o agressor e a vítima.

11.4.2. Verificar a frequência de convivência entre o agressor e a vítima.

11.4.3. Verificar se a criança/adolescente fica sob responsabilidade deste agressor.

12. Preceder os esclarecimentos acerca dos procedimentos subsequentes, isto é, quais os encaminhamentos/atendimentos são necessários para a oferta de cuidados para a vítima, como por exemplo:

- Quando para o Serviço de Saúde (UBS ou UPA): para o qual o responsável/adulto de referência/acompanhante deverá comparecer com a vítima.
- Quando para a Delegacia: orientar para que responsável/adulto de referência/acompanhante proceda o registro do Boletim de Ocorrência.
- Quando para o CREAS: para o atendimento especializado acerca da violação de direitos ocorrida.
- Quando para o Conselho Tutelar: para o qual, além do ato administrativo de Comunicação (Apêndice 2 - Protocolo RIPS 05/2020), também se fará encaminhamento com vista a efetivação de Boletim de Ocorrência, em caso de recusa do responsável.

13. Quando da realização da entrevista de Escuta Especializada, os integrantes das Equipes Técnicas dos serviços de atendimento à pessoa criança e adolescente em situação de violência devem ter ciência e respeitar o direito da criança/adolescente de narrar livremente e de permanecer em silêncio, conforme Art. 2º, inciso VI, Decreto 9.603/2018 (cf. cit.):

> a criança e o adolescente têm assegurado o direito de exprimir suas opiniões livremente nos assuntos que lhes digam respeito, inclusive nos procedimentos administrativos e jurídicos, consideradas a sua idade e a sua maturidade, garantido o direito de permanecer em silêncio.

RELATÓRIO DE COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES NO SGD[1]

<table>
<tr><th colspan="4">PARTE I</th></tr>
<tr><td colspan="4">DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</td></tr>
<tr><td colspan="4">NOME DA VÍTIMA</td></tr>
<tr><td>DATA DE NASCIMENTO</td><td colspan="2">GENERO QUE VITIMA SE IDENTIFICA</td><td>SEXO
( )Masculino
( ) Feminino</td></tr>
<tr><td colspan="2">RG</td><td colspan="2">TELEFONE DE CONTATO</td></tr>
<tr><td colspan="4">FILIAÇÃO</td></tr>
<tr><td colspan="4">ENDEREÇO</td></tr>
<tr><td colspan="2">NACIONALIDADE</td><td colspan="2">É PESSOA COM DEFICIÊNCIA? QUAL?</td></tr>
<tr><td colspan="2">REPONSÁVEL LEGAL</td><td colspan="2">OUTRO ADULTO DE REFERÊNCIA</td></tr>
<tr><th colspan="4">PARTE II</th></tr>
<tr><td colspan="4">REGISRO DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS EM REVELÇAO ESPONTÂNEA</td></tr>
<tr><td colspan="2">DATA E HORA</td><td colspan="2">ORGÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO</td></tr>
<tr><td colspan="4">PROFISSIONAL/FUNÇÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO</td></tr>
<tr><td colspan="4">DESCRIÇÃO DA NARRATIVA ESPONTÂNEA / DENÚNCIA RECEBIDA (REGISTRAR APENAS O QUE FOI FALADO ESPONTANEAMENTE, SEM EXPLORAÇÃO DE QUEIXA, SEM FAZER PERGUNTAS)</td></tr>
<tr><td colspan="4">HOUVE INDICAÇÃO DE POSSÍVEL AGRESSOR? ( ) SIM ( ) NÃO
SE SIM, QUEM FOI INDICADO E QUAL O VÍNCULO COM A VÍTIMA?</td></tr>
</table>

TOLEDO, ____/____/_____

Assinatura do profissional que realizou o atendimento: _____

[1] Este registro será compartilhado entre os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, conforme requisitos do Art. 28, Decreto Presidencial nº 9.603/2018. O objetivo do Relatório é favorecer ao provimento de cuidados e evitar a revitimização. Nesse sentido, uma cópia de igual teor será encaminhada, por e-mail, aos cuidados de profissional da Equipe Técnica da unidade/serviço para onde se destina o encaminhamento. Deve ser levado em consideração o sigilo profissional das informações registradas.

PARTE III	
REGISTRO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS EM ENTREVISTA DE ESCUTA ESPECIALIZADA	
DATA E HORA	ORGÃO QUE REALIZOU ATENDIMENTO
PROFISSIONAL/FUNÇÃO QUE REALIZOU O ATENDIMENTO	
QUANDO OCORREU? (DO ÚLTIMO ATO ATÉ O PREENCHIMENTO DA FICHA) ( ) Em até 72 horas ( ) Acima de 72 horas	
DESCRIÇÃO DOS POSSÍVEIS FATOS/RELATO DO RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE (SE OUVIDO)	
LIVRE RELATO DA OCORRÊNCIA PELA VÍTIMA, QUANDO HOUVER	
INIDICAÇÃO DE POSSÍVEL AGRESSOR: QUEM É E QUAL O VÍNCULO COM A VÍTIMA? CONVIVE NA MESMA RESIDÊNCIA OU PRÓXIMO DELA?	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (SEM CITAR NOMES – APENAS VÍNCULO E IDADE) VÍNCULO: _____IDADES:_____ VÍNCULO: _____IDADES:_____ VÍNCULO: _____IDADES:_____ VÍNCULO: _____IDADES:_____ VÍNCULO: _____IDADES:_____ VÍNCULO: _____IDADES:_____	IFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE CONTEXTO FAMILIAR DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

TOLEDO, ____/____/_____.

Assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento: _____

PARTE IV	
PROCEDIMENTOS E ENCAMINHAMENTOS	
PROCEDIMENTOS JÁ REALIZADOS	( ) Comunicação ao Conselho Tutelar
( ) Ficha de Notificação SINAN	( ) Encaminhamento do CREAS
( ) Escuta Especializada	( ) Encaminhamento para UPA
( ) Encaminhamentos para UBS de referência	( ) Outros? _____
( ) Orientação responsável sobre Boletim de Ocorrência	

Assinatura do profissional que realizou os encaminhamentos: _____
(*Responsável por PARTE I e PARTE II*)

Assinatura do profissional que realizou os encaminhamentos: _____
(*Responsável por PARTE III)*

ANEXO II

DIRETRIZES E PARÂMETROS PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE ESCUTA ESPECIALIZADA (Lei 13.431/2017 e Decreto 9.603/2018)

1. Com vistas à reduzir ocorrência de revitimização, privilegiar-se-á o atendimento para entrevista junto aos responsáveis, acompanhante ou pessoa de referência da vítima e se necessário realiza-se o atendimento para entrevista da criança/adolescente (Art. 15, parágrafo único, Decreto 9.603/2018);

2. Buscar-se-á explorar o máximo de informações possíveis junto aos responsáveis, a pessoa de referência ou acompanhante da criança/adolescente vítima de violência sexual;

3. Observância do respeito ao sigilo, à dignidade individual, à intimidade e à privacidade da criança/adolescente vítima ou testemunha de violência que devem ser preservados ao longo de todo o processo de atendimento (Art. 5º., inciso III, Lei 13.431/2017 e Art. 2º., inciso VIII, Decreto 9.603/2018);

4. A entrevista de Escuta Especializada tem intuito de proteção social e provimento de cuidados[1] à vítima de violência sexual (Art. 19, § 4º, Decreto 9.603/2018) e não responsabilização[2] do agressor (competência dos órgãos do sistema de segurança pública e do sistema de justiça);

5. Considerar a adequação das condições do ambiente, da segurança e da preservação do sigilo para realização de intervenções que façam a exploração da queixa ou da denúncia de violência sexual (Art. 8º, Decreto 9.603/2018);

6. Observância das condições para a preservação do sigilo das informações recebidas através do Relatório de Compartilhamento de Informações no SGD (Apêndice 1 -Protocolo RIPS 05/2020);

---

[1] Conforme Art. 7º da Lei nº 13.431/2017 – "Escuta especializada é o procedimento de entrevista sobre situação de violência com criança ou adolescente perante órgão da rede de proteção, limitado o relato estritamente ao necessário para o cumprimento de sua finalidade."

[2] Conforme Art. 8º da Lei nº 13.431/2017 – "Depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária."

7. As Diretrizes e Parâmetros aqui especificados respeitam os Códigos de Ética das Categorias Profissionais dos integrantes das Equipes Técnicas das políticas públicas setoriais.

8. Compromisso com a efetivação do Acolhimento Humanizado (Art. 5º, inciso III, Decreto 9.603/2018)

No âmbito das intervenções profissionais realizadas para a pessoa criança/adolescente em situação de violência adota-se como referência precípua as noções de Humanização e de Acolhida. Em consonância com as referências estabelecidas pela Política Nacional de Humanização-PNH/2010) e pela Política de Humanização da Assistência à Saúde-PHAS/2004), compartilhamentos do entendimento de que:

> [...] Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sentimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Ou seja, sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (Disponível em: http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/ acesso: 24/09/2020 grifos nossos)
>
> Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão [...].
>
> O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão[...] favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso [...] contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade [...].[3]

9. Para a efetivação do Acolhimento Humanizado[4] no contexto da realização da entrevista de Escuta Especializada, a conduta profissional deve observar o respeito ao direito de a pessoa criança/adolescente ou responsável/pessoa de referência/acompanhante:

- ser escutada e ser acolhida pela pessoa que a está escutando,
- ser acreditada,
- ter suas emoções respeitadas e validadas,
- ter respeitada sua forma ou estratégia de narrar/contar os acontecimentos,

---

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) - Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília (DF): 2010.

[4] QUÉBEC/CANADA, ***Guide d´information à l´intervention des victimes d´agression sexuelle,*** *2a. edition. Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal*, 2012. Consulta e tradução livre feita por Zelimar S. Bidarra.

 não ser julgada ou ofendida,
 ser valorizada por ter conseguido/decidido pedir ajuda,
 ser esclarecida e informada sobre os recursos existentes para ajudá-la a lidar com as consequências da violência sofrida.

10. Em um processo de atendimento compatível com as referências do Acolhimento Humanizado às crianças/adolescentes em situação de violência sexual: "**São vedadas as perguntas indutoras, sugestivas ou com conotação de valor ou apreciação moral que possam gerar culpa ou sofrimento à vítima ou à testemunha**" (Art. 11, §5º. Portaria Conjunta n. 043/2019)[5]

11. Conduta de referência para a realização da entrevista de Escuta Especializada (com responsável/pessoa de referência/acompanhante ou com a criança/adolescente vítima de violência sexual).

11.1. Apresentação de quem é o profissional que está atendendo, onde trabalha, qual sua função na rede, motivo deste atendimento, e que algumas informações aqui repassadas serão compartilhadas com outros técnicos da rede de proteção, que irão também atuar nos cuidados, ressaltado o sigilo profissional.

11.2. Identificar como foi a situação de violência e quais os cuidados que serão necessários se pode adotar as seguintes estratégias para iniciar a comunicação:

11.2.1: Esclarecer que vai precisar de algumas informações para que consiga garantir a proteção e os cuidados necessários para o/a [nome da criança/adolescente].

11.2.2: Quando a interlocução se dá diretamente com a criança/adolescente:

"Você já falou sobre isso com alguém?"[6]
"Você pode falar o que aconteceu?
"Você consegue me dizer se houve algum contato entre o seu corpo [e o da pessoa indicada como o agressor]?"
"Você consegue me falar ou me mostrar onde foi o contato?"

---

[5] TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ. **Portaria Conjunta n. 043/2019** - Juízes de Direito da Comarca de Toledo: Vara da Infância e da Juventude e Anexos, Coordenador do Núcleo de Apoio Especializado à Criança e ao Adolescente, 1ª e 2ª. Varas Criminais, Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública, Vara da Família e Sucessões, 49ª. Seção Judiciária. Fórum da Comarca de Toledo -PR.

[6] BRASIL. Ministério da Cidadania. **Parâmetros de atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. 2019, p. 07. Versão Preliminar para Consulta Pública.

11.3: Para identificar quando ocorreu a situação de violência sexual:

11.3.1. Perguntar se consegue dizer (com precisão) quando ocorreu o ato/comportamento relatado de violência sexual. A finalidade dessa indagação é a de saber se ocorreu em menos ou em mais de 72h (Em razão dos procedimentos para profilaxia).

11.3.2. Procurar saber se ato/comportamento relatado de violência sexual vem ocorrendo há mais tempo ou foi um momento pontual.

11.4. Identificar quem é o indicado como possível agressor e seu vínculo com a vítima:

11.4.1. Verificar a relação de parentesco entre o agressor e a vítima.

11.4.2. Verificar a frequência de convivência entre o agressor e a vítima.

11.4.3. Verificar se a criança/adolescente fica sob responsabilidade deste agressor.

12. Preceder os esclarecimentos acerca dos procedimentos subsequentes, isto é, quais os encaminhamentos/atendimentos são necessários para a oferta de cuidados para a vítima, como por exemplo:

- Quando para o Serviço de Saúde (UBS ou UPA): para o qual o responsável/adulto de referência/acompanhante deverá comparecer com a vítima.
- Quando para a Delegacia: orientar para que responsável/adulto de referência/acompanhante proceda o registro do Boletim de Ocorrência.
- Quando para o CREAS: para o atendimento especializado acerca da violação de direitos ocorrida.
- Quando para o Conselho Tutelar: para o qual, além do ato administrativo de Comunicação (Apêndice 2 - Protocolo RIPS 05/2020), também se fará encaminhamento com vista a efetivação de Boletim de Ocorrência, em caso de recusa do responsável.

13. Quando da realização da entrevista de Escuta Especializada, os integrantes das Equipes Técnicas dos serviços de atendimento à pessoa criança e adolescente em situação de violência devem ter ciência e respeitar o direito da criança/adolescente de narrar livremente e de permanecer em silêncio, conforme Art. 2º, inciso VI, Decreto 9.603/2018 (cf. cit.):

> a criança e o adolescente têm assegurado o direito de exprimir suas opiniões livremente nos assuntos que lhes digam respeito, inclusive nos procedimentos administrativos e jurídicos, consideradas a sua idade e a sua maturidade, garantido o direito de permanecer em silêncio

ANEXO III

FICHA DE COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR

Em observância e cumprimento aos termos do Art. 13 da Lei nº 8069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente e suas atualizações; do Art. 13 da Lei nº 13.431/2017; do Art. 9, inciso III, parágrafo 1º, inciso IV e Art. 14 do Decreto Presidencial nº 9.603/2018:

O órgão _____, integrante dos serviços da política pública de _____, nesta oportunidade representatado pelo(os) profissional(ais) de nome _____ _____, e profissão(ões) _____,

procede(m) o comunicado para efeito de registro à ( ) Conselho Tutelar I ( ) Conselho Tutelar II que deu início ao atendimento da(s) criança(s) e/ou adolescente(s) nominadas(os) por_____ _____, documento de RG nº _____, com idade(s) _____ nascido(s) em _____, filiação _____, residente(s) no endereço _____, que se encontra(m) sob a responsabilidade de _____, frequenta a unidade educacional _____, atendido pelo seguinte serviço/entidade da rede socioassistencial _____ _____.

Registra-se que o processo de atendimento foi iniciado a partir de denúncia ou suspeita de que a(s) nominada(s) criança(s)/adolescente(s) tenha(m) sofrido ato relativo à violência sexual, em que o suposto agressor é _____ cujo vinculo com a vítima é _____.

Houve a realização do procedimento de escuta especializada? ( )Sim ( )Não

Houve orientação aos responsáveis para a realização de Boletim de Ocorrência, sendo que a receptividade foi: ( ) Manifestou que irá fazer B.O. ( ) Manifestou que não irá fazer B.O.

A finalidade da presente Comunicação é dar ciência a esse Conselho Tutelar sobre a referida ocorrência, bem como informar que os procedimentos profissionais e técnicos que são adequados a esse tipo de circunstância estão sendo adotados, haja vista que o processo de atendimento se encontra em curso pelos serviços especializados da Rede Intersetorial de Proteção Social (RIPS) – Toledo.

Esclarece-se que em momento oportuno poder-se-á fornecer outras informações bem como solicitar procedimentos específicos que sejam compatíveis com o desenvolvimento do trabalho desse Conselho Tutelar.

TOLEDO, _____ /_____/_____

_____

Assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento

Plano Municipal de Saúde Toledo 2022-2025

DEZEMBRO – 2021

TOLEDO - PARANÁ

Prefeito Municipal de Toledo

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Vice-Prefeito do Município de Toledo

Ademar Lineu Dorfschimdt

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretária Municipal da Saúde

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

Diretor Geral De Saúde

Fernando Pedrotti

Diretora do Departamento Administrativo e Financeiro

Lucélia Giaretta Mattiello

Diretora do Departamento de Gestão em Saúde

Diane Michely Cassaro

Diretora de Atenção primária em Saúde

Sirlene de Fátima Dela Torre

Diretora de Vigilância em Saúde

Juliana Beux Konno

Diretor de Assistência Farmacêutica

Taylon Eduardo Pereira

Diretor da Rede de Urgência e Emergência

Juliana Ventura

Diretora da Rede de Saúde Mental

Leila Fátima Machado

Diretora de Atenção Especializada

Khatheli Mayumi Hino do Nascimento

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Presidente

Teomar Roque Jantsch

Vice Presidente

André Eloi Winkelmann

1º Secretário(a)

Isabela Cristina Rhoden

2º Secretário(a)

Diandro Marcio Bombana

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Michelle Christiane Minozzo Rodrigues

(Portaria nº 014 de 05.12.2018).

SEGMENTO	CONSELHEIRO(A)	CONDIÇÃO
USUARIO	CARLOS WALDIR WALKER	TITULAR
USUARIO	ANDRE ELOI WINKELMANN	TITULAR
USUARIO	HENRIQUE DIAS MUNIZ	TITULAR
USUARIO	JAIRO MARCOS ZSCHOMARK	TITULAR

USUARIO	ISABELA CRISTINA RHODEN	TITULAR
USUARIO	DIANDRO MARCIO BOMBANA	TITULAR
USUARIO	TEREZINHA TOMAZI DA SILVA	TITULAR
USUARIO	VANDERLEI CEOLIN	TITULAR
USUARIO	LUCIANO LUIZ SANTIAGO	TITULAR
USUARIO	PAULO ROBERTO GONÇALVES JÚNIOR	TITULAR
USUARIO	ARLETE JOSEFINA LEONARDI	SUPLENTE
USUARIO	FELIPE HECK SOARES	SUPLENTE
USUARIO	CONRADO FRIGI BISSOLI	SUPLENTE
USUARIO	ADEMIR FOGAÇA	SUPLENTE
USUARIO	ANDERSON RODRIGUES	SUPLENTE
USUARIO	ISABEL CRISTINA LUDEKE CARNEIRO	SUPLENTE
USUARIO	RAFAEL PASTRELLO HIRATA	SUPLENTE
USUARIO	PAULA REGINA PALUDO PASTORIO	SUPLENTE
TRABALHADORES EM SAUDE	LECI DENICE BRINCKER SIQUEIRA	TITULAR
TRABALHADORES EM SAUDE	LURDES KOTHE SUPERTI	TITULAR
TRABALHADORES EM SAUDE	MARLENE R. DA SILVA GAMBETTA	TITULAR
TRABALHADORES EM SAUDE	PAULA FAQUINELLO GROSS	TITULAR
TRABALHADORES EM SAUDE	TEOMAR ROQUE JANTSCH	TITULAR
TRABALHADORES EM SAUDE	MARCELO LUIS SANTANA	SUPLENTE
TRABALHADORES EM SAUDE	RODRIGO MIYAHIRA	SUPLENTE
TRABALHADORES EM SAUDE	SIRLEY ILDEBRAND GIL	SUPLENTE
PRESTADORES DE SERVIÇO	AMÓS FERREIRA MENDES	TITULAR
PRESTADORES DE SERVIÇO	DANIELA APARECIDA POLLIS BRANDINI	TITULAR
PRESTADORES DE SERVIÇO	JOCIANE JOB DE SOUZA	TITULAR
PRESTADORES DE SERVIÇO	ANTONIO MARCOS CHAGAS DE MORAIS	SUPLENTE
PRESTADORES DE SERVIÇO	ITAMAR WEIWANKO	SUPLENTE
GOVERNO MUNICIPAL	SIRLENE DE FÁTIMA DA SILVA DELA TORRE	TITULAR

GOVERNO MUNICIPAL	NEUSA SIMÃO GRIPP FREITAS DE ARRUDA	SUPLENTE
GOVERNO ESTADUAL	ALBERI LOCATELLI	TITULAR
GOVERNO ESTADUAL	DIANE MICHELY CASSARO	SUPLENTE

COLABORADORES

Servidores da Secretaria Municipal de Saúde

Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde Gestão 2020-2024

EQUIPE DE ORGANIZAÇÃO DO PLANO

Valdenice Dos Santos Souza – Assistente Social

Tiago Henrique Godoy Da Silva – Assistente Administrativo I

Gustavo Mateus Chervinski Dresch – Analista Em Administração I

Joel José Palma Junior – Ouvidor

Diane Michely Cassaro – Diretora Do Departamento De Gestão

Franciele Hoffmann – Assistente Em Administração I

Luiz Carlos De Oliveira – Digitador I

Jose Eduardo Mainart Panini – Médico Infectologista

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS 8
LISTA DE QUADROS 9
LISTA DE GRÁFICOS 11
LISTA DE TABELAS 13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 16
INTRODUÇÃO 19
1. ESTRUTURAÇÃO DO PLANO 20
1.1 Base legal 20
1.2 Relação com o PPA – Plano Plurianual 20
1.3. Organização Legal da Secretaria Municipal de Saúde 23
2. ANÁLISE SITUACIONAL 24
2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO 24
2.1.1 Aspectos Geográficos 24
2.1.2 Evolução populacional 30
2.1.3 Aspectos Socioeconômicos 32
2.2 PANORAMA DEMOGRÁFICO 38
2.2.1 Taxas de Fecundidade Total (TFT) 39
2.2.2 Estrutura de distribuição etária e sexo da população 40
2.2.3 Expectativa de vida 41
2.2.4 População por Raça e/ou Cor 42
3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 44
3.1.1 Morbidade 44
3.1.1.1 Doenças Imunopreveníveis 46
3.1.1.2 Agravos e Doenças Transmissíveis 52
3.1.1.3 Doenças Crônicas não transmissíveis 55
3.1.1.4 Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho 58
3.1.2 Mortalidade 59
3.1.2.1 Mortalidade Geral 59
3.1.2.2 Mortalidade Infantil e Fetal 60
3.1.2.3 Mortalidade Materna 61
3.1.2.4 Mortalidade Por Doenças e Agravos Não Transmissíveis 62
3.1.2.5 Mortalidade por Causas Externas 68
3.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE 70
3.2.1 Rede Intersetorial 71
3.2.2 Abastecimento de Água, Rede de Esgoto e Energia Elétrica 74
4. PERFIL ASSISTENCIAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 76
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 81
4.1.1 Saúde Bucal 85
4.1.2 Rede de Apoio à Atenção 89
4.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 90
4.2.1. Apresentação 90
4.2.2. Estrutura 92

4.3 Alimentação e Nutrição.....101
4.4 ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR..104
4.4.1 Atenção Especializada 104
4.4.1.1 Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares.....110
4.5 ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....110
4.6.1 Vigilância Epidemiológica 114
4.6.2 Vigilância Sanitária e Ambiental 115
4.6.3. Combate a Endemias.....118
4.7 SAUDE MENTAL 119
4.8 GESTÃO EM SAÚDE 133
4.8.1- Recursos Financeiros.....133
4.8.2 - Receita da Saúde.....134
4.8.3 Despesas da Saúde.....138
4.8.4 Gestão do Trabalho e Educação Permanente 141
4.8.5 Participação e Controle Social 146
4.8.6 Ouvidoria 150
5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 152
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 180
REFERÊNCIAS.....182
ANEXOS.....184
Anexo I - Relatório atualizado da XV Conf. Mun. de Saúde de Toledo.....184
Anexo II - Plano de Investimentos - Físico/Financeiro - PPA 2022-2025.....199
Anexo III - Resolução do Conselho Municipal de Saúde 214

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01- Planejamento governamental: relação entre o plano de saúde e o plano plurianual
FIGURA 02- Mapa de localização do Município de Toledo
FIGURA 03- Limites do Município de Toledo
FIGURA 04- Mapa Geopolítico do Município de Toledo
FIGURA 05- Mapa do Território da Saúde
FIGURA 06- Área de abrangência das Unidades de Saúde do Interior

FIGURA 07- Nacionalidades no Brasil no período de 2012 à 2018.
FIGURA 08- Condicionantes e determinantes da Saúde
FIGURA 09- Organograma da DAF
FIGURA 10- Diretrizes da PNAM
FIGURA 11- Fluxo de Atendimento na RAS.
FIGURA 12- Fluxograma atendimento eventos agudos
FIGURA 13- Histórico normativo do financiamento SUS, no Brasil.
FIGURA 14- Componentes do Programa Previne Brasil
FIGURA 15- Base Legal sobre o funcionamento dos Conselhos.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01- Área Geográfica dos Distritos – Toledo 2019.

QUADRO 02- Principais rodovias do Município de Toledo.

QUADRO 03- Distancia dos municípios com a região e a capital do estado.

QUADRO 04- Evolução da população do município de Toledo de 1948 á 2021.

QUADRO 05- População estimada por faixa etária nos anos de: 2010, 2012, 2015 e 2020.

QUADRO 06- Número de Estabelecimentos e Empregos (RAIS) Segundo as Atividades Econômicas – TOLEDO, 2015 e 2019.

QUADRO 07- População em Idade Ativa (PIA), Economicamente Ativa (PEA) e Ocupada por Tipo de Domicílio, Sexo e Faixa Etária – 2010.

QUADRO 08- IDH - Índice De Desenvolvimento Humano – Toledo – 2010.

QUADRO 09- Número de Estabelecimentos Segundo as Atividades Econômicas – Toledo, 2012 e 2019.

QUADRO 10- População total por sexo e faixa etária dos anos de 2010 e 2020.

QUADRO 11- População Censitária Segundo Cor/Raça – Toledo, 2010.

QUADRO 12- Mortalidade de Causas Externas residentes em Toledo de 2016 a 2020.

QUADRO 13- Estabelecimentos de Saúde que atendem SUS, por tipo, natureza jurídica e Tipo de Gestão. Toledo – 2021.

QUADRO 14- UBS de Toledo, com número de equipes de ESF, e ano de implantação.

QUADRO 15- EAP com número de equipes, ano de implantação, carga horária e cobertura populacional.

QUADRO 16- Dados dos procedimentos Odontológicos realizados no período de 2016-2020.

QUADRO 17- Componentes da Assistência farmacêutica.

QUADRO 18- Tipos e número de leitos hospitalares totais – Toledo.

QUADRO 19- Tipos e número de leitos hospitalares SUS – Toledo.
QUADRO 20- Distribuição dos leitos hospitalares no município de Toledo – 2020.
QUADRO 21- Distribuição de AIHs do Município de Toledo – 2016.
QUADRO 22- Hospitais e Clinicas de Referência no Estado do Paraná (atendimento SUS) – Toledo, 2016.
QUADRO 23- Procedimentos Ambulatoriais Por Serviço e Ano.
QUADRO 24- Procedimentos Coletivos por local de serviço e ano.
QUADRO 25- Procedimento de Matriciamento por local de serviço e ano.
QUADRO 26- Consultas por Especialidade do ASM e ano.
QUADRO 27- Consultas por especialidade do CAPS II e ano.
QUADRO 28- Consultas por especialidade do CAPS AD e ano.
QUADRO 29- Consultas por especialidade do CAPS Inf. e ano.
QUADRO 30- Demonstrativo das receitas vinculadas a saúde.
QUADRO 31- Demonstrativo da origem dos recursos que formam a base para o cálculo final dos 15% mínimos aplicados em Saúde.
QUADRO 32- Resumo das receitas da saúde do 2º quadrimestre de 2021.
QUADRO 33- Histórico demonstrativo da aplicação do mínimo constitucional em Saúde no período de 2016-2020. Toledo.
QUADRO 34- Histórico do total das despesas liquidadas e despesas per capita no período de 2016-2020. Toledo.
QUADRO 35- Produção do Conselho de Saúde em 2019 e 2020, Toledo – PR.
QUADRO 36- Número de Atendimentos da Ouvidoria do Municipal do SUS.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Evolução da População no Período de 2010 – 2020.

GRÁFICO 02- Cobertura de Atenção Básica no período de 2016 a 2020. Toledo.

GRÁFICO 03- Cobertura de Saúde Bucal no Período de 2016 à 2020, Toledo.

GRÁFICO 04- Atendimentos realizados pela Assistência Farmacêutica no período de 2016 a 2020.

GRÁFICO 05- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2016.

GRÁFICO 06- Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2016.

GRÁFICO 07- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2017.

GRAFICO 08- Relação de Medicamentos segundo Classe terapêutica no ano de 2017.

GRÁFICO 09- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2018.

GRÁFICO 10- Relação de Medicamentos segundo Classe terapêutica no ano de 2018.

GRÁFICO 11- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2019.

GRÁFICO 12- Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2019.

GRÁFICO 13- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2020.

GRÁFICO 14- Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2020.

GRÁFICO 15- Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2016.

GRÁFICO 16- Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2017.

GRÁFICO 17- Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2018

GRÁFICO 18- Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2019.

GRÁFICO 19- Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2020

GRÁFICO 20- Ações realizadas pela Vigilância Sanitária no Período de 2016 – 2020

GRÁFICO 21- Resultado de 4 Ciclos do Levantamento de Índice Rápido para o Aedes aegypti (LIRAa) de 2016 – 2020 no município de Toledo.

GRÁFICO 22- Procedimentos Ambulatoriais em Saúde Mental segundo ano e local de serviço.

GRÁFICO 23- Procedimentos Coletivos por local de serviço e ano.

GRÁFICO 24- Procedimento de Matriciamento por local de serviço e ano

GRÁFICO 25- Consulta segundo especialidade, serviço e ano do Ambulatório de Saúde Mental

GRÁFICO 26- Consultas segundo especialidade, serviço e ano

GRÁFICO 27- Consultas por especialidade, serviço e ano.

GRÁFICO 28- Consultas segundo especialidade, serviço e ano.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- Taxa de fecundidade total, 2016 e 2019.

TABELA 02- Morbidade Hospitalar do Sus – Internações nos anos de 2016 a 2020 segundo causas do capitulo Cid 10.

TABELA 03- Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência segundo internações por Cap. CID-10 e ano de processamento, nos períodos de 2013 à 2016 e de 2017 à 2020.

TABELA 04- Doenças Imunopreveníveis – por local de residência segundo ano de Notificação, nos períodos de 2016 à 2020.

TABELA 05- Casos de Meningite Notificados em Toledo de 2016 a 2020 por faixa etária.

TABELA 06- Casos de Influenza segundo subtipo viral e óbitos notificados do Sistema SRAG/SIVEP residentes em Toledo de 2016 a 2020.

TABELA 07- Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica notificados do Sistema residentes em Toledo no ano de 2020.

TABELA 08- Cobertura Vacinal no período de 2016-2020 em Toledo-Pr.

TABELA 09- Doenças de Notificação Individual – Frequência Segundo Agravos Notificados, 2016 A 2020.

TABELA 10- Internações por Lista Morb CID-10 e Ano processamento das principais causas de doenças crônicas não transmissíveis no período de 2016 à 2020.

TABELA 11- Casos Notificados de acidente de trabalho de Notificação obrigatória, residentes em Toledo de 2016 a 2020. SINAN.

TABELA 12- Óbito de residentes Segundo Capítulo do CID-10. Toledo - 2016 a 2020.

TABELA 13- Óbitos infantis segundo causa (CID-10 3C) no período de 2016 a 2020 em < de um ano.

TABELA 14- Óbitos Maternos segundo causa (CID-10 3C) no período de 2016 a 2020.

TABELA 15- Mortalidade Prematura pelas DCNTs no período de 2016-2020.

TABELA 16- Principais Causas (CID10 3C) de óbitos prematuros em cada DCNT na população de 30 à 69 anos no período de 2016-2020.

TABELA 17- Óbitos segundo causas do CID-10, por sexo no período de 2016-2020. Toledo.

TABELA 18- Óbitos Segundo a Frequência por Sexo em Toledo no período de 2016 a 2020.

TABELA 19- Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2016.

TABELA 20- Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2017.

TABELA 21- Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2018.

TABELA 22- Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2019.

TABELA 23- Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2020.

TABELA 24- Abastecimento de água e Atendimento de Esgoto, segundo as categorias - 2019.

TABELA 25- Rede Assistencial que atende SUS no município de Toledo. 2021.

TABELA 26- Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 0 a 6 meses.

TABELA 27- Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 6 meses a 2 anos.

TABELA 28- Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 2 anos a 5 anos.

TABELA 29- Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 5 anos a 10 anos.

TABELA 30- Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Gestante.
TABELA 31- Consultas agendadas para atendimento na rede própria em 2019.
TABELA 32- Consultas agendadas para atendimento na rede própria em 2020.
TABELA 33- Média de vagas agendadas mensalmente na Rede própria, período do mês de Janeiro á Junho/2021.
TABELA 34- Números de profissionais da área da Saúde, por tipo do cargo que ocupa no serviço público, Dez/2020.
TABELA 35- Número de profissionais por tipo de ocupação.
TABELA 36- Dados relacionados às Capacitações realizadas em 2019 e 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário em Saúde
AIH	Autorização Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária á Saúde
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAESM	Centro de Atendimento Especializado em Saúde Mental
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CENSE	Centro de Socioeducação
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CERTI	Centro de Revitalização da Terceira Idade
CFRH	Centro Formador de Recursos Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISCOPAR	Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA	Conselho da Criança e do Adolescente
CMEI	Centro Municipal De Educação Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMT	Caderno Estatístico de Toledo
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas
COMSAMU	Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná
CRAS	Centro De Referência E Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissível
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DT	Difteria e Tétano
DTP	Difteria, Tétano e Coqueluche

EAP	Estratégia Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPP	Escola de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice Desenvolvimento Humano
IDM	Índice Desenvolvimento Humano Municipal
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LACEN	Laboratório Central do Estado do Paraná
LC	Liquota Corrente
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
LIRA	Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NPVT	Núcleo Prevenção de Violência no Trânsito
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PBA	Projetos Básicos de Arquitetura
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	População em idade Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Prática Integrativa e Complementar em Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPA	Plano Plurianual

PSE	Programa Saúde nas Escolas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANEPAR	Companhia de Saneamento do Paraná
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SIH	Sistema de informações Hospitalares
SIM-PR	Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPNCD	Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIAGUA	Vigilância da Qualidade da Água

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de planejamento, monitoramento e avaliação de todas as iniciativas no âmbito da saúde municipal. Ele deve orientar a atuação da esfera municipal junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2022 a 2025.

É importante que este instrumento esteja alinhado com as demais iniciativas e instrumentos governamentais, tal como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

O processo de elaboração do PMS trouxe a essencial colaboração de outros atores como o Conselho Municipal de Saúde e a sociedade civil organizada com suas propostas via XV Conferência Municipal de Saúde, além da participação dos diversos setores e/ou departamentos da Secretaria de Saúde.

O Plano é apresentado em cinco eixos principais, sendo: 1) a estruturação do plano; 2) análise situacional; 3) perfil epidemiológico; 4) perfil assistencial da rede de atenção a saúde; 5) diretrizes, objetivos, metas e indicadores, que apresentam 16 diretrizes, 18 objetivos e 87 indicadores; 6) monitoramento e avaliação, além dos anexos, referências bibliográficas e as listas com ilustrações (figuras, tabelas e quadros) apresentadas no decorrer de todo o texto deste Plano de Saúde.

ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

1.1 Base legal

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PMS (art. 15 e 16) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36). Além disso, observa que o Conselho Nacional de Saúde deve estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços (art. 37). Ressalta-se ainda que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe que devem ser realizadas Conferências de Saúde, a cada quatro anos, a fim de propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível da federação.

Bem como, a Portaria nº 2.135/2013 em seu Art. 3º que coloca o Plano de Saúde, como instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

1.2 Relação com o PPA – Plano Plurianual

Em atendimento as legislações acima citadas e a Constituição Federal de 1988, o PMS 2022-2025 foi elaborado em consonância com Plano Plurianual para o mesmo período que possui compatibilidade quanto à vigência e aos objetivos definidos. Seguindo a lógica da figura abaixo que demonstra a relação

entre os instrumentos.

FIGURA 01



FONTE: Ministério da Saúde. 2016.

O PPA é o documento que formaliza o planejamento do Município e o cumprimento, no espaço de 4 anos, do que foi democraticamente aprovado pela população. Neste sentido, O PPA não é apenas o cumprimento de um requisito legal, mas sim um instrumento através do qual se compatibiliza a estratégia do governo local, os recursos existentes, apresentando as oportunidades e investimentos possíveis na integração com o planejamento das diferentes esferas de governo, buscando beneficiar a população em suas necessidades comuns.

Estabelecendo diretrizes para uma gestão democrática do planejamento e da aplicação dos recursos financeiros do Município, o PPA define os objetivos estratégicos e as metas a serem atingidas pela Administração municipal, no cumprimento das obras, ações e programas previstos em seu Plano de Governo, com uma visão integral e sistêmica do desenvolvimento, onde a economia se coloca a serviço da vida.

Os objetivos e metas estabelecidos pelo PPA concretizam por um modelo de gestão de alto desempenho, elevando a qualidade de vida da população e criando um ambiente favorável para que este seja um lugar de oportunidades.

Para 2022-2025, entre as diretrizes e objetivos gerais do PPA do município de Toledo, na área da saúde se objetiva fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e ampliar a oferta de leitos e da infraestrutura, diminuindo o tempo de espera nos atendimentos à saúde, como respeito à dignidade humana.

Na estrutura do PPA, os programas referentes a área da saúde, são os que seguem:

PROGRAMA 2- APOIO ADMINISTRATIVO

Atividade 16: Gestão das Políticas de Saúde

Atividade 17: Apoio aos serviços Administrativos da Secretaria de Saúde

PROGRAMA 40 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Indicadores:

- Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.

- Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Atenção Básica

- Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal

Projeto/atividade:

145- Fortalecimento da Infraestrutura na Atenção Primária de Saúde

146- Ações em Atenção Primária à Saúde

147- Serviços de Saúde à Criança e ao Adolescente

148- Ações de Assistência Farmacêutica

PROGRAMA 41-ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Indicador:

- Número de Unidades Básicas de Saúde (ESF e EAP) capacitadas quanto a Saúde Nutricional

Projeto/atividade:

149- Ações de promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PROGRAMA 42- ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Indicadores:

- Fila de espera das Consultas Especializadas

- Coeficiente de Mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência

- Ações de Matriciamento Sistemático realizados por CAPS com as Equipes de Atenção Primária

Projeto/atividade

150- Fortalecimento da Infraestrutura da Atenção Especializada em Saúde

151- Ações e Serviços da Atenção Especializada

152- Ações em Urgência e Emergência na Saúde

153- Ações em Saúde Mental

154- Atividades de Prevenção a Dependência Química

155- Ações e Serviços da Atenção Hospitalar

PROGRAMA 43- ATENÇÃO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Indicadores:

- Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças > de 2 anos de idade – com cobertura vacinal preconizada

- Percentual de atendimento as denúncias/reclamações sobre o setor regulado

Projeto/atividade

156- Ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador

157- Ações de Vigilância Epidemiológica

1.3. Organização Legal da Secretaria Municipal de Saúde

Em relação ao organograma da Secretaria de Saúde, no ano de 2021, ocorreram alterações conforme Lei Nº 2.344, de 15 de julho de 2021, que dispõe sobre a estrutura de órgãos e cargos em comissão da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo e define as respectivas atribuições específicas, em seu Capítulo I, trata da Estrutura organizacional da administração direta e a Secretaria de Saúde no inciso XIII, conforme segue:

Secretaria da Saúde:

a) Gabinete;

b) Departamento da Rede de Atenção Primária em Saúde;

c) Departamento de Vigilância em Saúde;

d) Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

e) Departamento Administrativo e Financeiro.

Importante destacar, que além desses departamentos e do gabinete, temos o Conselho Municipal de Saúde e a Ouvidoria, dois órgãos com poderes independentes e objetivam o apoio ao Gestor da Saúde.

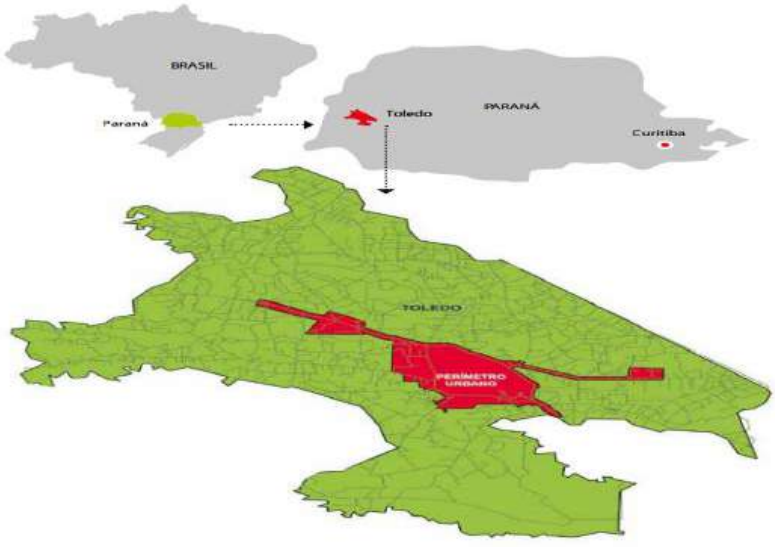
2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

2.1.1 Aspectos Geográficos.

A Região Oeste do Paraná está dividida em microrregiões, sendo estas: Toledo, Cascavel e de Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade polo da microrregião, sendo chamado assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao seu número de habitantes, comércio e indústria ser mais expressivos. Tem uma população estimada pelo IBGE no ano de 2020 em 142.645 habitantes. Toledo é o 12º mais populoso município do Paraná e 36º da região Sul do Brasil.

FIGURA 02- Mapa de Localização do Município de Toledo



FONTE: Plano Diretor/2015

FIGURA 03 – Limites Do Município De Toledo



FONTE: IPARDES
NOTA: Base Cartográfica ITCG 92010)

Toledo é um município de importância regional por ser sede da 20ª Regional de Saúde. Tem uma área de 1.205.501 Km², está situado na Região Oeste do Paraná e faz divisa com os seguintes municípios: ao Norte: Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul: Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste: Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; e a Oeste: Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste.

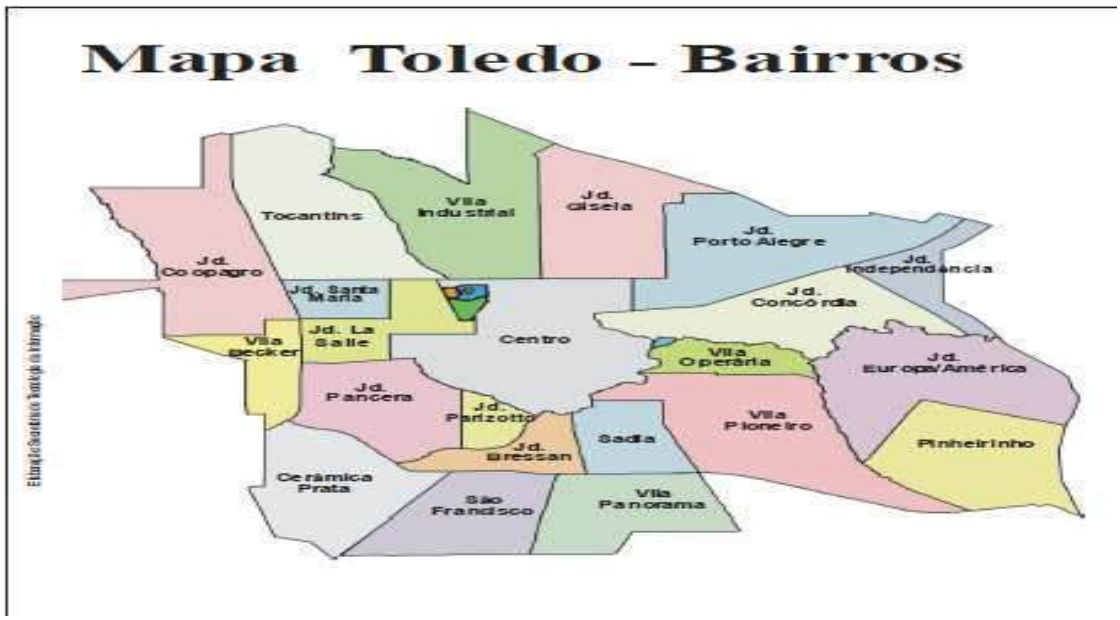
QUADRO 01 - Área Geográfica dos Distritos – Toledo 2019

DISTRITO	**ÁREA GEOGRÁFICA**
Concórdia do Oeste	45,21 km²
Dez de Maio	117,80 km²
Dois Irmãos	49,48 km²
Novo Sarandi	66,13 km²
Novo Sobradinho	45,53 km²
São Luiz do Oeste	66,85 km²
São Miguel	57,35 km²
Vila Ipiranga	32,58 km²
Vila Nova	110,11 km²
Toledo - sede	616,95 km²
Total	**1.198,607 km²**

Fonte: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo.

Dentro de sua área geográfica, o município de Toledo possui 10 distritos administrativos na, sendo a sede e nove distritos, conforme quadro 01.

FIGURA 04 – Mapa Geopolítico do Município de Toledo



Fonte: Prefeitura Municipal de Toledo, 2021.

Na sede do município sua área está dividida em 22 bairros, sendo estes: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera, Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, Sadia, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro, Pinheirinho, Vila Operária e Centro. Todo o crescimento populacional dos últimos anos, tem se dado dentro destes bairros, com abertura de novos loteamentos e conjuntos habitacionais para população de baixa renda e demais.

QUADRO 02 – Principais Rodovias do Município de Toledo

BR 467	Trecho Toledo – Cascavel, 40 km duplicada
PR 182	Trecho Toledo – Palotina
PR 317	Trecho Toledo – Santa Helena
PR 585	Trecho Toledo – São Pedro do Iguaçu
BR 163	Trecho Toledo – Quatro Pontes
PR 486	Trecho Toledo – Assis Chateaubriand

Fonte: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo.

QUADRO 03 – Distância dos Municípios com a Região e a Capital do Estado

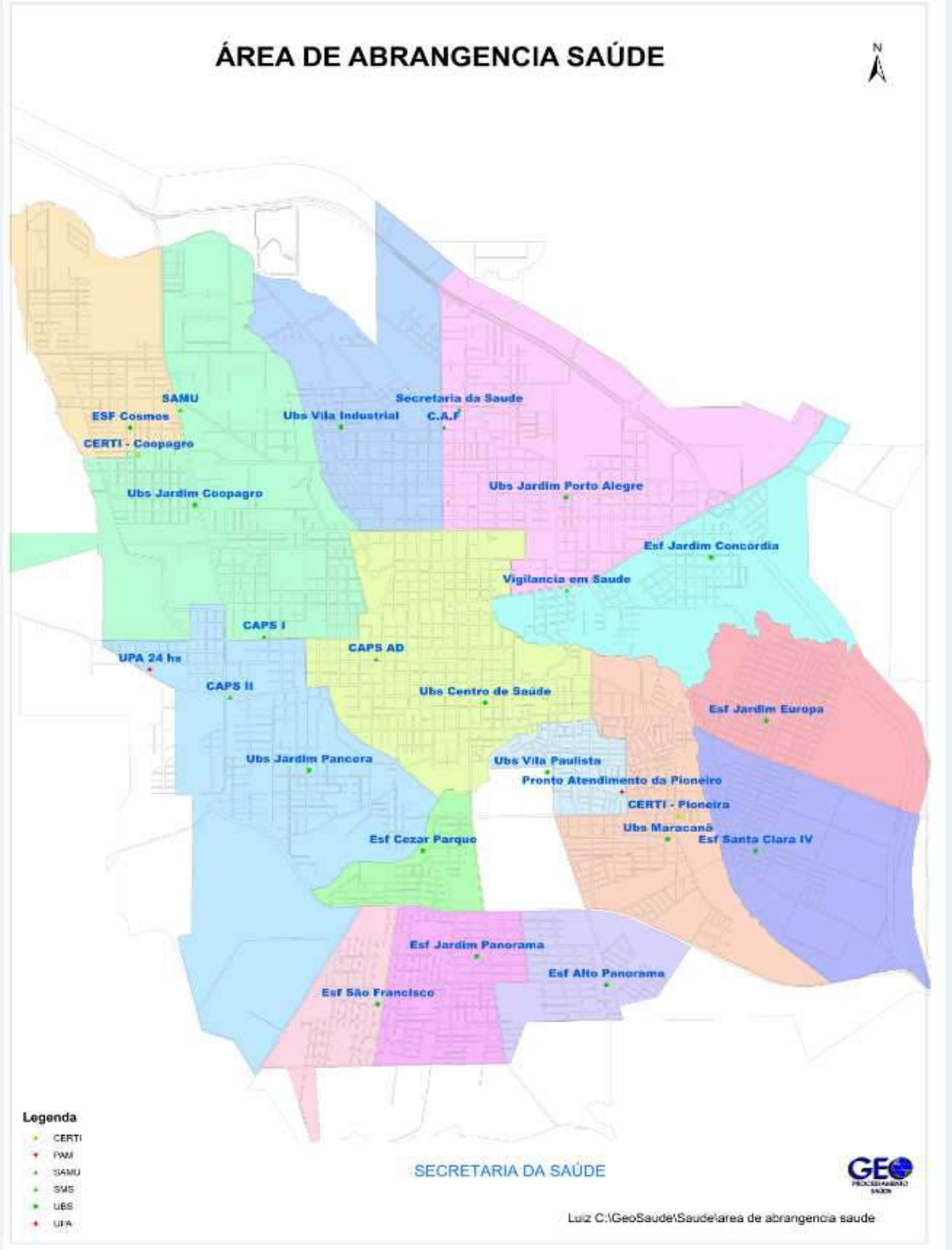
Cidade	Distância de Toledo	Tempo de viagem
Curitiba	540 km	6h e 30’

Assis Chateaubriand	44 km	34’
Diamante do Oeste	80 km	1h e 10’
Entre Rios do Oeste	76,5 km	1h e 3’
Guaira	106 km	1h e 22’
Marechal Cândido Rondon	40,8 km	39’
Maripá	47 km	45’
Mercedes	59,2 km	48’
Nova Santa Rosa	55,9 km	56’
Ouro Verde do Oeste	22 km	22’
Palotina	62,5 km	56’
Pato Bragado	62 km	58’
Quatro Pontes	34 km	30’
Santa Helena	84 km	1h e 11’
São José das Palmeiras	49 km	42’
São Pedro do Iguaçu	32,7 km	31’
Terra Roxa	72.5 km	1h e 24’
Tupãssi	33 km	28’
Cascavel	47 km	40’
Foz do Iguaçu	159 km	2h e 9’

Fonte: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo.

No quadro 02, visualizamos as seis rodovias que fazem margem com a cidade de Toledo, sendo quatro estaduais e duas federais e no quadro 03, a distância entre Toledo e os municípios da região e da Capital do Estado do Paraná.

FIGURA 05 – Mapa do Território da Saúde



Fonte: Secretaria de Saúde. 2020

FIGURA 06



Fonte: Secretaria de Saúde. 2019.

Em relação à área geográfica dos equipamentos e serviços da saúde, na figura 05, apresentamos o mapa da área urbana de abrangência no município, atualizado em 21 de agosto de 2020. Na sequência, temos na figura 06, o mapa da área rural de abrangência da Saúde no município, atualizado em dezembro de 2019.

2.1.2 Evolução populacional

Até a década de 1970, a maior parte da população do município de Toledo residia na área rural, correspondendo a 78,24% da população total. Na década seguinte esse cenário começa sofrer uma inversão, passando de 21,75% para 52,89%, ou seja, mais de 50% da população encontrava-se na área urbana do município.

QUADRO 04 – Evolução da População do Município de Toledo de 1948 a 2021.

Ano	**População**
2016	133.824
2017	135.538
2018	138.572
2019	140.635
2020	142.645
2021	144.601

Fonte: IBGE- SMS. 2021

Conforme se apresenta no quadro 04, a população de Toledo teve um crescimento populacional significativo desde a sua fundação, principalmente nas primeiras décadas. Segundo a estimativa oficial, nos últimos dez anos (2010-2020) se observa um acréscimo em torno de 19,55% no número total de habitantes.

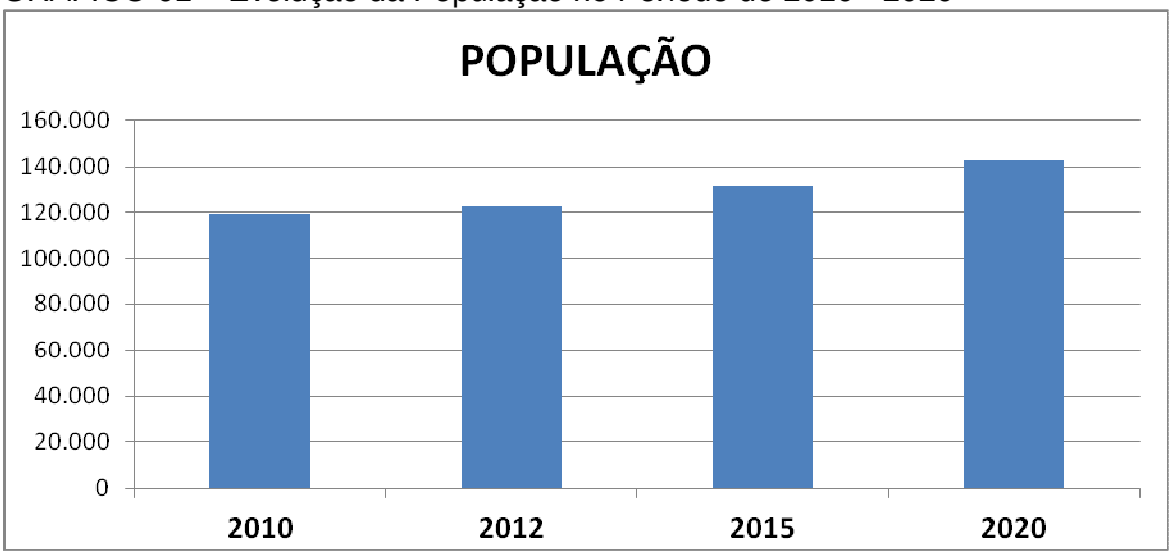
QUADRO 05 - População estimada por faixa etária nos anos de: 2010, 2012, 2015 e 2020.

FAIXA ETÁRIA	TOTAL			
	2010	**2012**	**2015**	**2020**
0 a 4 anos	7.497	7.697	7.970	8.837
5 a 9 anos	8.156	8.373	8.776	8.742
10 a 14 anos	9.931	10.196	9.753	8.940
15 a 19 anos	10.850	11.140	10.337	10.123
20 a 29 anos	22.238	22.833	24.718	23.831
30 a 39 anos	18.919	19.425	21.525	23.958
40 a 49 anos	17.953	18.434	18.782	19.834
50 a 59 anos	11.794	12.109	15.432	18.073
60 a 69 anos	6.717	6.897	8.439	11.617
70 a 79 anos	3.767	3.867	4.427	5.863
80 anos e mais	1.491	1.531	1.921	2.827
TOTAL	**119.313**	**122.502**	**132.080**	**142.645**

FONTE: IBGE; DataSus; DigiSus. 2020.

Observa-se uma evolução populacional importante nesse período, como pode ser visto no gráfico a seguir.

GRÁFICO 01 – Evolução da População no Período de 2010 - 2020



FONTE: IBGE; DataSus; DigiSus. 2020

2.1.3 Aspectos Socioeconômicos

Citamos as principais Atividades Econômicas e de Organização Social de Toledo:

Agropecuária

- Estabelecimentos de Piscicultura.
- Estabelecimentos de produção suína.
- Estabelecimentos com plantel de frango de corte.
- Estabelecimentos com produção de leite

Meio Ambiente

- Arborização urbana
- Ajardinamento público
- Viveiro municipal
- Florir Toledo
- Programa TooReciclando
- Estações de Sustentabilidade
- Programa Toledo Cidade Limpa - Caçambas
- Veterinário Mirim
- Programa de Recuperação de Nascentes
- Programa de Recuperação de Mata Ciliar e Bioenergia
- 11 Parques para lazer e visitação.

Indústria, Comércio e Serviços

- Indústrias
- Estabelecimentos Comerciais
- Empresas de prestação de serviços
- Indústrias de Transformação

Gastronomia

- 5 Restaurantes Populares
- Festa Nacional do Porco no Rolete
- 28 festas típicas gastronômicas

Cultura

- 3º maior Teatro Municipal do Paraná
- Museu Histórico Willy Barth
- Casa de Cultura
- CEU das Artes - Centro de Artes e Esportes Unificados de Toledo
- Centro Cultural Oscar Silva (Biblioteca Pública)
- Circo da Alegria

Esporte

- 01 Estádio Municipal
- 02 Piscinas Públicas
- 10 Ginásios Poliesportivos
- 11 Campos Sintéticos
- 11 Campos de Grama
- 03 Arenas Esportivas
- 01 Pista de Bicicross
- 01 Pista de Skate
- 01 Academia
- 85 Academias da Terceira Idade
- 01 Centro de Artes Marciais
- 01 Pista de Motocross
- 01 Pista de Arrancada
- 01 Centro Olímpico
- 01 Complexo Esportivo

Segue dados relacionados às atividades econômicas do município. Em sua maioria levantada pelo Censo de 2010 e outras estimativas realizadas pelo próprio IBGE entre outras fontes.

QUADRO 6 - Número de Estabelecimentos e Empregos (RAIS) Segundo as Atividades Econômicas – TOLEDO, 2015 e 2019.

ATIVIDADES ECONÔMICAS (SETORES E SUBSETORES DO IBGE	2015		2019	
	Estabelecimentos	Empregos	Estabelecimentos	Empregos
EXTRAÇÃO DE MINERAIS	**4**	**54**	**4**	**35**
INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	**614**	**17.047**	**651**	**17.917**
- Produtos Minerais não metálicos	39	314	39	162
- Metalúrgica	98	584	109	491
- Mecânica	89	818	103	648
- Material elétrica e de comunicações	18	136	24	150
- Material de transporte	14	71	11	59
- Madeira e do mobiliário	57	304	46	214
- Papel, papelão, editorial e gráfica	35	172	35	167
- Borracha, fumo, couros, peles e produtos similares e indústria diversa	14	348	25	403
- Química, de produtos farmacêuticos, veterinários, de perfumaria, sabões, velas e Matérias plásticas	17	3.803	31	4.366
- Têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	87	1.285	69	1.452
- Calçados	9	312	10	405
- Produtos alimentícios, de bebidas e álcool etílico	137	8.900	149	9.400
SERVIÇOS INDUSTRIAIS DE UTILIDADE PÚBLICA	**55**	**64**	**6**	**82**
CONSTRUÇÃO CIVIL	**493**	**2.140**	**434**	**2.682**
COMÉRCIO	**1.649**	**9.152**	**1.676**	**9.907**
- Comércio varejista	1.474	7.836	1.496	8.445
- Comércio atacadista	175	1.316	180	1.462
SERVIÇOS	**1.554**	**15.882**	**1.741**	**17.911**
- Instituições de crédito, seguros e de capitalização	47	719	57	944
- Administradoras de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos profissionais, Auxiliar de atividade econômica	419	2.234	509	6.852
- Transporte e comunicações	338	2.170	312	2.430
- Serviços de alojamento, alimentação, reparo, manutenção, radiofusão e televisão	423	4.416	485	4.306
- Serviços médicos,	264	1.478	303	1.675

odontológicos e veterinários				
- Ensino	59	1.448	75	1.704
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA direta e indireta	**4**	**3.417**	**4**	**3.517**
AGROPECUÁRIA (agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e Pesca)	**377**	**1.282**	**367**	**1.622**
TOTAL	**4.696**	**45.621**	**4.883**	**53.673**

Fonte: ME/TRABALHO - Posição em 31 de dezembro/2019.

Dados de 2010, último Censo, mostram que em relação ao sexo da população ativa e população economicamente ativa, 75,74% da população economicamente ativa é do sexo masculino e 60,35% é do sexo feminino.

QUADRO 7 - População em Idade Ativa (PIA), Economicamente Ativa (PEA) e Ocupada por Tipo de Domicílio, Sexo e Faixa Etária - 2010

TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO	PIA (10 ANOS E MAIS)	PEA (10 ANOS E MAIS)	POPULAÇÃO OCUPADA
TIPO DE DOMICÍLIO			
Urbano	93.790	62.499	59.353
Rural	9.755	7.750	7.614
SEXO			
Masculino	50.401	38.173	36.951
Feminino	53.145	32.076	30.016
FAIXA ETÁRIA (anos)			
10 a 14	9.931	816	710
15 a 17	6.579	3.144	2.419
18 a 24	15.673	12.984	11.896
25 a 29	10.746	9.538	9.140
30 a 39	18.919	16.689	16.219
40 a 49	17.953	15.069	14.785
50 a 59	11.794	8.253	8.083
60 ou mais	11.794	3.754	3.715
TOTAL	103.546	70.248	66.967

Fonte: IBGE – Censo Demográfico

O município de Toledo apresenta uma realidade marcada por transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteraram o perfil da cidade.

Toledo também tem sido um dos principais polos do setor de biociências do País com a implantação do Parque Científico e Tecnológico de Biociências (Biopark) lançado oficialmente em 2016.

Atualmente o Biopark conta com quatro instituições de ensino atuando em seu território, são: a Universidade Federal do Paraná, com o curso de Medicina, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, com Mestrado em Biociências e pós-graduação em Ciência de Dados, o Instituto Federal do Paraná, com o curso técnico em Desenvolvimento de Sistemas, e a instituição própria, Biopark Educação, que oferece cursos de iniciação científica para crianças, de graduação, técnicos e pós-graduações. Além de áreas residenciais.

Este empreendimento vai contribuir para ampliar a oferta de empregos para Toledo e região, e também promover o progresso econômico, social e cultural da cidade e região. Atualmente são mais de 390 negócios instalados, sendo 113 empresas nacionais, 27 empresas internacionais e os demais são pessoas empreendedoras.

Neste contexto o município tem se destacado com ótimos índices de qualidade de vida, comprovados a partir do seu índice de desenvolvimento humano (IDH) e dos serviços oferecidos à população, que motivam seu crescimento e desenvolvimento. O IDH mede a saúde, a educação e o padrão de vida de uma população.

Em 2020, segundo o site da prefeitura municipal de Toledo, o município ficou no 3º lugar no IDH entre as 10 maiores cidades do Paraná. O município de Toledo tem apresentado os dados positivos relacionados aos critérios avaliados por esse indicador, já que no ano de 2010, quando ocorreu o censo, apresentou índice maior que do Estado do Paraná, que foi de 0,650 e 0,749, respectivamente. Observa-se no quadro nº 8 o IDH do município de Toledo nos anos de 2000 e 2010.

QUADRO 8 - IDH - Índice De Desenvolvimento Humano – Toledo - 2010

ANO	IDHM	IDHM RENDA	IDHM LONGEVIDADE	IDHM EDUCAÇÃO
2000	0,827	0,73	0,823	0,927
2010	0,768	0,755	0,855	0,702

Fonte: IBGE Apud IPARDES – Caderno Estatístico (2019)

O significativo desempenho econômico do município reflete a combinação dos resultados positivos registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços. Após superar a marca de 100 mil habitantes, Toledo desfruta do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal(IDHM) - de 0,768, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

Com relação à taxa de desemprego, em âmbito geral, os números do Paraná ficaram bem abaixo da média do Brasil, que fechou em 8,5% em 2015. No Paraná, esse indicador ficou em 5,8%. Em Toledo essa taxa foi de 4,40% no ano de 2010, conforme censo realizado. De acordo com site da Agência de notícias, o município de Toledo está entre as dez cidades do Paraná com maiores saldos de emprego no ano de 2019. Dados que foram extraídos do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

QUADRO 09 – Número de Estabelecimentos Segundo as Atividades Econômicas – Toledo, 2012 e 2019

ATIVIDADES ECONÔMICAS	ESTABELECIMENTOS	
	2012	2019
Indústria de extração de minerais	04	04
Indústria de produtos minerais não metálicos	41	39
Indústria metalúrgica	81	109
Indústria mecânica	60	103
Indústria de materiais elétricos e de comunicação	10	24
Indústria de materiais de transporte	10	11
Indústria de madeira e do mobiliário	49	46
Indústria do papel, papelão, editorial e gráfica	26	35
Indústria da borracha, fumo, couros, peles, produtos similares e indústrias diversas	16	25
Indústria química, produtos farmacêuticos, veterinários, perfumaria, sabões, velas e material plástico	20	31
Indústria têxtil, do vestuário e artefatos de tecidos	87	69
Indústria de calçados	12	10
Indústria de produtos alimentícios, de bebida e álcool etílico	109	149
Serviços industriais de utilidade pública	07	6
Construção civil	387	434
Comércio varejista	1.453	1.496
Comércio atacadista	130	180
Instituições de crédito, seguro e de capitalização	41	57
Administradoras de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos profissionais, aux. atividades econômicas	325	509
Transporte e comunicações	279	312

Serviços de alojamento, alim., reparo, manut., radiodifusão e televisão	383	485
Serviços médicos, odontológicos e veterinários	223	303
Ensino	51	75
Administração pública direta e indireta	05	04
Agricultura, silvicultura, criação de animais, extração vegetal e pesca	353	367
TOTAL	**4.162**	**4.883**

Fonte: MTE/RAIS - Posição até 31 de dezembro de 2012 e 2019

No Quadro 9, com os dados referentes ao ano de 2019, foi possível realizar comparação dos números apresentados de 2012. Observa-se que o papel de prestação de serviço e o comércio, mantém sua importância em nosso município. Juntos correspondem a 70,97% do número total de estabelecimentos segundo atividades econômicas.

2.2 PANORAMA DEMOGRÁFICO

De acordo com projeções estimadas pelo IBGE, em 2019 a população de Toledo atingiu 140.635 habitantes, com predominância de 51,28% do sexo feminino. Considerando que, de acordo com dados do censo populacional de 2010, a população municipal era de 119.313, houve um crescimento linear de 17,87% no período. Para 2025, ano final do plano, a projeção estimada é de que a população do município de Toledo será de 156.490[1] habitantes.

Toledo teve o segundo maior crescimento da região, de 138.572 para 140.635, ou seja, 2.063 novos habitantes, mantendo a condição de 12ª mais populosa do Paraná. Em 2019, os números do IBGE revelaram que 56% da população do oeste estão concentradas em três cidades: Toledo (11% da população regional), Foz do Iguaçu (20%) e Cascavel (25%). O restante (587.605 pessoas) reside nos demais municípios.

A estimativa populacional entre 2017 a 2021 em Toledo vem mostrando este crescimento de forma gradual e contínua, como já citado no quadro nº 04.

[1] Se chegou à este número a partir de cálculo realizado do crescimento populacional em três períodos diferentes, sendo de 2010 a 2020; 2012 a 2020 e 2015 a 2020. O resultado de cada período somado e dividido por 3 resultou em 1,87% de crescimento da população a cada ano, o que foi aplicado até 2025.

2.2.1 Taxas de Fecundidade Total (TFT)

A Taxa de fecundidade total pode ter seu decréscimo associado a vários fatores, de acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2000) urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. No Brasil, houve uma queda na TFT de 1,9 entre os anos de 2000 a 2010. Em 2014, o número de filhos por mulher caiu 26% nos últimos 14 anos no Brasil, passando de 2,39 filhos por mulher para 1,77, entre 2000 e 2013. No Paraná, a taxa é de 1,68, um pouco superior à média nacional e a oitava do País.

No município de Toledo, em 2016, a Taxa de Fecundidade Total era de 1,78 filhos por mulher e em 2019 diminuiu para 1,75.

TABELA 01 - Taxa de fecundidade total, 2016 e 2019.

IDADE (anos)	**TAXA DE FECUNDIDADE[2]**	
	2016	**2019**
10-14	0,00092	0,00044
15-19	0,14587	0,03145
20-24	0,07764	0,07593
25-29	0,08877	0,09513
30-34	0,09002	0,08781
35-39	0,04297	0,04875
40-44	0,00968	0,01035
45-49	0,00101	0,00142
TOTAL	**0,45688**	**0,35128**
NÚMERO DE FILHOS POR MULHER	**1,78**	**1,75**

FONTE: SMS. Toledo, 2021.

Os valores totais referem-se à soma da taxa de fecundidade específica de cada faixa etária. Para se chegar ao número de filhos por mulher, se utilizou o

[2] A taxa de fecundidade total é estimada a partir do somatório das taxas específicas de fecundidade por faixas etárias, multiplicada pelo tamanho do intervalo, em anos, de cada faixa etária. É expresso em número de filhos por mulher, e representa o número médio de filhos esperados, por mulher, ao final da sua vida reprodutiva se as condições atuais de regulação da fecundidade permanecerem inalteradas (PEREIRA, 2005 et al, Boing, d'Orsi e Reibnitz Jr.).

número da soma total multiplicado por 5. O número para multiplicação se dá pelo fato do intervalo entre as faixas etárias serem de 5 em 5 anos.

2.2.2 Estrutura de distribuição etária e sexo da população

A marcante redução na fecundidade aliada ao aumento da expectativa de vida tem importantes efeitos sobre a estrutura de distribuição etária da população. No quadro abaixo, fica evidente essa observação, quando olhamos para o ano de 2010 e 2020. Porém Toledo vem tendo um crescimento em todas as faixas etárias, exceto na faixa etária de 10 a 19 anos, onde observa-se redução de 8,26% dessa população. É na população acima dos 50 anos que se observa o maior percentual de crescimento, comprovando estudos já realizados sobre o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo.

QUADRO 10- População total por sexo e faixa etária dos anos de 2010 e 2020.

FAIXA ETÁRIA	2010			2020			% de aumento total da população de 2020 em relação a 2010
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	
0 a 4 anos	3.742	3.755	7.497	4.524	4.313	8.837	17,87
5 a 9 anos	4.129	4.027	8.156	4.452	4.290	8.742	7,18
10 a 14 anos	5.032	4.899	9.931	4.441	4.499	8.940	-9,97
15 a 19 anos	5.415	5.435	10.850	5.113	5.010	10.123	-6,70
20 a 29 anos	11.141	11.097	22.238	11.906	11.925	23.831	7,17
30 a 39 anos	9.225	9.694	18.919	11.869	12.089	23.958	26,65
40 a 49 anos	8.587	9.366	17.953	9.632	10.202	19.834	10,48
50 a 59 anos	5.719	6.075	11.794	8.470	9.603	18.073	53,24
60 a 69 anos	3.070	3.647	6.717	5.406	6.211	11.617	72,95
70 a 79 anos	1.701	2.066	3.767	2.527	3.336	5.863	55,65
80 anos e mais	576	915	1.491	1.121	1.706	2.827	89,60
TOTAL	**58.337**	**60.976**	**119.313**	**69.461**	**73.184**	**142.645**	**19,55**

Fonte: IBGE e DigiSUS. 2020.

Os dados mostram que o envelhecimento populacional no mundo e no Brasil alcançará cifras recordes, nunca, nem de perto, vistas na história da humanidade. As economias mundiais e nacionais terão que lidar com uma estrutura etária desfavorável do ponto de vista da produtividade e as diferentes nações terão que se preparar para as consequências de uma alta razão de dependência demográfica (ALVES.2019).

A população idosa necessita de cuidados mais específicos. No processo de envelhecimento, o corpo humano não possui a mesma energia de antes, nem os órgãos funcionam com a mesma eficiência. É necessário que haja políticas públicas de atenção à saúde do idoso e maior atenção a esses indivíduos, para que tenham um envelhecimento saudável e ativo, e possam estar cada vez mais integrados à sociedade.

Isso ocorre devido a diferentes fatores, como a queda da fecundidade e da taxa de mortalidade, e também pelo aumento da expectativa de vida dos indivíduos.

2.2.3 Expectativa de vida

A expectativa de vida ao nascer vinha aumentando ao longo dos anos. No Braisl, em 2019, as expectativas de vida ao atingir 80 anos foram de 10,5 para mulheres e de 8,7 anos para os homens, enquanto que, em 1940, estes valores eram de 4,5 anos para as mulheres e 4,0 anos para os homens. Porém com a pandemia, houve alteração desse cenário.

O brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida em 2020 por causa da pandemia de Covid-19. Em média, bebês nascidos no Brasil em 2020 viverão 1,94 anos a menos do que se esperaria sem o quadro sanitário atual no país. Ou seja, 74,8 anos em vez dos 76,7 anos de vida anteriormente projetados.

Esse cálculo do impacto da Covid-19 na sobrevida da população foi feito por uma equipe de pesquisadores liderados pela demógrafa Márcia Castro, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Harvard. A expectativa de vida, ou seja, a estimativa de quantos anos uma determinada população nascida em um dado ano deve viver, é um importante indicador de qualidade de vida e um dos componentes no cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das nações[3].

[3] BBC News Brasil em Washington. 2021

Segundo o IBGE, no ano de 2018 a expectativa de vida no Estado do Paraná, era de 77,77 anos de vida, cerca de um ano e meio superior à média nacional, de 76,3 anos.

Em relação ao município de Toledo, os dados referentes ao último censo de 2010, a expectativa de vida da população do município, era de 76,3 anos de vida.

2.2.4 População por Raça e/ou Cor

Em relação à população por raça e/ou cor, se mantém os mesmos dados já apresentados pelo censo de 2010, tendo em vista que o censo de 2020 foi cancelado por causa da situação internacional de pandemia pelo novo coronavírus, instalado no Brasil e no mundo em final de 2019.

Segundos dados de pesquisa realizada pelo PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a população do Paraná é composta basicamente por brancos, negros e indígenas. No Brasil colonial, os colonizadores espanhóis foram os primeiros a iniciar o povoamento no território Paranaense. Os portugueses e seus descendentes são a maioria da população do Estado. Existe também uma grande e diversificada população de descendentes de imigrantes, italianos, alemães, poloneses, ucranianos, japoneses e árabes.

Em Toledo, o indicador raça demonstra o modelo de colonização que o município viveu, onde o grande predomínio de pessoas era oriundo do Rio Grande do Sul e também de Santa Catarina, principalmente de origem alemã e italiana. Com o percentual de 69% predominante da população da raça branca, e em seguida, 27% da população da raça parda, conforme demonstrado no quadro abaixo.

QUADRO 11 – População Censitária Segundo Cor/Raça – Toledo, 2010.

COR/RAÇA	POPULAÇÃO
Branca	82.467
Preta	3.474
Amarela	1.029
Parda	32.269
Indígena	74
Sem declaração da cor/raça	-
TOTAL	119.313

Fonte: IBGE – Censo Demográfico

Tendo em vista que o último recenseamento da população ocorreu há mais de 10 anos, não temos dados atuais relacionados aos grupos étnicos em Toledo, porém se sabe que é um número bastante significativo, que se utiliza dos serviços de saúde no município. Para a construção do último Plano Municipal de Saúde, houve um levantamento extraoficial, dando conta de que havia em Toledo mais de 2.000 estrangeiros no ano de 2017, residindo no município, e em sua grande maioria, vindos do Haiti.

De acordo com informações repassadas, por lideranças da Embaixada Solidária de Toledo, atualmente dados extraoficiais dão conta de que exista uma média de 2.500 trabalhadores, pois muitos não tem documentos. A maioria dessa população é de haitianos, africanos e venezuelanos, respectivamente. Relata-se que em 2019 havia em torno de quatro mil estrangeiros, em Toledo, mas nos últimos dois anos (2020 e 2021), muitos migraram para outros municípios da região.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 2019, revelam que Haitianos, venezuelanos e colombianos são as três principais nacionalidades que formavam o grupo de imigrantes no Brasil no ano de 2018. As análises realizadas sobre imigração e refúgio no país, feitas com base na série histórica de 2010 a 2018 mostraram o seguinte panorama[4]:

[4] Série histórica de 2010 a 2018 a partir de cinco bases de dados do governo federal: da Polícia Federal (Sistema de Tráfego Internacional e Sistema Nacional de Registro Migratório); do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Coordenação Geral de Imigração/ Conselho Nacional de Imigração) e do Ministério da Economia (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados/ Carteira de Trabalho e Previdência Social).

FIGURA 07 – Nacionalidades no Brasil no periodo de 2012 à 2018.



Fonte: Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais – OBMigra 2019

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Morbidade e Mortalidade

O perfil de morbimortalidade de uma população é um processo dinâmico, sensível às condições de vida e ao desenvolvimento dessa população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos e resultantes da urbanização, e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade.

3.1.1 Morbidade

Para se analisar o perfil epidemiológico obtiveram-se dados dos sistemas de informação através da Vigilância Epidemiológica, utilizando-se de dados referente ao período de 2016 a 2020 relativos às pessoas residentes em Toledo-PR.

Em relação ao item morbidade foram utilizados os dados do período de cinco anos referentes às principais causas de internamentos hospitalares e principais doenças de notificação individual.

TABELA 02 - Morbidade Hospitalar do Sus – Internações nos anos de 2016 a 2020 segundo causas do capitulo Cid 10.

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	446	301	398	394	450
II. Neoplasias (tumores)	837	986	1.067	939	867
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	48	74	81	71	70
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	52	34	63	50	36
V. Transtornos mentais e comportamentais	93	109	113	95	89
VI. Doenças do sistema nervoso	156	124	168	142	82
IX. Doenças do aparelho circulatório	644	571	604	551	410
X. Doenças do aparelho respiratório	645	575	489	522	277
XI. Doenças do aparelho digestivo	358	495	554	513	273
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	82	32	50	41	27
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	135	145	146	110	67
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	328	346	402	368	224
XV. Gravidez parto e puerpério	1.481	1.367	1.527	1.437	1.190
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	121	112	143	144	109
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	55	34	57	45	22
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	67	87	120	122	119
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	825	909	995	978	871
Outros	261	248	243	146	165
Total	**6.634**	**6.541**	**7.220**	**6.668**	**5.348**

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Na tabela 02, evidenciam-se que nos anos de 2016 a 2019, as quatro principais causas de internamento hospitalar/morbidade estão relacionadas à Gravidez, parto e puerpério, seguidas das Neoplasias, causas externas, aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório. No ano de 2020, devido à situação de Pandemia pelo novo coronavírus - Covid 19, se percebe um aumento no número das doenças infecciosas e parasitarias, que entrou para o quarto lugar das principais causas de internamentos.

TABELA 03 – Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência segundo internações por Cap. CID-10 e ano de processamento, nos períodos de 2013 à 2016 e de 2017 à 2020.

Capítulo CID-10	Período	
	2013-2016	2017-2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2214	1691
II. Neoplasias (tumores)	3186	4134
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	296	314
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	308	194
V. Transtornos mentais e comportamentais	363	428
VI. Doenças do sistema nervoso	888	541
VII. Doenças do olho e anexos	135	99
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	41	32
IX. Doenças do aparelho circulatório	3692	2278
X. Doenças do aparelho respiratório	4043	1965
XI. Doenças do aparelho digestivo	1779	1960
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	302	157
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	804	493
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1496	1424
XV. Gravidez parto e puerpério	5513	5894
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	567	537
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	161	162
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	285	493
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4573	4004
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	655	722
Total	**31.304**	**27.522**

Fonte: Site do DataSUS. Acesso em março/2021.

Na tabela anterior fazemos um comparativo entre 2013 a 2016 (período analisado para o plano Municipal de 2018-2021) e se observa uma redução nos número de internamentos de 31.304 para 27.522 no período de 2017 a 2020.

3.1.1.1 Doenças Imunopreveníveis

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná, as principais doenças imunopreveníveis são: sarampo, poliomielite, meningite, coqueluche, tétano, influenza e as doenças diarreicas, as quais passamos a descrever o perfil de Toledo.

TABELA 04 – Doenças Imunopreveníveis – por local de residência segundo ano de Notificação, nos períodos de 2016 à 2020.

Agravo	2016	2017	2018	2019	2020
Sarampo	0	0	0	3	0
Poliomielite	0	0	0	0	0
Meningites	16	40	77	35	26
Coqueluche	0	1	7	0	1
Tétano	0	0	0	1	0
Influenza/SRAG	46	17	31	75	41698

Fonte: SMS/VISA. Toledo 2021.

A circulação do vírus selvagem do **sarampo** está presente em todos os continentes. Após 20 anos sem a confirmação de casos de sarampo, o Paraná volta a enfrentar um surto da doença a partir de agosto de 2019. Toledo teve 03 casos confirmados no ano de 2019 por exames laboratoriais. Após este período não tivemos mais casos confirmados no município. Não há ocorrência de casos de rubéola desde 2008, por isso, é imprescindível a vigilância por meio da notificação e da investigação oportunas, do Boletim de Notificação Semanal e da avaliação laboratorial dos casos suspeitos, assim como a manutenção de altas coberturas vacinais e bloqueios dos contatos em tempo oportuno (72 horas), para a manutenção do controle dessas doenças.

O último caso de **poliomielite** no Brasil ocorreu em 1989, e no Estado do Paraná, em 1986. Reforça-se a importância da vigilância e da manutenção de altas coberturas vacinais desse agravo (igual ou acima de 95%).

As **meningites** são apontadas como um grave problema de saúde pública por apresentarem características de potencial epidêmico, contemplando desde surtos localizados até as grandes epidemias. Entre as meningites, as virais apresentam geralmente uma boa evolução e uma baixa letalidade, já as ocasionadas pelo meningococo podem ser fatais e dividem-se em diferentes sorogrupos.

Os Casos de meningite são mais comuns no verão e em longos períodos de estiagem. Com uma média anual de 38,8 casos nos anos apontados de 2016 a 2020. Sendo a grande maioria menores de um ano que ainda não possuem o

esquema de vacinação completo, e adultos que também não tinham vacina para esse agravo no passado como mostra o gráfico abaixo. A grande maioria dos casos de meningite são virais e que ainda não possuem vacina.

TABELA 05- Casos de Meningite Notificados em Toledo de 2016 a 2020 por faixa etária.

Faixa Etária	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Menor 1 ano	6	12	29	16	10	73
1 a 4 anos	0	10	14	4	2	30
5 a 9 anos	3	2	13	5	1	24
10 a 14 anos	0	3	2	0	2	7
15 a 19 anos	1	0	2	1	0	4
20 a 29 anos	1	3	7	2	3	16
30 a 39 anos	4	1	1	1	1	8
40 a 49 anos	0	5	6	2	3	16
50 a 59 anos	1	2	1	3	4	11
60 a 69 anos	0	1	1	0	0	2
70 a 79 anos	0	0	0	1	0	1
80 anos e mais	0	1	1	0	0	2
Total	16	40	77	35	26	194

Fonte: Site do SINAN. Acesso em Agosto de 2021.

A **Coqueluche** acomete principalmente os menores de 6 meses pela forma grave e/ou pela mortalidade em razão da vacinação incompleta ou de nenhuma aplicação de vacina pentavalente ou DTP, a vacinação é a estratégia mais eficaz na prevenção, sendo também importante para gestantes, profissionais que trabalham em maternidades e em UTI neonatal e como estratégia à quimioprofilaxia dos contatos. A Coqueluche é uma doença sazonal e tivemos uma onda de casos em Toledo no ano de 2018.

Apesar da redução do **tétano** acidental, sua letalidade ainda é alta. A principal causa da infecção pelo tétano são as perfurações cutâneas, que atingem principalmente os membros inferiores. Para a prevenção e a redução da morbimortalidade pelo tétano acidental, é necessário manter altas coberturas vacinais da Pentavalente (DTP+Hib+HB), com reforço da DTP (difteria, tétano e coqueluche) e da vacina DT (difteria e tétano), de acordo com o calendário vacinal. O ultimo caso registrado em Toledo no ano de 2019 foi de um morador do Interior com esquema de vacinação atrasado.

A **Influenza**, popular gripe, é uma doença aguda respiratória causada pelo vírus influenza. Esse vírus pode causar uma síndrome gripal ou evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), sendo necessário a hospitalização. Essa infecção ocorre durante todo o ano, e o vírus tem comportamento sazonal.

TABELA 06- Casos de Influenza segundo subtipo viral e óbitos notificados do Sistema SRAG/SIVEP residentes em Toledo de 2016 a 2020.

SUBTIPO	2016		2017		2018		2019		2020	
	casos	óbito	casos	obito	casos	óbito	casos	óbito	casos	óbito
A(H3) SAZONAL			2	1	1	1	1	0		
INFLUENZA B									1	0
VICTORIA							2	0		
A(H1N1)	13	2					14	1		
COVID 19									324	97

Fonte: Site do SINAN. Acesso em Agosto de 2021.

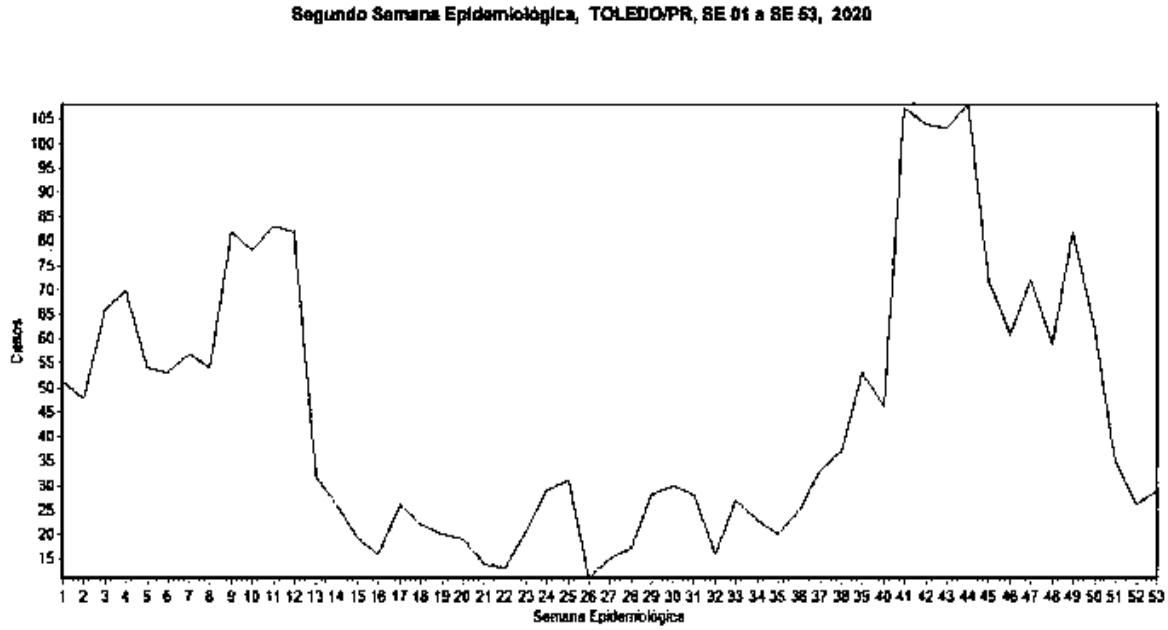
No ano de 2020 a introdução da circulação do SARS-CoV-2 no país, tivemos um grande aumento do número de casos, devido ser considerado um novo subtipo viral com alta transmissibilidade e alta morbidade, conforme dados apresentados na tabela 06.

As **doenças diarreicas**, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), constituem a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, embora sejam evitáveis e tratáveis. Estas são as principais causas de morbimortalidade infantil (em crianças menores de um ano) e revelam-se um dos mais graves problemas de saúde pública. É necessária uma vigilância sentinela de DDA para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos e a ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas doenças transmitidas por alimentos (DDA). Acompanhamos semanalmente os casos de Diarreia de duas Unidade elencadas no sistema DDA (Doenças Diarreicas Agudas), para monitorar o aumento de casos e a ocorrência de surtos.

TABELA 07- Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica notificados do Sistema residentes em Toledo no Ano 2020

Semana	Faixa Etária						Plano de Tratamento				
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total
01	0	13	6	32	0	**51**	49	2	0	0	**51**
02	45	3	0	0	0	**48**	45	3	0	0	**48**
03	60	6	0	0	0	**66**	60	6	0	0	**66**
04	0	15	4	51	0	**70**	64	6	0	0	**70**
05	0	8	5	41	0	**54**	49	5	0	0	**54**
06	0	9	8	36	0	**53**	50	3	0	0	**53**
07	0	18	9	30	0	**57**	51	6	0	0	**57**
08	0	20	3	31	0	**54**	51	3	0	0	**54**
09	0	10	13	59	0	**82**	77	5	0	0	**82**
10	0	16	4	58	0	**78**	73	5	0	0	**78**
11	0	14	12	57	0	**83**	78	5	0	0	**83**
12	0	8	12	62	0	**82**	78	4	0	0	**82**
13	0	5	2	25	0	**32**	27	5	0	0	**32**
14	0	1	9	16	0	**26**	24	2	0	0	**26**
15	0	4	3	12	0	**19**	17	2	0	0	**19**
16	0	2	0	14	0	**16**	14	2	0	0	**16**
17	0	4	2	20	0	**26**	24	2	0	0	**26**
18	0	5	1	16	0	**22**	20	2	0	0	**22**
19	0	4	0	16	0	**20**	18	2	0	0	**20**
20	0	1	2	16	0	**19**	16	3	0	0	**19**
21	0	2	0	12	0	**14**	12	2	0	0	**14**
22	0	0	3	10	0	**13**	10	3	0	0	**13**
23	0	1	20	0	0	**21**	20	1	0	0	**21**
24	0	6	1	22	0	**29**	27	2	0	0	**29**
25	0	5	1	25	0	**31**	29	2	0	0	**31**
26	0	1	0	10	0	**11**	10	1	0	0	**11**
27	0	1	1	13	0	**15**	14	1	0	0	**15**
28	0	0	2	15	0	**17**	16	1	0	0	**17**
29	0	6	1	21	0	**28**	26	2	0	0	**28**
30	0	11	6	13	0	**30**	28	2	0	0	**30**
31	0	7	5	16	0	**28**	27	1	0	0	**28**
32	0	3	1	12	0	**16**	15	1	0	0	**16**
33	0	3	4	20	0	**27**	25	2	0	0	**27**
34	0	7	2	14	0	**23**	21	2	0	0	**23**
35	0	5	2	13	0	**20**	5	15	0	0	**20**
36	0	2	0	23	0	**25**	23	2	0	0	**25**
37	0	5	2	26	0	**33**	31	2	0	0	**33**
38	0	4	1	32	0	**37**	35	2	0	0	**37**
39	0	5	3	45	0	**53**	50	3	0	0	**53**
40	0	6	8	32	0	**46**	44	2	0	0	**46**
41	0	15	6	86	0	**107**	101	6	0	0	**107**
42	0	10	14	80	0	**104**	99	5	0	0	**104**
43	0	8	11	84	0	**103**	99	4	0	0	**103**
44	0	11	8	89	0	**108**	101	7	0	0	**108**
45	0	9	10	53	0	**72**	68	4	0	0	**72**
46	0	12	7	42	0	**61**	58	3	0	0	**61**
47	0	9	3	60	0	**72**	70	2	0	0	**72**
48	1	3	11	44	0	**59**	57	2	0	0	**59**
49	0	4	6	72	0	**82**	80	2	0	0	**82**
50	0	11	6	45	0	**62**	59	3	0	0	**62**
51	1	4	3	27	0	**35**	33	2	0	0	**35**

52	0	7	2	17	0	**26**	23	3	0	0	**26**
53	0	6	4	19	0	**29**	27	2	0	0	**29**
Total Geral:	**107**	**355**	**249**	**1684**	**0**	**2395**	**2228**	**167**	**0**	**0**	**2395**



FONTE: SMS/VISA. Toledo 2021.

O aumento do número de casos entre a Semana Epidemiológica 40 e 44 eram casos isolados em que havia ocorrido um longo período de estiagem e calor, não sendo considerado surto.

Todas as Doenças imunopreveníveis devem manter uma cobertura vacinal acima de 90% o que tem preocupado nos últimos anos, devido aos Fake News, naturalistas e de movimentos anti-vacinas. Por este motivo estamos trabalhando para orientar nossa população, inibindo estas falsas informações, e realizando busca ativa frequente para atingir as coberturas, o que mostra o na tabela abaixo que não estamos conseguindo atingir esta homogeneidade em todas as vacinas.

Tabela 08 - Cobertura Vacinal no período de 2016-2020 em Toledo-Pr.

COBERTURA VACINAL					
VACINAS	**2016 %**	**2017 %**	**2018 %**	**2019 %**	**2020 %**
Pop. Estimada de Crianças < 1 ano	1.995	1.995	2.056	2.051	2.162
BCG	111,0	113,8	101,9	101,5	96,5
PENTA (DTP, HIB, HEP, B)	112,6	110,6	102,0	81,9	95,3
POLIOMIELITE (VIP)	106,4	109,3	101,2	92,6	90,1

FEBRE AMARELA	93,03	98,8	89,5	85,1	61,8
MENINGOCÓCICA	111,1	112,5	99,4	93,7	94,1
PNEUMOCÓCICA 10	113,0	114,3	100,4	94,8	93,0
ROTAVÍRUS	110,9	115,5	98,6	94,4	93,2
TRIPLICE VIRAL (1 ano)	108,0	105,7	110,8	93,5	92,0

Fonte: Site do SINAN. Acesso em Agosto de 2021.

3.1.1.2 Agravos e Doenças Transmissíveis

As doenças transmissíveis são doenças causadas por microrganismos como: vírus, bactérias, protozoários ou fungos, que podem proliferar, causando doença e facilitar a entrada de outros microrganismos no corpo humano.

As doenças infecciosas podem ser adquiridas por meio do contato direto com o agente infeccioso ou através da exposição da pessoa à água ou alimentos contaminados, bem como também por meio da via respiratória, sexual ou ferimentos causados por animais. Muitas vezes as doenças infecciosas também podem ser transmitidas de pessoa para pessoa, sendo denominadas doenças infectocontagiosas.

O sistema de informação de agravos de notificação – SINAN é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Tem por objetivo registrar e processar os dados, fornecer informações para análise do perfil de morbidade e contribuir, desta forma, para a tomada de decisões nos níveis de gestão municipal, estadual e federal. Estes dados estão descritos na tabela 09 apresentada a seguir, relativos aos anos de 2016 a 2020.

TABELA 09 – Doenças de Notificação Individual – Frequência Segundo Agravos Notificados, 2016 A 2020.

AGRAVO	2016	2017	2018	2019	2020
Atendimento Anti-Rábico	495	475	459	595	397
Dengue	1.261	115	116	327	5.419
Violência	144	220	338	528	524
Hepatite Virais	100	73	82	52	38
Intoxicação Exógena	88	145	209	293	227
Acidente de trabalho c/ material biológico	102	113	85	94	67
Acidentes com Animais Peçonhentos	21	58	76	81	56
AIDS/HIV	113	124	54	62	81
Meningite	33	79	115	65	52
Doença Exantemática	2	1	8	9	3

Leptospirose	2	5	3	11	1
Hanseníase	16	10	19	14	20
Tuberculose	20	29	26	31	28
Sífilis em Gestante	39	55	69	77	73
Acidente de Trabalho Grave	15	21	10	26	13
Síndrome Respiratória Aguda	46	17	31	75	1.009
Toxoplasmose	0	0	1	3	0
Sífilis Adquirida	125	156	229	309	203
Sífilis Congênita	6	2	4	2	0
Gestante HIV	6	6	7	6	5
Leishmaniose tegumentar em	4	7	3	0	1
Coqueluche	3	6	42	20	1
Outros	208	49	401	508	31
TOTAL	**2.849**	**1.766**	**2.387**	**3.294**	**8.249**

Fonte: Site do SINAN. Acesso em Agosto de 2021.

Na tabela 09, apresentam-se as doenças de notificação individual, no qual se pode observar que no período de 2016 a 2020, o município teve epidemias de dengue, momento em que foram realizadas várias ações para alterar este panorama. Ações como a realização de eco pontos para coleta de entulhos, e o deslocamento de todos os agentes comunitários para as ruas juntamente com os agentes de endemias na intensificação das ações de combate ao mosquito. Entre 2019-2020, o estado do Paraná teve a pior epidemia de dengue da história e é possível avaliar que, em Toledo, os casos se concentraram em 2020.

Atendimentos antirrábicos permanecem com alta incidência devido o aumento da população canina de rua. Esta situação exige um trabalho integrado com a Secretaria de Meio Ambiente no que se refere à questão da população canina errante de nosso município, sendo este um dos fatores de tantas pessoas atacadas por animais. Por isso foi firmado convênio com a Faculdade de medicina veterinária e aberto licitação para contratação de clínica veterinária para realização de castração de animais de rua no intuito de diminuir a população canina, e consequentemente o atendimento deste agravo.

A incidência de Sífilis Adquirida tem se mantido elevada ao longo dos anos. Este agravo tem sido um problema nacional causado pela prática de atividades sexuais sem uso de preservativos, associado à característica de evolução da doença para uma fase latente e assintomática, onde o diagnóstico é

realizado por testes rápidos ou através de exames laboratoriais, o que causa demora para o diagnóstico e mantém a transmissão da doença. Diante disso, notamos aumento da sífilis em gestantes, onde existe risco de transmissão congênita. Para a prevenção deste, foi introduzido o pré natal do homem e tratamento do parceiro em 2016 e 2017, o que tem contribuiu para a redução dos casos de sífilis congênita.

As intoxicações exógenas permanecem com número acentuado de casos, sendo que a grande maioria destas intoxicações é tentativa de suicídio, que estão sendo atendidas como prioridade pelo setor de saúde mental.

Os casos de hepatites virais apresentaram redução de 2016-2020, podendo estar associado à introdução de tratamentos curativos para hepatite C e a vacinação em massa para hepatite B. Importante atentar que a evolução crônica das hepatites virais leva a uma doença assintomática, que também é diagnosticada através de exames laboratoriais, o que pode levar a um subdiagnóstico neste período de pandemia da COVID-19.

A incidência de HIV/AIDS foi variável entre os anos de 2016-2020, mas permanece elevada. O diagnóstico também depende em boa parte dos casos da realização de testes rápidos ou exames laboratoriais, visto que grande parte dos doentes é assintomática. Portanto, é possível que tenhamos um subdiagnóstico em 2020, por causa da pandemia da COVID-19.

Em relação às notificações de violência tivemos um aumento bem significativo das notificações devido o trabalho do Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, que vem realizando diversos encontros com diversas áreas de atuação, para termos um número real de notificações deste agravo. Acredita-se que há um grande número de subnotificações em relação às situações de violência, pois os dados estão fragmentados nos diversos serviços intersetoriais de atendimento.

Referentes aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, quando são realizados exames para detecção de vírus respiratórios, observamos que houve uma variação dos casos causados pelo vírus influenza entre os anos de 2016 e 2019, provavelmente associado ao fato do vírus ser sazonal.

Ainda em relação aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, o

aumento da incidência em 2020, a níveis epidêmicos, está associado à pandemia da Covid-19, associado ao vírus SARS-CoV. A alta transmissibilidade desse vírus já no início da pandemia iniciada na China, causou grandes preocupações, que se mostraram reais com a propagação em todo mundo a despeito das medidas criadas inicialmente para combater a disseminação do vírus. Atualmente, a vacinação em massa é o grande objetivo e tem apresentado excelentes resultados, com queda da incidência da COVID-19.

3.1.1.3 Doenças Crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais.

De acordo com a SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. No Paraná, considerando os últimos dez anos, esse conjunto de doenças correspondeu a 59% de todas as mortes e 43% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

Como alguns determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção (MS, 2021).

Apesar de não emergencial é muito importante cuidar desse tipo de condição. Geralmente são o resultado de diversos fatores como os genéticos, ambientais, fisiológicos e comportamentais, ou seja, de acordo com o estilo de vida da pessoa, como por exemplo, o uso de drogas a dependência química,

como o cigarro e álcool, alimentação não saudável e atividade física insuficiente.

Ainda tem como características longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. A vigilância de DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. O Programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física. O município de Toledo já conta com 01 academia da Saúde, ao lado da UBS São Francisco, que desenvolve juntamente com um educador físico, diversas atividades a população deste território. O município tem a intenção de ampliar este programa, sendo aguardados os novos credenciamentos para tal ação.

Importante ressaltar a importância da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno que se configura como uma importante iniciativa, juntamente com o Guia de Alimentação Saudável do MS.

Principais doenças crônicas não transmissíveis: Diabetes Mellitus; doenças cardiovasculares; doenças respiratórias; câncer; obesidade; hipertenção e osteoporose.

TABELA 10 - Internações por Lista Morb CID-10 e Ano processamento das principais causas de doenças crônicas não transmissíveis no período de 2016 à 2020.

LISTA MORB CID-10	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Neoplasias (tumores)	**837**	**986**	**1067**	**1030**	**1051**	**4971**
.. Neoplasia maligna do cólon	144	219	173	199	302	1037
.. Outras neoplasias malignas da pele	60	71	139	126	106	502
.. Outr neopl in situ benigs e comport incert desc	113	96	159	85	48	501
.. Neoplasia maligna do estômago	40	91	106	93	76	406
.. Neopl malig junção retoss reto ânus canal anal	47	25	40	62	78	252
Doenças do aparelho circulatório	**644**	**571**	**604**	**607**	**496**	**2922**

.. Hipertensão essencial (primária)	27	8	23	29	49	136
.. Outras doenças hipertensivas	1	1	2	4	1	9
.. Infarto agudo do miocárdio	93	73	70	75	67	378
.. Outras doenças isquêmicas do coração	89	91	94	87	73	434
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	45	36	37	35	22	175
.. Insuficiência cardíaca	155	104	100	101	86	546
.. Outras doenças do coração	11	12	10	19	12	64
.. Outras doenças vasculares periféricas	18	12	14	13	7	64
.. Embolia e trombose arteriais	8	3	7	4	7	29
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	23	30	40	30	16	139
.. Outras doenças do aparelho circulatório	2	5	3	9	1	20
Doenças do aparelho respiratório	**645**	**575**	**489**	**568**	**333**	**2610**
.. Pneumonia	436	328	258	298	165	1485
.. Outras doenças do aparelho respiratório	87	72	67	81	107	414
.. Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	30	118	89	106	7	350
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	34	22	25	15	20	116
.. Outras doenças do nariz e dos seios paranasais	11	17	22	32	4	86
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	**135**	**145**	**146**	**124**	**78**	**628**
.. Transtornos da densidade e da estrutura ósseas	21	14	13	18	12	78
.. Osteomielite	4	10	10	8	5	37
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	**52**	**34**	**63**	**53**	**44**	**246**
.. Diabetes mellitus	22	13	25	28	34	122
.. Obesidade	17	13	28	17	3	78

Fonte: Site do DataSUS. Acesso em Agosto de 2021.

A tabela 10 apresenta os dados dos internamentos por doenças crônicas não transmissíveis da lista do CID-10 por grupo. Percebe se que as principais causas de internamento são relacionadas às neoplasias. Em relação as neoplasias é importante destacar que a incidência vem juntamente com os hábitos de vida em sua grande maioria. A prevenção, a pratica de hábitos saudáveis, o diagnostico precoce, e protocolos instituídos são ferramentas de fundamental importância para atacar esta doença. Por isto a importância de capacitação dos profissionais frente ao rastreamento dos tipos de câncer, assim como a implantação e capacitação frente as tecnologias leves, ou seja, trabalhar

com os usuários o auto-cuidado apoiado.

Os dados de hipertensão e as doenças cardiovasculares, encontram-se no grupo das doenças do aparelho circulatório, onde se apresentam o segundo maior número de internamentos. Como terceira causa de internamentos temos o grupo das doenças do aparelho respiratório, onde avaliamos como um dos agravantes o tabagismo.

Seguindo temos a osteoporose no grupo das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e para finalizar, as diabetes mellitus e a obesidade que se encontram no mesmo grupo, que faz parte das doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo- efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas conseqüências para a qualidade de vida. Importante o monitoramente e a mudanças de fatores comportamentais de risco e proteção.

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT é um componente essencial para a vigilância, bem como para o conhecimento de suas características e tendências. Não existe um sistema que forneça informações primárias sobre a morbidade das DCNT e nem se considera que tenha factibilidade um sistema de registros que permita a obtenção dos casos existentes. Entretanto, o Sistema Único de Saúde dispõe de sistemas que gerenciam diversas modalidades assistenciais que possibilitam a realização de análises do comportamento dessas doenças e agravos na população (MS, 2021).

3.1.1.4 Doenças e Agravos relacionados ao Trabalho

Os acidentes de trabalho apresentaram queda em 2020, o que pode estar associado a diversos fatores como a subnotificação que é bastante comum

neste tipo de acidente e fechamento ou restrição de atendimentos em alguns serviços de saúde temporariamente devido à pandemia.

TABELA 11 – Casos Notificados de acidente de trabalho de Notificação obrigatória. Residentes em Toledo de 2016 a 2020. SINAN

Agravo	2016	2017	2018	2019	2020
Acidente de Trabalho Grave	15	21	10	26	13
Acidente de Trabalho por Material Biológico	102	113	85	94	67

FONTE: Vigilância em Saúde. Toledo. 2021.

O Setor de Saúde do trabalhador vem realizando diversas atividades orientativas, fiscalizatórias e punitivas, para empresas de pequeno e grande porte e para os locais que tiveram notificações de acidentes de trabalho que se apresentam por meio de notificações dos serviços de saúde e através de denúncias.

No ano de 2019 foram registradas 889 notificações de acidentes de trabalho graves e não graves. Em 2020 esse número caiu para 576.

Ainda em 2020, o Setor de Saúde do trabalhador realizou 388 ações educativas, 41 intimações, 115 análises de documentos e 183 vistorias.

3.1.2 Mortalidade

3.1.2.1 Mortalidade Geral

Nos últimos anos, a taxa de mortalidade geral tem se mantido estável, sem muitas variações, exceto no ano de 2020 onde tivemos um aumento devido casos de óbitos por Covid 19, conforme se verifica na tabela 11.

TABELA 12 – Óbito de residentes Segundo Capítulo do CID-10. Toledo - 2016 a 2020.

Mortalidade Capítulo CID-10	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Taxa de Mortalidade Geral	**5,6**	**5,73**	**6,05**	**5,59**	**6,44**
Total	**768**	**776**	**813**	**790**	**914**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27	19	17	8	121

II. Neoplasias (tumores)	130	151	140	161	166
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	7	2	3	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	33	41	48	33	47
V. Transtornos mentais e comportamentais	13	3	12	18	11
VI. Doenças do sistema nervoso	34	31	44	38	38
IX. Doenças do aparelho circulatório	215	211	218	192	220
X. Doenças do aparelho respiratório	103	109	118	117	72
XI. Doenças do aparelho digestivo	43	49	43	48	49
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	1	3	4	2
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	7	1	1	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	16	21	14	17
XV. Gravidez parto e puerpério	1	0	0	2	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	21	25	28	21	19
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	14	13	11	4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	13	1	10	9	17
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	102	91	95	110	124

Fonte: Site da SESA-Pr, Tabnet. Acesso em 04.03.2021

3.1.2.2 Mortalidade Infantil e Fetal

A vigilância da mortalidade infantil e fetal contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

TABELA 13 - Óbitos infantis segundo causa (CID-10 3C) no período de 2016 a 2020 em < de um ano.

MORTALIDADE INFANTIL E CAUSAS	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Número de óbitos em < de 1 ano	17	21	29	22	15
Taxa de Mortalidade Infantil/1000 N.V.	**8,2**	**9,7**	**15,25**	**10,63**	**7,59**
Algumas doenças Infecciosas e parasitárias	0	01	03	0	03
Doenças do sistema nervoso	0	0	01	0	0
Doenças do aparelho circulatório	0	0	01	01	0
Algumas afec. Originadas no período perinatal	07	13	17	11	03
Malformações Congênitas e anomalias cromossômicas	09	07	07	08	04

Sintomas, sinais e achados anormais. Ex. Clinico e laboratorial	01	0	0	01	0
Doenças do Aparelho respiratório	0	0	0	0	02
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	01	01
Causa indeterminada	0	0	0	0	02
Outros	0	0	0	0	0

Fonte: Site da SESA-Pr, Tabnet. Acesso em 04.03.2021

Em relação aos óbitos infantis, observa-se através da tabela 13 que ocorreu um aumento significativo nos anos de 2018 e 2019. Como nos anos anteriores, prevalece as causas de óbito infantil as mal formações consideradas causas não preveníveis. Diante deste cenário, iniciou-se uma mobilização entre os diferentes setores da saúde para definir ações pontuais em cada esfera, com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado e consequente redução desse índice. Dentre as ações podemos citar busca de gestastes faltantes nas consultas, estruturação do MACC, palestras sobre agrotóxicos e higienização de alimentos para prevenção da Listéria, coleta de estreptococos tipo B em gestantes no ano de 2019, que previne e trata as infecções maternas e consequentemente a indução de partos prematuros.

No Ano de 2020 com a chegada do SARS-COV 2 e necessidade de reestruturação da rede de Saúde local, o município optou pela Centralização do atendimento de todas as gestantes em uma única unidade de saúde, o que demonstrou-se eficaz , para o controle de todas ações voltadas as gestantes e Recen-Nascidos. Por este motivo o Município esta estruturando neste ano de 2021 o Ambulatório Materno Infantil Municipal (AMI).

3.1.2.3 Mortalidade Materna

TABELA 14 - Óbitos Maternos segundo causa (CID-10 3C) no período de 2016 à 2020.

MORTALIDADE MATERNA	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Óbitos Maternos	1	0	0	2	2
Taxa de Mortalidade Materna/100.000	48,68	0	0	93,37	101,2

Fonte: Site da SESA-Pr, Tabnet. Acesso em 04.03.2021

Em relação à mortalidade materna, no período citado ocorreram cinco óbitos maternos, distribuídos nos anos de 2016, 2019 e 2020. Após a

investigação e avaliação dos comitês Regional e Estadual, o caso de 2016 teve como causa hemorragia e choque pós-parto. Os Casos de 2019, um deles foi atribuído a Hipertensão materna grave, o outro não foi possível atribuir uma causa mesmo após a investigação. Por fim os casos de 2020, um a causa foi atribuída a doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto e puerpério, o outro foi doença do aparelho circulatório.

O Município participa ativamente do Comitê de mortalidade materno infantil da 20º regional de Saúde. Com reuniões mensais, mesmo não tendo óbito no município para ser avaliado. Estas reuniões objetivam a discussões de ações e sobre alinhamento dos atendimentos e ocorrências do hospital de referência, bem como a troca de experiências exitosas. Toda avaliação de um óbito seja ele materno ou infantil de causa evitável desencadeia uma ação para ser executada pelo município.

3.1.2.4 Mortalidade Por Doenças e Agravos Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas. Embora um dos principais fatores de risco da maioria das DCNT seja a idade, a mortalidade por DCNT na faixa etária de 30-69 anos é importante para analisar o cuidado à saúde da população e seus hábitos de vida.

TABELA 15- Mortalidade Prematura pelas DCNTs no período de 2016-2020

Mortalidade Prematura	2016	2017	2018	2019	2020
Nº de Óbitos (DCNT) 30 a 69 anos	181	184	205	162	208
Taxa de Mortalidade Prematura (DCNT)/100.000 na população de 30 a 69 anos	282,03	286,70	319,42	252,42	324,10

Fonte: Site da SESA-Pr, Tabnet. Acesso em 04.03.2021

TABELA 16- Principais Causas (CID10 3C) de óbitos prematuros em cada DCNT na população de 30 à 69 anos no período de 2016-2020.

Neoplasias	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
TOTAL	**77**	**80**	**76**	**82**	**84**	**399**
C16 Neopl malig do estomago	7	5	9	9	4	34
C18 Neopl malig do colon	5	8	4	2	8	27
C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	6	4	6	1	6	23
C25 Neopl malig do pancreas	3	5	4	5	8	25
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	6	11	9	10	6	42
C50 Neopl malig da mama	5	5	5	10	7	32

Diabetes Mellitus	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
TOTAL	**13**	**11**	**19**	**9**	**21**	**73**
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	1	3	5	0	2	11
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	0	1	2	1	5	9
E14 Diabetes mellitus NE	12	7	12	8	14	53

Doenças do Aparelho Circulatório	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
TOTAL	**13**	**11**	**19**	**9**	**21**	**73**
I21 Infarto agudo do miocardio	29	22	24	15	19	109
I10 Hipertensao essencial	5	3	4	9	15	36
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	10	7	9	5	2	33
I50 Insuf cardiaca	5	6	4	5	4	24
I61 Hemorragia intracerebral	4	3	4	4	7	22

Doenças Respiratórias crônicas	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Total**
TOTAL	**10**	**12**	**15**	**12**	**22**	**71**
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	8	11	9	8	12	48
J84 Outr doenc pulmonares intersticiais	0	0	2	0	3	5
J98 Outr transt respirat	0	0	0	1	3	4
J43 Enfisema	1	0	1	0	0	2
J45 Asma	0	1	0	0	1	2

Fonte: Site da SESA-Pr, Tabnet. Acesso em 04.03.2021

Num geral, no período de 2016 a 2019, as quatro principais causas de mortalidade no município de Toledo, foram as doenças do aparelho circulatório,

as Neoplasias, as doenças do Aparelho respiratório, e, causas externas, com prevalência de acidentes de trânsito, homicídios, quedas e suicídios. Em relação a quinta causa de mortalidade, se observa uma variação nesse período, onde em 2016, 2017 e 2019 os óbitos foram relacionados às doenças do aparelho digestivo, com destaque as doenças do fígado, em 2018 foram óbitos relacionados as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e por fim em 2020 as doenças infecciosas e parasitárias.

O aumento dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias se deve a situação de pandemia pelo coronavírus, originada na cidade de Wuhan, na China, no final do ano de 2019. O vírus SARSCoV-2, causador da Doença COVID-19.

Importante destacar que as doenças do Aparelho Circulatório, podem ser interpretadas como um problema de saúde publica, por mais que estudos demonstram que vem reduzindo esta taxa de mortalidade, ainda é um dos grandes problemas a serem enfrentados. Este dado retrata a associação dos fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, diabetes, sedentarismo e o estresse. São fatores que poderiam ser prevenidos em sua maioria, ou seja, ainda temos falhas nos serviços de saúde, voltado a educação da população de forma efetiva, para o empoderamento do usuário frente a decisões assertivas. Se ocorresse a qualificação destes dados poderia ser avaliada também as condições de diagnostico e de assistência. Porém necessário atenção as variações na composição de faixas etárias e áreas geográficas, podem contribuir para que isto aumente ou diminua, sendo assim, este é um dos dados que deve ocorrer à capacitação para melhor qualificação dos mesmos. Ressaltar a necessidade de ações preventivas, que promovam a prevenção e promoção da saúde do usuário, o cuidado apoiado e a educação sem saúde para o auto-cuidado. Grupos, rodas de conversas, implantação de atividades físicas, cuidados com a alimentação, são algumas ações que vem sendo desenvolvidos pela atenção primária em saúde.

TABELA 17- Óbitos segundo causas do CID-10, por sexo no período de 2016-2020. Toledo

Causa (Cap. CID 10)	2016		2017		2018			2019		2020	
Total De óbitos	768		776		813			788		914	
Sexo	M	F	M	F	M	F	IGN	M	F	M	F
Doenças do Aparelho Circulatório	99	116	100	111	122	96	0	109	82	107	112
Neoplasias (tumores)	77	53	80	71	83	57	0	96	65	90	76
Causas Externas de Morbi/mortalidade	86	16	67	24	74	21	0	91	18	98	27
Doenças do Aparelho respiratório	62	41	58	51	60	58	0	55	63	43	32
Doenças do Aparelho Digestivo	26	17	32	17	25	18	0	26	22	30	19
Doenças infecciosa e parasitárias	10	17	14	5	11	6	0	7	1	73	46
Dças Endócrinas Nutricionais/ Metabólic	20	13	20	21	22	26	0	15	18	17	29
Doenças aparelho geniturinário	7	9	6	10	10	11	0	5	9	8	9
Algumas afecç. Originadas per perinatal	11	10	12	13	19	9	0	11	10	13	6
Doenças do sistema nervoso	14	20	17	14	22	22	0	16	22	18	22
Transtornos mentais e comportamentais	8	5	3	0	9	3	0	14	3	7	4
Malf cong de deformid e anomalias crom	2	8	9	5	7	5	1	7	4	0	4
Outras	9	12	11	5	10	6	0	11	8	14	10

FONTE: Vigilância Epidemiológica, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

TABELA 18 – Óbitos Segundo a Frequência por Sexo em Toledo no período de 2016 a 2020.

ANO DO ÓBITO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
2016	431	377	768
2017	429	347	776
2018	475	338	813
2019	463	325	788
2020	514	393	907
TOTAL	2.311	1.740	4.052

Fonte: Vigilância Epidemiológica, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

Conforme pode ser observado na tabela 17 e 18, os óbitos continuam sendo predominante no sexo masculino em todas as causas verificadas e em todo esse período de tempo. Isso demonstra a importância da efetivação da política de saúde para o homem. A média tem se mantido em 57% para óbitos masculinos e 43% para óbitos femininos.

TABELA 19 – Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2016.

OBITOS													
Freqüência por Faixa Etaria (13) segundo Causa (Cap CID10)													
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	fetal	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	1	2	1	5	3	4	2	9	0	27
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	2	3	14	25	35	29	22	0	130
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	2	3	9	8	11	0	33
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	4	4	5	0	0	0	13
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	3	0	1	1	0	1	1	10	17	0	34
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	2	3	9	32	37	56	76	0	215
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	1	5	6	12	35	44	0	103
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	4	9	9	13	8	0	43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	1	0	0	0	0	1	0	2	3	9	0	16
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	21
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	7	0	13
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	0	11	15	14	14	14	14	9	10	0	102
Total	17	2	3	12	22	24	59	98	130	172	214	15	768

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

TABELA 20 –Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2017.

OBITOS														
Freqüência por Faixa Etaria (13) segundo Causa (Cap CID10)														
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	fetal	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	0	0	1	0	1	1	5	4	6	0	19
II. Neoplasias (tumores)	0	0	2	0	1	1	1	6	31	42	35	32	0	151
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	1	0	7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1	0	0	0	1	2	4	5	5	12	11	0	41
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3
VI. Doenças do sistema nervoso	0	2	0	0	0	0	1	0	0	6	8	14	0	31
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	1	4	10	29	38	56	73	0	211
X. Doenças do aparelho respiratório	0	1	0	1	0	0	1	2	6	18	25	55	0	109
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	1	4	6	5	8	14	11	0	49
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	0	7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	10	0	16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	25
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	14
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	1	1	6	21	12	16	13	8	5	7	0	91
Total	21	8	3	2	8	27	26	48	96	135	163	223	16	776

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema De Informação Sobre Mortalidade – SIM

TABELA 21 – Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2018.

OBITOS														
Freqüência por Faixa Etaria (13) segundo Causa (Cap CID10)														
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	fetal	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	0	0	0	0	2	0	1	3	1	3	4	0	17
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	0	2	2	8	25	41	37	24	0	140
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	1	11	9	13	14	0	48
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	2	2	4	2	0	2	0	12
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1	1	1	2	0	1	0	4	2	4	27	0	44
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	0	0	2	5	13	26	51	40	80	0	218
X. Doenças do aparelho respiratório	0	1	0	0	1	1	1	3	8	20	26	57	0	118
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	3	0	5	12	13	10	0	43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	12	0	21
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	28
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	13
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	1	1	0	3	1	2	1	1	0	10
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	7	17	18	10	13	6	6	17	0	95
Total	29	3	4	1	11	25	34	42	100	150	152	250	12	813

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

TABELA 22 – Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo a Causa. Toledo 2019.

ÓBITOS														
Freqüência por Faixa Etaria (13) segundo Causa (Cap CID10)														
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	fetal	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	2	0	0	1	4	1	0	0	8
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	1	0	1	1	4	31	46	38	39	0	161
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	1	2	5	6	8	11	0	33
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	0	3	6	3	3	2	0	17
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	3	1	2	2	5	25	0	38
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	1	0	2	2	2	4	19	33	60	68	0	191
X. Doenças do aparelho respiratório	1	0	1	0	0	3	0	6	7	20	22	58	0	118
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	2	2	3	8	10	10	13	0	48
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7	0	14
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	21
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	0	9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	2	0	1	4	28	22	12	9	14	5	11	0	109
Total	22	4	2	2	6	40	34	37	93	142	156	240	10	788

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

TABELA 23 – Óbitos. Frequência por Faixa Etária Segundo Causa. Toledo 2020.

ÓBITOS														
Freqüência por Faixa Etaria (13) segundo Causa (Cap CID10)														
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	fetal	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	0	0	0	5	8	13	13	19	25	34	0	119
II. Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	4	6	14	28	37	46	31	0	166
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	1	5	9	10	11	10	0	46
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	2	0	11
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	0	0	1	2	5	10	21	0	40
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	0	0	1	5	7	15	54	53	83	0	219
X. Doenças do aparelho respiratório	1	0	0	0	0	0	0	5	10	14	9	36	0	75
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	1	1	6	5	13	10	13	0	49
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	5	9	0	17
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	19
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	0	0	0	0	3	3	2	4	1	1	0	15
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0	0	1	4	27	29	19	8	11	4	19	1	125
Total	15	1	1	1	5	41	55	74	96	170	179	261	15	914

Fonte: Vigilância Epidemiológica – Sistema De Informação Sobre Mortalidade – Sim

Com o envelhecimento da população, se observa uma tendência também nos óbitos por causas que em anos anteriores eram acima de 55 anos. De 2016 a 2020 se percebe algumas alterações nas faixas etárias, conforme pode ser observado na apresentação dos dados nas tabelas de 19 a 23, onde temos as seguintes situações:

- Óbitos por doenças do aparelho circulatório ocorrem em 92,6% acima dos 50 anos de idade.

- Óbitos por Neoplasias ocorrem em 90,4% acima dos 50 anos de idade.

- Óbitos por Causas externas ocorrem em 79,8% entre 15 e 69 anos que também demonstra aumento da faixa etária que era até 54 anos de idade.

- Óbito por doenças do aparelho respiratório e Digestivo observa-se um aumento gradativo acima dos 50 anos de idade.

Em 2020 devido a Pandemia de Covid 19 as Doenças infecciosas e parasitárias tiveram um salto de 3,9% em média para 13%, com tendência a um grande aumento ainda em 2021 devido segunda onda de casos que se iniciou em dezembro de 2020.

Diante dos dados apresentados, percebe-se a necessidade de intensificação das estratégias de prevenção e promoção a saúde pela atenção básica no controle das doenças e agravos não transmissíveis, onde o estilo de vida é fator preponderante para o adoecimento e morte de uma determinada população.

3.1.2.5 Mortalidade por Causas Externas

Podemos definir as mortes causadas por fatores externos como uma morte “não natural”, provocada por uma intervenção voluntária, como por exemplo, o homicídio ou suicídio, ou por uma causa extremamente brutal, como um acidente de trânsito (CHESNAIS,2003).

QUADRO 12 - Mortalidade de Causas Externas residentes em Toledo de 2016 a 2020.

DETALHAMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS					
ÓBITOS Causas Externas (CID-10)	2016	2017	2018	2019	2020
ACIDENTES (trânsito, quedas, outros)	65	55	56	56	78
HOMICÍDIOS	24	14	10	25	24
SUÍCIDIOS	11	15	19	20	17
OUTROS (afogamento, impactos por objetos, exposições)	02	07	10	08	06
TOTAL	102	91	95	109	125

FONTE: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) MS.

O panorama da mortalidade por causas externas veio se alterando, devido ao crescimento e desenvolvimento, a desigualdade social, banalização da violência, uso de drogas, stress, consumo de alimentos industrializados e outros fatores.

Em relação aos acidentes de trânsito o município tem investido em construção de lombadas elevadas nos locais de maior incidência de acidentes com o intuito de redução de velocidade. Construção de ciclovias, mudança de sentido de ruas, rotatórias e semáforos. Além de campanhas de conscientização em por meio da Secretaria de Segurança e Trânsito e organizações não sociais, como uso do cinto de segurança, falar ao celular durante a condução, consumo de álcool e condução, entre outros temas. O maior numero de acidentes de transito esta arrolado ao uso de motocicletas, e tem aumentando as lesões e incapacidades dos usuários.

Em 2019 foi criado o Núcleo Prevenção de Violência no Transito (NPVT) que analisa os acidentes fatais com diversos parceiros (policia rodoviária federal

e estadual, militar, vigilância em Saúde, Regional de Saúde). Após analise detalhada destes casos, verifica-se as possíveis ações a serem realizadas como prevenção.

De acordo com a OPAS – Organização Pam-Americana da Saúde, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. Vale ressaltar que para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano, esta tentativa prévia é o fator de risco mais importante. Trata-se de um grave problema de saúde pública, os suicídios podem ser evitados em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo. Necessitam de estratégia multissetorial e multiprofissional. Não criticar, mas usar a empatia e realizar um plano de intervenção a este usuário é de grande valia e importância neste momento. O monitoramente e apoio da família são imprescindíveis. Por isto importante a equipe instrumentalizar a família, para que saiba lidar com a situação apresentada e não faça com que fique mais complexo e difícil a ação de melhoria deste quadro. Lembrar sempre “não quero chamar atenção, preciso de ajuda.”

3.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

De acordo com a Lei 8080/1990, os fatores determinante e condicionantes de saúde são: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o aceso aos bens e serviços essenciais para a saúde, ou seja, são fatores que podem determinar o processo saúde-doença.

FIGURA 08 – Condicionantes e determinantes da Saúde



FONTE: Site de Rômulo Passos. 2021

O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população, e considera que ambas são consequência dos mesmos fatores; ou seja, o mesmo fator que torna a pessoa saudável pode torná-la doente. Nesse sentido, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve fatores econômicos, sociais e culturais, e não só apenas os biológicos, como a infecção por vírus, bactérias ou protozoários.

O município de Toledo, juntamente coma 20ª Regional de Saúde, vem investindo em ações voltadas a promoção e prevenção em saúde. Toledo tem focado no controle do tabagismo, a prevenção das violências, acidentes, alcoolismo, dependência química, o investimento em hábitos alimentares saudáveis e o incentivo à prática de atividade física.

3.2.1 Rede Intersetorial

Toledo é um município que vem apresentando crescimento acelerado ao longo dos anos, pela sua característica de cidade em pleno desenvolvimento socioeconômico. Em função disso, atrai populações de várias cidades do País à procura de novas oportunidades de trabalho, além dos trabalhadores que residem em municípios vizinhos, mas trabalham em nosso território.

Sendo o trabalho condição de extrema importância para garantia da saúde humana, já que por meio dele torna-se possível suprir as necessidades humanas básicas. Porém, a falta de condições laborais adequadas, pode gerar danos irreparáveis na saúde do ser humano, ou seja, o trabalho também é responsável por consequências negativas ao trabalhador, sejam consequências sociais, físicas ou psicológicas.

Conforme registros do Plano Diretor, Toledo possui grandes empresas comerciais, industriais e agropecuárias e muito fortes no agronegócio, além de contar com Instituições Públicas, em especial na área de ensino, com possibilidades reais de qualificação da mão de obra.

Em relação ao Transporte coletivo, o mesmo está disponível na área urbana da sede do município, sendo este operado por concessão pública, contando com diversas linhas e terminais, atendendo especialmente os trabalhadores, estudantes e moradores dos diversos bairros. Além de transporte coletivo existe uma preocupação na estruturação de ciclovias urbanas, que prevê o transporte individual do cidadão, tanto no uso para chegar ao trabalho, como forma de lazer e manutenção de estilo de vida saudável.

Neste sentido, a questão ambiental vai além da qualidade da água, do solo e do ar para o bem estar dos moradores da cidade, pois o transporte individual através das ciclovias diminui o uso de transportes poluentes, como o combustível fóssil e a poluição do ar que o mesmo ocasiona.

Contamos ainda com espaços públicos voltados para o esporte, pistas de caminhadas nos parques, no horto florestal e outros, os quais têm atraído a população cada dia mais para a realização de atividades físicas, como:

caminhadas, passeios ciclísticos entre outras atividades de lazer e entretenimento.

Em Toledo, o esporte e o lazer são reconhecidos como fatores importantes para o desenvolvimento da autoestima, sociabilização, respeito aos direitos humanos e estimulo à ocupação saudável do tempo ocioso de crianças, adultos e idosos.

Em relação à Educação, possui uma população com nível de escolaridade elevado, o que possibilita a melhor utilização dos serviços de saúde e recursos disponíveis. É referência na área de formação universitária, com onze Universidades de curso superior na modalidade presencial e 16 Instituições de ensino superior na modalidade de ensino à distância, atendendo o município e região. Além das Universidades possui escolas profissionalizantes, como SENAI e SENAC. O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial-SENAI atua no Município desde 1987 e, oferta em torno de nove (09) cursos na modalidade de qualificação profissional, com duração que se estende de um (01) a dois (02) anos.

A rede municipal de ensino de Toledo, neste ano de 2021, conta com 36 escolas[5], 13.327 alunos matriculados e 1.465 professores, em estabelecimentos da Educação Básica, abrangendo a Educação Infantil-CMEI e Pré-escola, Ensino Fundamental do 1º ao 5º ano e Educação para Jovens e Adultos (Fase I).

Na rede estadual, o Ensino Fundamental do 6º ao 9º ano, Ensino Médio e Profissional e Educação de Jovens e Adultos (Fase II). Conta com 30 escolas, incluindo escola de ensino especial, obtendo 677 turmas com 14.092 alunos matriculados (incluindo as matriculas de contra turno[6]) e com 786 professores. O município conta ainda com a rede privada de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio com 11 escolas.

Na rede sócio assistencial o município dispõe dos seguintes serviços, que atuam de forma intersetorial com a saúde, de acordo com as necessidades identificadas e programadas.

[5] Dados fornecidos via email pela Coordenação Geral da Secretaria de Educação no dia 23.09.2021
[6] Dados informados via email através de Simone do Setor do SERE- Núcleo Regional de Educação de Toledo. 23.09. 2021 as 15:39min.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

CENTRO DE REFERÊNCIA E ASSISTENCIA SOCIAL - CRAS
- CRAS I - Vila Pioneiro
- CRAS II - Jardim Europa
- CRAS III - Jardim Coopagro
- CRAS IV - Jardim Panorama
- CRAS V - Santa Clara
- CRAS VI – Itinerante

PROJOVEM ADOLESCENTE em 5 dos CRAS
- Cadastro Único para Programa Sociais nos 6 CRAS
- Qualificação Profissional e Geração de Renda
- CERTI Dr Wilson Carlos Kuhn - Vila Pioneiro
- CERTI Dr Ernesto Dall Oglio - Jardim Coopagro
- Espaço Vida - Florir Toledo
- Unidade Social São Francisco - USSF
- Núcleo de Atendimento a Criança e Adolescente – NACA
- SCFV da Escola Municipal Anita Garibaldi - Circo da Alegria
- SCFV da Escola Municipal CAIC;
- SCFV da Escola Municipal Orlando Luiz Basei;
- SCFV da Escola Municipal Osvaldo Cruz.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

- CREAS I
- CREAS II
- Casa Abrigo Menino Jesus I
- Casa Abrigo Menino Jesus II
- Casa Abrigo para Adolescentes

UNIDADES QUE DESENVOLVEM A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM TOLEDO NÃO GOVERNAMENTAL

- ->Ação Social São Vicente de Paulo;
- -> APA - Associação Promocional e Assistencial;
- -> APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais;
- -> APADA - Associação de Pais, Amigos, Deficientes Auditivos e Surdos;
- -> Centro Assistencial da Diocese de Toledo - Casa de Maria;
- -> Centro Beneficente de educação Infantil Ledi Mass Lions;
- -> Centro Social e Educacional Aldeia Infantil Betesda;

Na área habitacional, o município está inserido no Programa de financiamento de casas populares, através de parceria com a Caixa Econômica Federal, atendendo a população de baixa renda acompanhada pela Assistência Social, através dos CRAS. No momento foi criado o Programa Lote Social, com

o intuito de promover um programa habitacional de lotes urbanizados, financiados pelo município, destinados à população de baixa renda a preço de custo.

Na questão da segurança e trânsito, o desenvolvimento de campanhas de educação e prevenção realizadas em parceria com a saúde, visa à redução de acidentes e violências, situações que interferem drasticamente na vida das pessoas principalmente na faixa etária economicamente ativa. Além dessas atividades, a secretaria de Segurança e Trânsito auxilia a Secretaria de Saúde, disponibilizando Guardas treinados para realizar acompanhamento no transporte dos pacientes da saúde mental, quando necessário, proporcionando segurança para equipe do transporte e do próprio paciente, além do cuidado com o patrimônio público.

3.2.2 Abastecimento de Água, Rede de Esgoto e Energia Elétrica.

Em relação aos mananciais de água, Toledo é cortado por rios, arroios, córregos, lajeados e sangas, constituindo uma grande rede fluvial. Conforme dados de 2011, é responsável por 13% dos recursos hídricos da Bacia do Paraná III.

Os serviços de abastecimento de água e coleta e tratamento de esgotos são operados por concessão da Prefeitura à Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), desde 1972. No que se refere ao abastecimento das comunidades isoladas, o abastecimento é feito por sistemas próprios, com poços e minas, sendo operadas diretamente pelas próprias comunidades, sem a intervenção da concessionária que opera o sistema urbano.

Para abastecer a cidade, a captação é feita no Rio Toledo e em poços do Aquífero Serra Geral, todos localizados no município. Desde o final da década de 90, Toledo vem buscando realizar intervenções para a ampliação de áreas verdes no setor urbano, intensificando essas ações nos últimos anos, através do Programa de Desenvolvimento Ambiental Sustentável de Toledo. O programa tem a premissa de compatibilizar a preservação ambiental com as necessidades de lazer, economia e qualidade de vida da população.

O número total de unidades atendidas e ligações de água e esgoto conforme apresentado no caderno estatístico de Toledo (CMT) disponibilizado pelo Ipardes em outubro 2021, é o que segue:

TABELA 24- Abastecimento de água e Atendimento de Esgoto, segundo as categorias - 2019.

CATEGORIAS	Unidades Atendidas	Ligações	%	Unidades Atendidas	Ligações	%
Residenciais	52.265	40.723	77,92	41.096	31.110	75,70
Comerciais	5.016	3.668	73,12	4.268	3.014	70,62
Industriais	165	165	100	82	82	100
Utilidade pública	274	270	98,54	215	213	99,07
Poder público	306	306	100	211	211	100
TOTAL	**58.026**	**45.132**	**77,78**	**45.872**	**34.630**	**75,49**

FONTE: Caderno do IPARDES. Toledo, 2021.

Em relação aos resíduos sólidos, produzidos no município, conta-se com diversos sistemas de coleta de lixo, através de recolhimento domiciliar de resíduos, disponibilização de contêineres para o lixo comum e reciclável em diversos pontos da cidade, coletores de lixo nos logradouros públicos e pontos e eco pontos itinerantes, destinados aos rejeitos volumosos e eletrodomésticos descartados.

A gestão de resíduos sólidos gerados em Toledo é realizada diretamente pela administração pública, sendo a coleta domiciliar realizada por empresa terceirizada e a coleta seletiva de resíduos reciclável através do programa Lixo Útil, que conta com a participação direta da Associação de Catadores.

Importante destacar que a média diária de resíduos domiciliares que são dispostos no aterro sanitário, é de 80 toneladas/dia. Dados extraídos do Plano Diretor 2050 de Toledo.

4. PERFIL ASSISTENCIAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de Atenção à Saúde, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

As redes de Atenção a Saúde tem por objetivo prestar a atenção certa, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitária e econômica. (MENDES, 2011).

No Estado do Paraná a atenção a saúde da população está organizada a partir de redes de atenção a saúde, as quais estão descritas no Plano Estadual de Saúde 2019-2023. Dentro desta Rede de Atenção a Saúde, tem-se as Linhas de Cuidado a saúde com 7 linhas específicas, tem-se ainda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com 3 subitens e por fim a Rede de Atenção às Populações Vulneráveis, com a apresentação de 8 populações diferentes.

Com o intuito de reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão, foi que o Estado do Paraná vem desde 2010 qualificando os municípios e levando a saúde mais perto das pessoas por meio da RAS em todos os municípios do Paraná.

No município de Toledo, temos a RAS que presta assistência à saúde no âmbito do SUS onde as Unidades Básicas de saúde são as principais portas de entrada desse sistema, realizando o primeiro atendimento na atenção primária. Faz parte desta rede ainda as Unidades de Saúde Mental, Unidades de urgência emergência, Unidades de Assistência Farmacêutica, Central de Especialidade Municipal, Centro de Reabilitação e demais serviços de Apoio diagnóstico. Na rede credenciada possuímos os hospitais e CISCOPAR- Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná, que oferta ao município consultas, exames e procedimentos especializados.

Atualmente, conforme relatório extraído do site do CNES, o município de Toledo, possui 83 estabelecimentos de saúde que atende SUS. Destes 52 com gestão Municipal, 31 gestão Estadual e 10 dupla gestão. Segue abaixo a tabela

com identificação da rede assistencial do município que atende SUS. A grande maioria tem como natureza jurídica a administração pública, mas temos ainda, entidades empresariais, entidades sem fins lucrativos e pessoas físicas.

TABELA 25 - Rede Assistencial que atende SUS no município de Toledo. 2021

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QTDE
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	2
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPICA E OU HEMATOLOGICA	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	20
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	11
CONSULTORIO ISOLADO	2
FARMACIA	3
HOSPITAL GERAL	1
POLO ACADEMIA DA SAUDE	1
POSTO DE SAUDE	12
PRONTO ATENDIMENTO	2
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	20
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	3

FONTE: DataSUS/CNES acesso em 24.09.2021

QUADRO 13 - Estabelecimentos de Saúde que atendem SUS, por tipo, natureza jurídica e Tipo de Gestão. Toledo - 2021

	CNES	Tipo de Estabelecimento	Nome Fantasia	Natureza Juridica	Gestão
1	4056779	CENTRAL DE ABASTECIMENTO	RENAL CLINICA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
2	4056795	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	20 REGIONAL DE SAUDE DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	E
3	6420958	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	SMS DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
4	6660541	CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSAO DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	E
5	6120768	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CAPS AD CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
6	7481888	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CAPS AD III CENTRO DE ASSISTENCIA PSICOSOCIAL ALCOOL E DROGA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
7	9688153	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CAPS I CENTRO DE ATENCAO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M

			PSICOSSOCIAL INFANTIL		
8	3586030	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CAPS II CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
9	836060	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	AMI AMBULATORIO MATERNO INFANTIL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
10	4056809	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	EAP CENTRO DE SAUDE DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
11	4056841	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	EAP JARDIM COOPAGRO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
12	4056930	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	EAP JARDIM MARACANA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
13	4057007	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	EAP JARDIM PORTO ALEGRE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
14	4057015	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	EAP VILA INDUSTRIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
15	9983465	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESF ALTO PANORAMA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
16	7294700	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESF BRESSAN CEZAR PARQUE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
17	9756868	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESF INTERIOR OESTE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
18	4056965	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESF NOVO SARANDI	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
19	4056957	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESF VILA NOVA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
20	9002995	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB COSMOS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
21	4056973	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB JARDIM CONCORDIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
22	4056868	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB JARDIM EUROPA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
23	7096623	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB JARDIM PANCERA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
24	4056981	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB JARDIM PANORAMA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
25	6748597	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB SANTA CLARA IV	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
26	6050409	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	ESFSB SAO FRANCISCO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
27	9624643	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	UBS VILA PAULISTA **(s/ funcionamento)**	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
28	7693508	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	UBS VILA PIONEIRO **(INATIVA)**	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
29	6706908	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CENTRAL DE ESPECIALIDADES DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	D
30	5119731	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	D
31	2800837	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CISCOPAR	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	D
32	2810387	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	LABORATORIO APC DE TOLEDO	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
33	2809419	CLINICA/CENTRO DE	CLINICA	ENTIDADES	E

		ESPECIALIDADE	CHAMPAGNAT	EMPRESARIAIS	
34	2809435	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CLINICA DE OTORRINOLARINGOLISTA TOLEDO	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
35	3331725	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	EQUILIBRIO CLINICA DE FISIOTERAPIA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
36	3526895	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	APAE TOLEDO	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	E
37	7232853	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CTA SAE CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
38	9544461	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	CURSO DE MEDICINA UFPR TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
39	6706894	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	SAUDE MENTAL DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
40	4056663	CONSULTORIO ISOLADO	CLINICA DR DRESCH	ENTIDADES EMPRESARIAIS	M
41	2822644	CONSULTORIO ISOLADO	OFTALMOCLINICA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	M
42	9621830	FARMACIA	CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO CAF	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
43	9462716	FARMACIA	FARMACIA COMUNITARIA DA PIONEIRA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
44	4057023	FARMACIA	FARMACIA ESCOLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
45	4056752	HOSPITAL GERAL	HOESP	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	D
46	7591411	POLO ACADEMIA DA SAUDE	POLO DE ACADEMIA DA SAUDE DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
47	7661606	POSTO DE SAUDE	CENSE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	D
48	7294123	POSTO DE SAUDE	AMBULATORIO DE FERIDAS DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
49	6846327	POSTO DE SAUDE	CERTI COOPAGRO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
50	6846319	POSTO DE SAUDE	CERTI PIONEIRA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
51	7463847	POSTO DE SAUDE	PAD PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
52	4056949	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE BOA VISTA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
53	3404935	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE CONCORDIA DO OESTE **(DESATIVADO)**	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
54	4056914	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE DEZ DE MAIO **(DESATIVADO)**	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M

55	4056906	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE DOIS IRMAOS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
56	4056884	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE NOVO SOBRADINHO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
57	4056922	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE SAO LUIZ DO OESTE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
58	4056892	POSTO DE SAUDE	POSTO DE SAUDE VILA IPIRANGA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
59	4056698	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON NUNES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	D
60	7737866	PRONTO ATENDIMENTO	UPA II UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
61	2810395	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO BIOANALISES	ENTIDADES EMPRESARIAIS	D
62	6178820	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO LABCLINIC	ENTIDADES EMPRESARIAIS	D
63	3216772	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO PADRE JOSE ANCHIETA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	D
64	3031519	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	UNIVERSIDADE PARANAENSE UNIPAR	ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS	D
65	6352669	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	ANALISARE LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS FILIAL	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
66	5920051	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	FISIOCLIN CLINICA DE FISIOTERAPIA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
67	4056825	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO BIOCENTER MATRIZ	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
68	2810433	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO NEOLAB	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
69	6439772	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO PREVENCAO E DIAGNOSE	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
70	4056787	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	REAB PLUS FISIOTERAPIA	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
71	2809346	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	ULTRA RAY CENTRO DIAGNOSTICO	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
72	3031179	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	UNIMAGEM	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
73	2809338	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	CENTRO DIAGNOSTICO	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E

74	5436796	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	CLINICA TOLEFISIO	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
75	7232055	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	DIAGNOSE 2 CLINICA DE IMAGENS	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
76	6674720	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	DIAGNOSE CLINICA DE IMAGEM	ENTIDADES EMPRESARIAIS	E
77	2810425	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO LABCLINIC	PESSOAS FÍSICAS	E
78	452122	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	CENTRO DE FISIOTERAPIA REABILITACAO E TERAPIAS COMPLEMENTAR	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
79	7500912	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	CENTRO DE REFERENCIA EM HANSENIASE E TUBERCULOSE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
80	9462694	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	LABORATORIO BIOMAIS	ENTIDADES EMPRESARIAIS	M
81	7480733	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	SAMU 192 DE TOLEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
82	7491425	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	SAMU 192 DE TOLEDO USA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M
83	9938230	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	SAMU 192 DE TOLEDO USB 23	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M

Fonte: MS. Site do DataSUS/CNES. 2021

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Toledo está organizada com Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na área urbana e rural totalizando 24 estruturas físicas, a APS conta ainda com o Ambulatório Materno e Infantil, dois CERTIs, Ambulatório de Feridas e o Pólo de Academia, sendo estas a principal porta de entrada ao SUS, possibilitando o acesso aos demais serviços oferecidos nesse sistema.

No modelo de ESF, atualmente são 12 Unidades em funcionamento e a Unidade da Vila Paulista que está em processo de credenciamento de 2 equipes de ESF. Estas Unidades atuam na sede do município de segunda-feira a sexta-

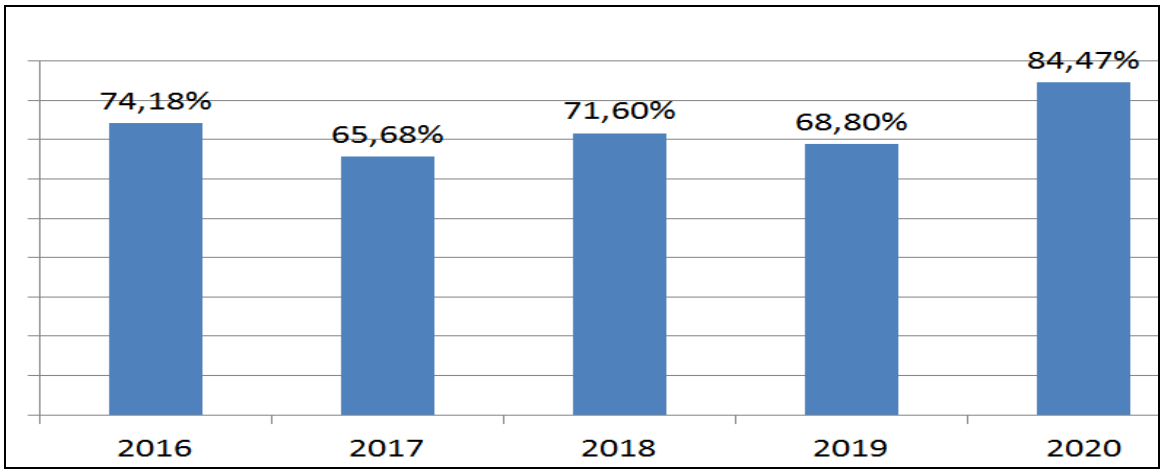
feira cumprindo carga horária semanal de 40hs, nos seguintes bairros: Panorama, São Francisco, Santa Clara IV, Europa, Cosmos\Fachini, Jd. Concórdia, Pancera, Cezar Parque\Bressan, Alto Panorama e no interior do município são 3 equipes de ESF, que atuam nos Distritos de: Novo Sarandi, Vila Nova/Novo Sobradinho, Interior Oeste (Concórdia do Oeste, Dez de Maio e Cerro da Lola). Além de contar com unidades localizadas nos demais Distritos, sendo: Boa Vista, Dois Irmãos, Vila Ipiranga com atendimento no modelo de atenção básica, das 7h às 13h.

Importante destacar que das Unidades com equipes de Estratégia Saúde da Família, temos 1 Unidade com adesão ao Programa Saúde na Hora, que é a Unidade do Jardim Europa. O Programa Saúde na Hora amplia o horário de atendimento nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde durante a noite, horário de almoço e/ou fim de semana. O objetivo é aumentar o acesso aos serviços de saúde em horários mais flexíveis, neste sentido a Unidade do Europa realiza carga horária de no mínimo 60 horas semanais, com 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, durante cinco dias úteis.

A Cobertura populacional estimada na Atenção Primaria á Saúde é Indicador selecionado pelo Ministério da Saúde, pela centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde. (e-Gestor).

No cálculo de cobertura da Atenção Primária em Saúde, são consideradas as equipes de ESF, EAP e ACS. Conforme já descrito anteriormente, o município tem 24 equipes de estratégia Saúde da Família, 11 equipes de Estratégia de Atenção Primária e 109 Agentes Comunitários de Saúde credenciados pelo Ministério de Saúde. Com base nos dados que são apresentados pelo E-Gestor, sistema do Ministério da Saúde, e, utilizando a estimativa populacional do ano de 2019, onde se estimou uma população de 142.635 habitantes, o município de Toledo encontra-se atualmente com uma cobertura de Atenção Básica em torno de 88,88% considerando as equipes ainda não homologadas.

GRÁFICO 02 - Cobertura de Atenção Básica no período de 2016 a 2020. Toledo



FONTE: SMS/Departamento de Gestão. 2021.

No gráfico 02, temos a série histórica da cobertura populacional de atenção Básica onde se percebe uma variação nessa cobertura em função das alterações ocorridas nos modelos de equipes de tradicional para ESF ou EAP, bem como, a entrada e/ou saída de profissionais médicos e enfermeiros, nas equipes, já que para o cálculo de cobertura a carga horária desses profissionais, também faz parte da metodologia de cálculo alem do número de equipes e modelos.

A Estratégia Saúde da Família, modelo de atenção à saúde que se caracteriza pelo trabalho em Equipe, atuando sobre um território definido e tendo responsabilidade sanitária pela população adstrita ao mesmo, é composta por Agentes Comunitários de Saúde, Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico, sendo possível ainda a composição com cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal, além da equipe de apoio que é composta por assistente administrativo e auxiliar de serviços gerais.

Em Toledo, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2010, com a atuação de três Equipes, na região leste da cidade, mais especificamente no Jardim Europa. Em 2011 iniciaram-se as atividades de mais duas Equipes, no Jardim São Francisco, região sul da cidade, e gradativamente foi se expandido de forma que hoje o município possui 24 Equipes de Saúde da Família implantadas e distribuídas em diferentes localidades.

QUADRO 14 – UBSs de Toledo, com número de equipes de ESF, e ano de implantação.

LOCALIDADE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	NÚMERO DE EQUIPES
Jardim Europa	2010	04
São Francisco	2011	02
Jardim Panorama	2013	03
Jardim Santa Clara	2014	02
Jardim Pancera	2015	02
Jardim Concórdia	2015	02
Jardim Bressan/Cezar Parque	2016	01
Jardim Cosmos/Fachini	2016	03
Novo Sarandi	2018	01
Interior Oeste (Concórdia do Oeste, Dez de Maio e Cerro da Lola)	2019	01
Alto Panorama	2019	02
Vila Nova e Novo Sobradinho	2021	01
TOTAL		24

FONTE: SMS/Departamento de APS. 2021.

Estas Equipes estão distribuídas na área urbana e rural da cidade. Vale destacar, que o município, atualmente, tem 24 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde, com previsão de credenciamento de mais 2 equipes na unidade de saúde da Vila Paulista. Desta forma, alcançando 26 equipes de ESF no município.

No modelo EAP – Estratégia de Atenção Primária, o município conta com 11 equipes das quais uma ainda não está homologada junto ao Ministério da Saúde.

QUADRO 15 - EAPs com número de equipes, ano de implantação, carga horária e cobertura populacional.

UBS	Identificação da Equipe	Ano de Implantação	Carga horária	População Adscrita
Centro de Saúde	eAP 01	2020	30hs	3.000
	eAP 01	2020	30hs	3.000
Coopagro	eAP 01	2020	30hs	3.000
	eAP 01	2020	30hs	3.000
Maracanã	eAP 01	2020	30hs	3.000
	eAP 01	2021	20hs	2.000
Porto Alegre	eAP 01	2019	30hs	3.000
	eAP 01	2021	20hs	2.000
Industrial	eAP 01	2020	20hs	2.000
	eAP 01	2021	30hs	3.000
São Luiz do Oeste (área rural)	eAP 01	2021	20hs	2.000
TOTAL	11 EAPs	-	-	29.000

FONTE: SMS/Departamento de APS. 2021.

Destas 11 equipes, 10 estão localizadas na sede do município e uma na área rural, atuando nas seguintes Unidades de Saúde: Centro, Coopagro, Industrial, Maracanã/CAIC, Porto Alegre e São Luiz do Oeste, conforme quadro 15. Estas Unidades realizam atendimento a população de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino, nos horários das 7hs00min às 19hs00min.

As Unidades no modelo EAP, fazem a cobertura populacional de 20,62% da população, conforme as regras estabelecidas pelo Programa Previne Brasil. Porém na realidade, estas Unidades atendem toda a demanda do território, ultrapassando o número de população estabelecida pelo programa do MS.

A organização da Atenção em Saúde em Redes, pressupõe uma Atenção Primária fortalecida, a qual coordena e ordena o cuidado e é a porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde. Toledo integra a Rede de Atenção Materno Infantil, a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, a Rede de Atenção aos Portadores de Patologias Crônicas, a qual se expressa pelo MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a Rede de Atenção à Saúde Mental. Os fluxos, dentro de tais Redes, se dão com base na classificação/ estratificação de risco, respectivamente, para as condições agudas e/ou crônicas, devendo ser referenciados aqueles usuários estratificados como de alto risco, para suas respectivas referências, mantendo-se e garantindo-se o devido acompanhamento na Atenção Primária em Saúde.

4.1.1 Saúde Bucal

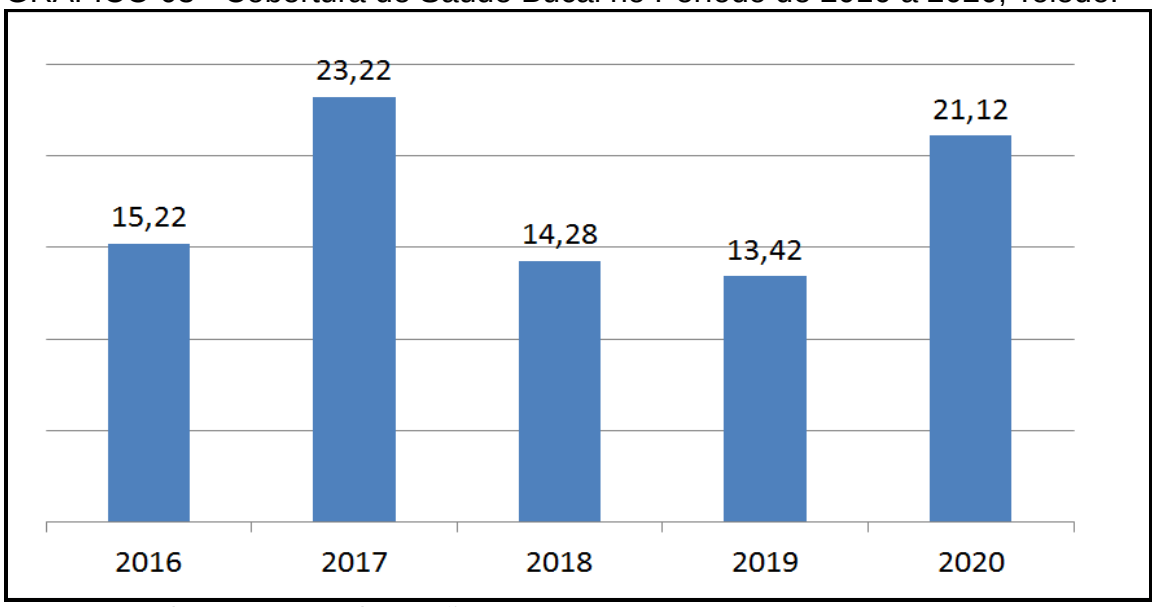
Quanto à Atenção à Saúde Bucal, o Município dispõe de Equipes que atuam nas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, contamos com cinco Equipes de Saúde Bucal homologadas nas equipes de Estratégia Saúde da Família do Jardim Concórdia, Santa Clara IV, São Francisco, Cosmos e Jardim Europa, mas devido a reestruturação do serviço em período de pandemia apenas três delas estão em atendimentos nos locais devidos e duas equipes foram realocadas em unidades tradicionais.

No modelo tradicional, contamos com cento e sessenta horas semanais de atendimento odontológico, distribuídos em seis Unidades de Saúde em perímetro urbano (Jardim Coopagro, Centro de Saúde, Jardim Maracanã, Jardim Porto Alegre, Jardim Europa e Jardim Pancera). Porém duas já solicitadas para atuar dentro do modelo com carga horária diferenciada, sendo cada uma com profissionais dispondo de 20hs de carga horária semanal para o atendimento à população de território adscrito.

Na área de Saúde Bucal, não se percebe muitos avanços na implantação de novas equipes, pela ausência de contratação de novos profissionais, e devido a baixa cobertura que ainda se apresenta.

GRÁFICO 03 - Cobertura de Saúde Bucal no Período de 2016 à 2020, Toledo.



FONTE: SMS/Departamento de Gestão. 2021.

Toledo, no mês de junho de 2021 apresentava uma cobertura de saúde bucal de 20% da população, conforme relatório extraído do e-Gestor. Conforme gráfico acima, no ano de 2020 tivemos uma cobertura em saúde bucal de 21,12%. O Estado do Paraná, no mesmo período registrou cobertura de 55,64%, conforme dados extraídos do e-Gestor – Sistema de informação e gestão da Atenção Básica. A análise de tal cobertura revela de imediato, a necessidade de expansão do acesso e ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal.

Tendo em vista a situação de pandemia iniciada no ano de 2020, houve uma redução nos atendimentos odontológicos, em relação aos anos anteriores. Em 2016 foram registrados no Sistema local a realização de 132.234 procedimentos, em 2020 caiu para 39.962 procedimentos. Segue abaixo a série histórica de todo esse período para uma melhor análise.

Entre todos os procedimentos realizados, foram destacados aqueles que são utilizados para o cálculo do indicador da proporção de exodontia, que é um indicador importante por demonstrar à qualidade do tratamento ofertado a população em um determinado período.

QUADRO 16 – Dados dos procedimentos Odontológicos realizados no período de 2016-2020.

Procedimento	**ANO**				
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Restauração de dente permanente posterior	6.341	7.599	6.972	7.941	2.615
Aplicação tópica de flúor individual por sessão	4.518	6.267	4.200	5.449	1.307
Aplicação de selante (por dente)	3.686	3.517	3.165	4.548	967
Restauração de dente permanente anterior com resina composta	3.249	4.203	3.353	3.794	1.178
Selamento provisório de cavidade dentaria	2.469	2.844	2.464	2.773	2.343
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	2.458	1.673	1.118	976	307
Exodontia de dente permanente	**1.616**	**1.993**	**1.631**	**1.752**	**879**
Curativo de demora c ou s preparo biomecânico	1.547	1.640	1.836	1.587	1.267
Acesso a polpa dentaria e medicação por dente	845	896	1.110	1.091	848
Aplicação de cariostático (por	794	1.013	861	1.190	151

dente)					
Capeamento pulpar	360	305	150	190	53
Pulpotomia dentaria	283	229	137	119	23
Exodontia múltipla c alveoloplastia por sextante	06	00	01	01	00
Raspagem alisamento e polimento supragengivais por sextante	13.218	8.893	8.134	11.042	3.095
Selamento de perfuração radicular	00	04	04	01	00
Profilaxia remoção da placa bacteriana	00	00	4.847	5.432	1.247
Demais Procedimentos Odontológicos	90.844	82.023	85.746	92.151	23.682
TOTAL GERAL	132.234	123.099	125.729	140.037	39.962
Proporção de Exodontia[7]	**1,77%**	**2,42%**	**1,90%**	**1,90%**	**3,71%**

FONTE: SIGSS – SMS. 2021.

Importante destacar que quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Para esse cálculo se utiliza um abrangente número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. Porém este indicador tem suas limitações, que poderão interferir no resultado apresentado, sendo estas:

- Pessoas que necessitam de extração dentária podem não ter acesso aos serviços odontológicos, interferindo no resultado do indicador.

- A proporção entre quantitativos de procedimentos pode mascarar se esses quantitativos são os recomendáveis para melhor saúde bucal da população.

- Sub-registros de procedimentos alteram os resultados.

[7] Na proporção de exodontia os demais procedimentos odontológicos não entram no cálculo.

- Acréscimos ou subtrações no denominador para pequenas quantidades no denominador causam grande variação nos resultados.

Em relação às atividades coletivas, de acordo com as diretrizes da política nacional de saúde bucal (2004), 20% da carga horária das equipes estão destinadas a planejamento, capacitações e atividades coletivas. Dentre as atividades coletivas, estão às realizadas nas UBS e comunidade com grupos específicos e as realizadas nas escolas, através do PSE (Programa Saúde na Escola). No ano de 2020, praticamente não houve a realização dessas atividades tendo em vista as notas técnicas do Ministério da Saúde, da SESA e do próprio município, para o enfrentamento da situação de emergência pública pelo Covid-19, porém de forma gradativa se iniciará as atividades coletivas no município.

4.1.2 Rede de Apoio à Atenção

Com a expansão do conceito de atenção básica, faz-se necessário, também, investimentos que propiciem o adequado acesso da população a atendimentos especializados, especialmente no nível secundário, a fim de garantir a continuidade e a integralidade do cuidado, ampliando sua resolutividade.

Neste sentido o Município possui uma Central de Especialidades, Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares que dispõe de profissionais de diferentes especialidades, além do CISCOPAR[8] que realiza atendimentos especializados.

A Atenção Básica, ainda conta com: o Ambulatório para Tratamento de Feridas, Ambulatório Materno Infantil, Ambulatório de Saúde Mental, Caps II, Caps Ad, Caps i, além da parceria com a Secretaria de Assistência Social, oferecendo serviços na área da saúde do idoso com a implantação de dois

[8] CISCOPAR é o Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná, situado em Toledo, e atende aos 18 municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde, sendo os seguintes: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

CERTIs – Centro de Revitalização da Terceira Idade, localizados nas comunidades do Jardim Coopagro e da Vila Pioneiro, que são referencia para todo o município e prestam serviços de prevenção e promoção à saúde às pessoas acima de 60 anos.

Considerando o curso de Medicina da UFPR, e o modelo de formação proposto para o mesmo o qual prevê a inserção dos alunos na Atenção Primária em Saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família, hoje o município pode contar com alunos do curso de medicina distribuídos em diferentes unidades de saúde prestando atendimento a população no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, sendo assim entendemos que se faz fundamental o planejamento da ampliação da estrutura física das Unidades de Saúde, em especial quanto à disponibilidade de consultórios e de espaços formativos, para uso por parte dos profissionais atuantes nas Unidades de Saúde, dos alunos de graduação e pós graduação e como espaços de educação em saúde, para as atividades com a Comunidade, a fim de garantir a manutenção dessa parceria ao longo dos anos.

4.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.2.1. Apresentação

A Assistência Farmacêutica no SUS possui responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos e está organizada em três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado, sendo que cada Componente possui características próprias em termos de abrangência, objetivos, financiamento, implementação, avaliação e monitoramento.

QUADRO 17: Componentes da Assistência Farmacêutica

COMPONENTE	DESTINAÇÃO	ÂMBITO
Básico – Medicamentos e insumos essenciais	Assistência a doenças e agravos mais prevalentes	Atenção primária em saúde, em nível ambulatorial e Unidades

		básicas de saúde.
Especializado - Medicamentos para assistência integral à saúde	Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os critérios de Inclusão.
Estratégico – Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias	Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas.	A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores

FONTE: Elaborado por Departamento de Gestão em Saúde/SMS. Toledo, 2021

O financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica não abrange os medicamentos de uso hospitalar, os quais já estão contemplados pelo bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade e os medicamentos de uso oncológico que são disponibilizados por estabelecimentos credenciados no SUS.

A Portaria nº 1.554/2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito municipal, a Assistência Farmacêutica é responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos e demais insumos relacionados em programas e projetos específicos. Também é responsável pelo desenvolvimento de ações e serviços de atenção farmacêutica.

4.2.2. Estrutura

A Secretaria de Saúde em sua estrutura apresenta o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) que encontra-se organizado da seguinte forma:

FIGURA 09: Organograma da DAF



Fonte: DAF/SMS. 2021.

A direção e coordenação do departamento de Assistência Farmacêutica encontram-se situado junto a Secretaria de Saúde, sendo responsável pelas etapas de seleção, programação, aquisição de medicamentos e nutrição através de processos licitatórios.

Por sua vez, a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é responsável pelas etapas de recebimento, conferencia, armazenamento, distribuição para as farmácias comunitárias (Escola, Pioneira e Coopagro), farmácias hospitalares (UPA e PAM), 27 (dispensários) nas Unidades de Saúde da cidade e interior, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), ambulatório de feridas (UBS Coopagro) e Central de Especialidades.

As farmácias comunitárias são compostas por atendimento farmacêutico de forma ininterrupta de 12h em 3 (três) locais, sendo a Farmácia Escola (anexo a UBS Centro de Saúde), Farmácia Comunitária da Vila Pioneira (anexo ao PAM) e Farmácia Comunitária do Coopagro (dentro da UBS Coopagro) com

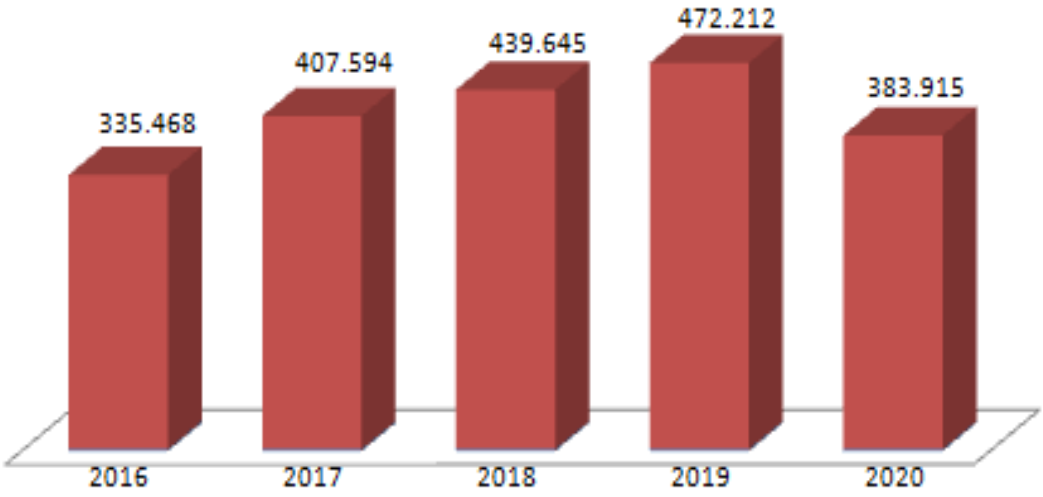
dispensação de medicamentos do componente básico. Destaca-se a Farmácia Escola que além do componente básico é responsável pelo componente especializado do Estado (Paraná sem dor, Protocolo de Asma,dislipidemia, Talidomida e Tabagismo) além da dispensação da nutrição adulto e infantil.

Possui uma farmácia de Manipulação composta por 1 (um) farmacêutico de 30h semanais cujo local manipula medicamentos fitoterápicos.

As farmácias hospitalares são compostas pela Farmácia do Pronto Atendimento Municipal (PAM) com 1 farmacêutico com carga horária de 40h, e para a Farmácia da UPA o município realiza o fornecimento dos medicamentos visto que os recursos humanos são de responsabilidade do CONSAMU.

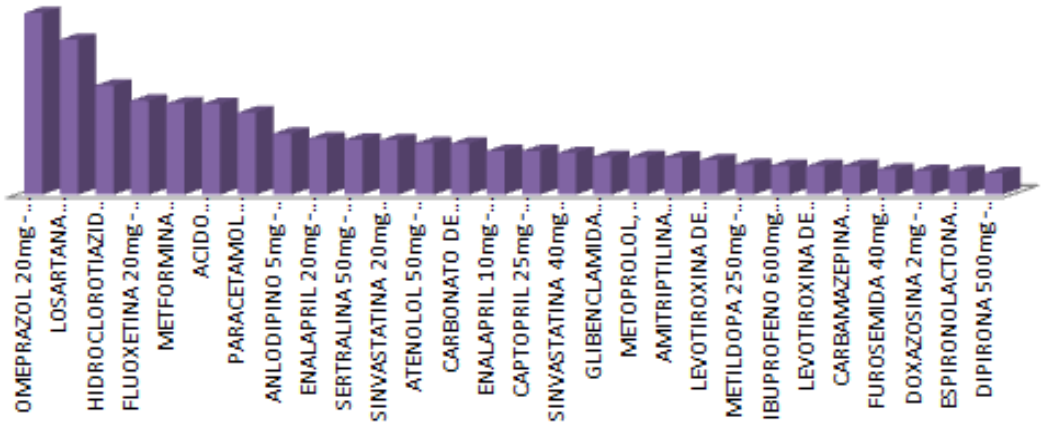
Sendo assim, o quadro de profissionais farmacêuticos é composto por 11 profissionais farmacêuticos. A assistência Farmacêutica tem por objetivo realizar o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e promover a educação permanente entre os profissionais de saúde, paciente e a comunidade, assegurando assim o uso racional de medicamentos na perspectiva da obter resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população.

GRÁFICO 04 – Atendimentos realizados pela Assistência Farmacêutica no período de 2016 a 2020.



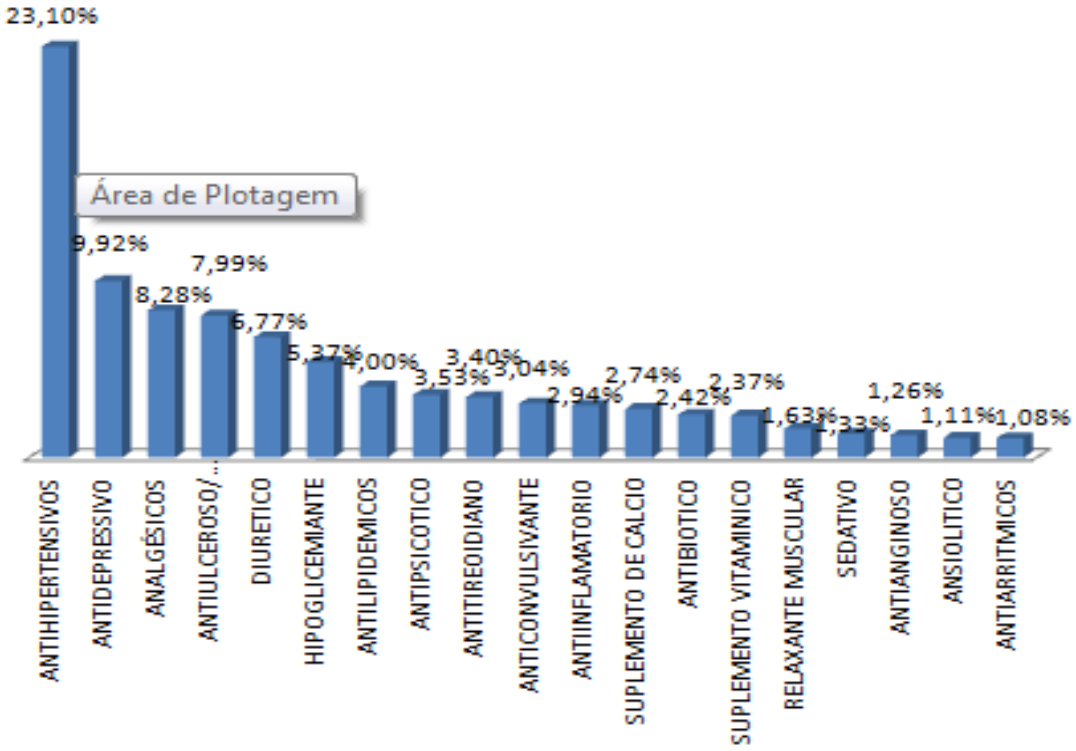
Fonte: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 05- Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2016.



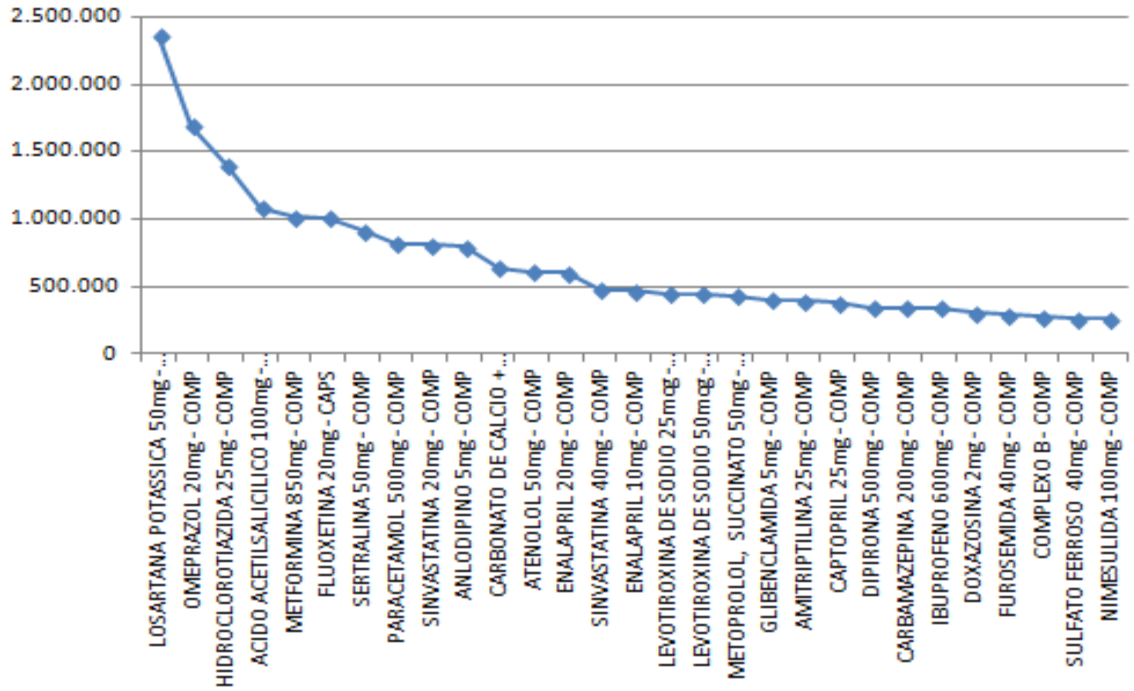
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 06- Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2016.



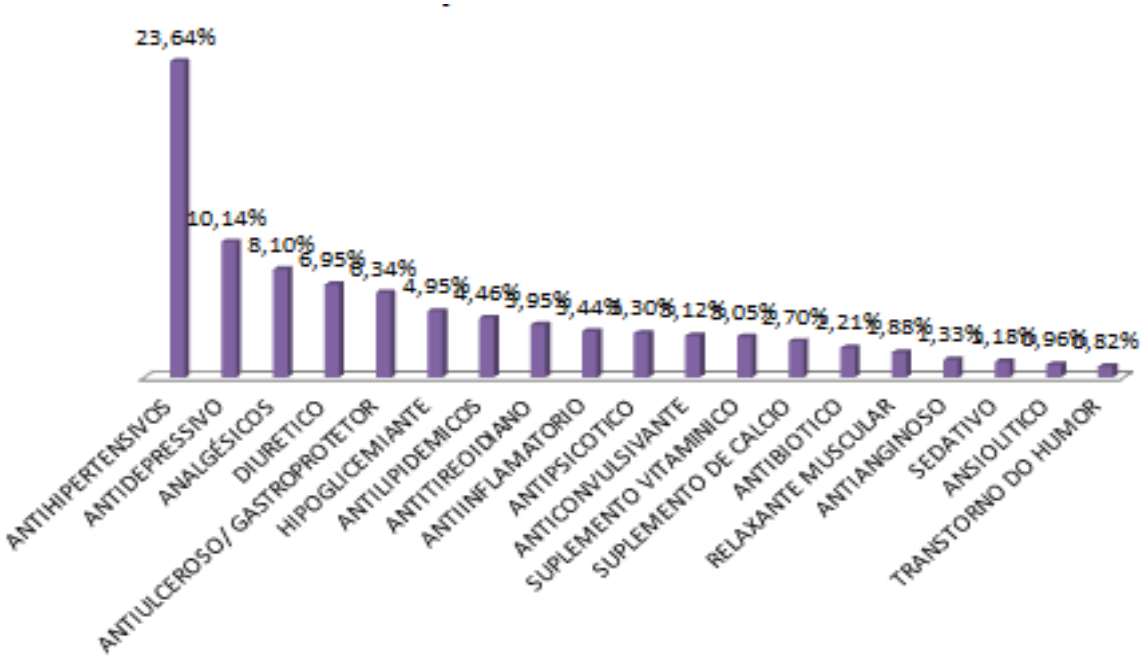
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 07: Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2017.



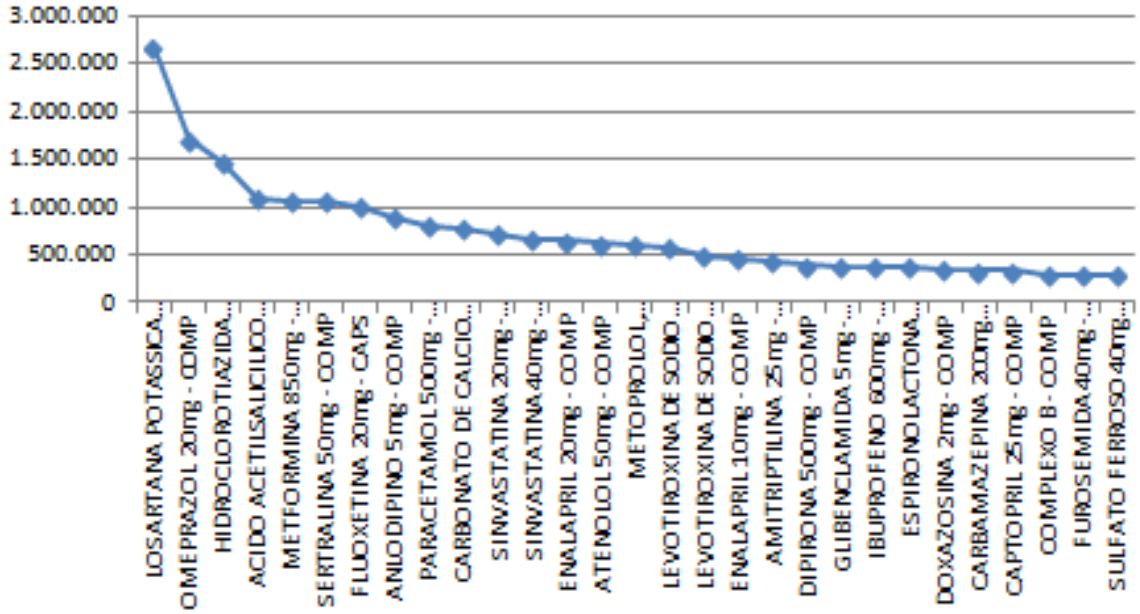
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRAFICO 08: Relação de Medicamentos segundo Classe terapêutica no ano de 2017.



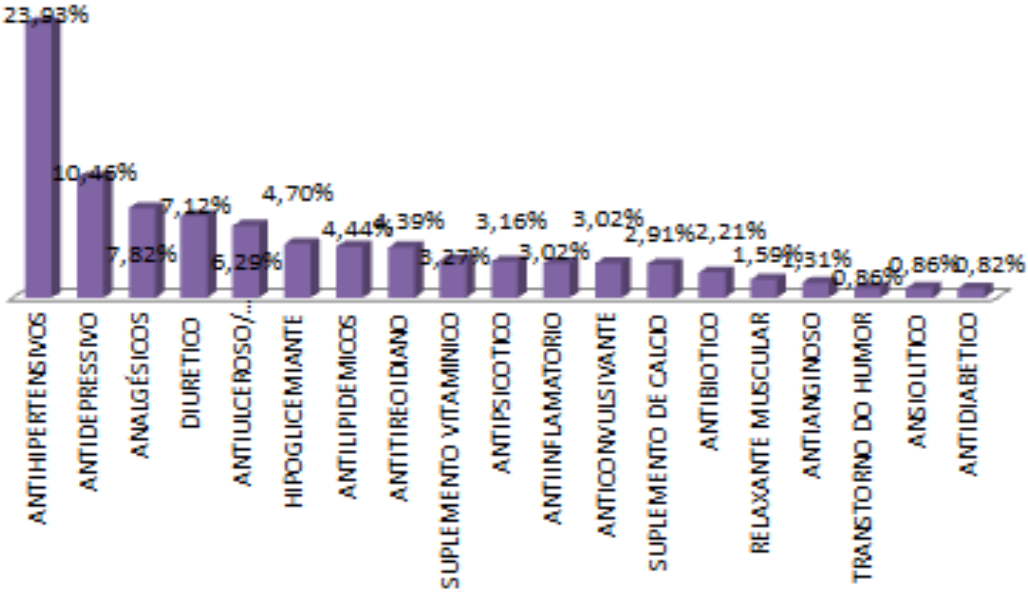
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 09: Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2018.



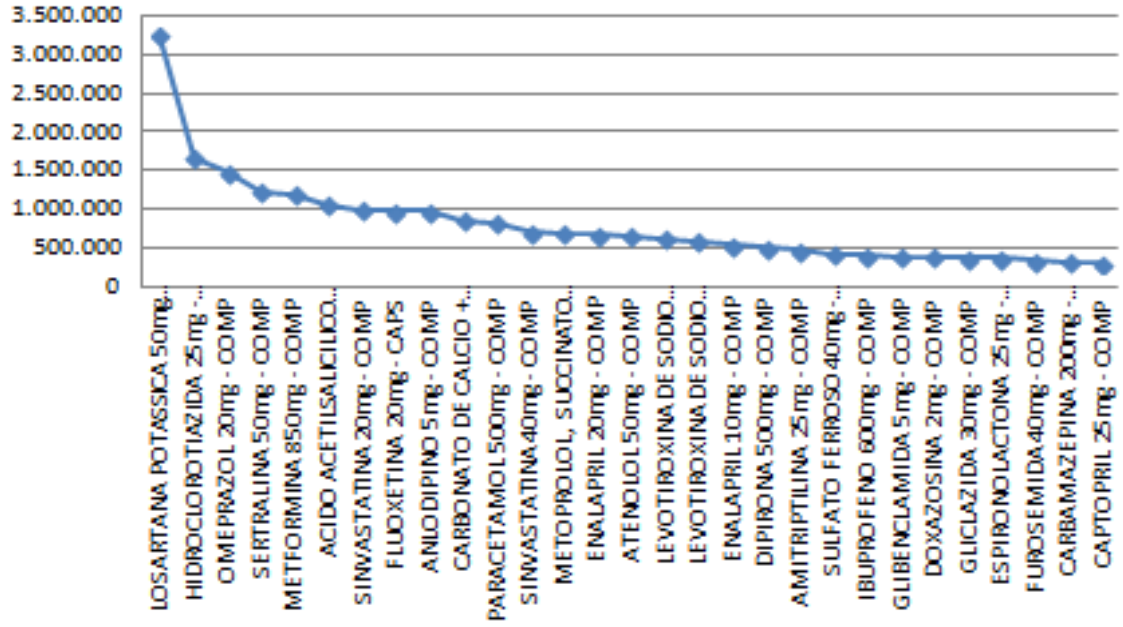
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 10: Relação de Medicamentos segundo Classe terapêutica no ano de 2018.



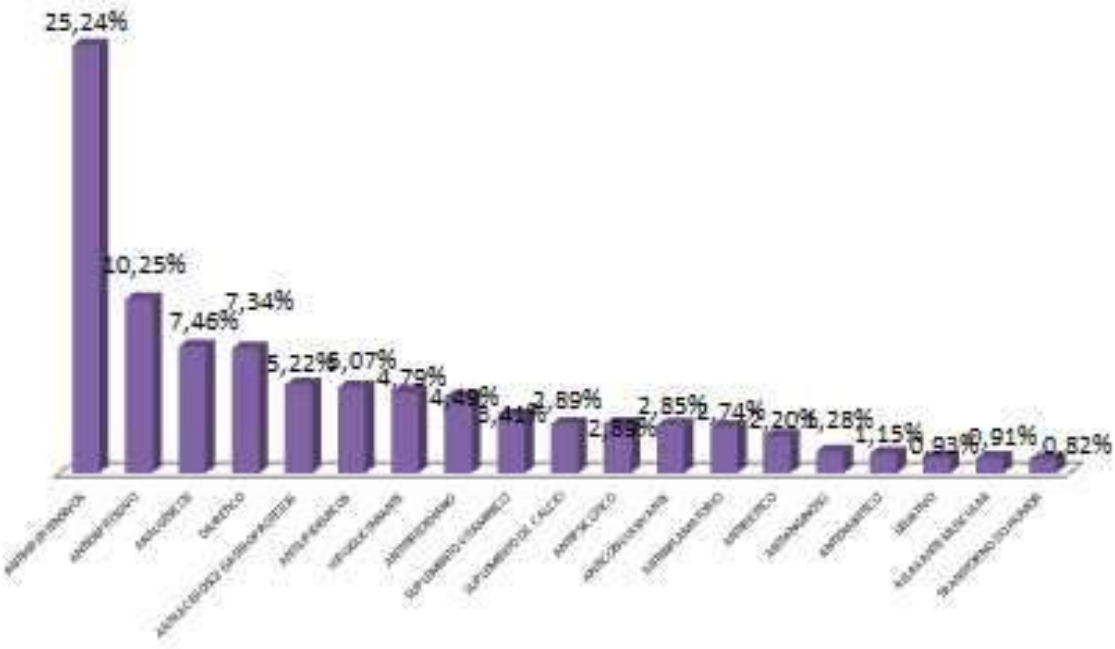
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 11: Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2019



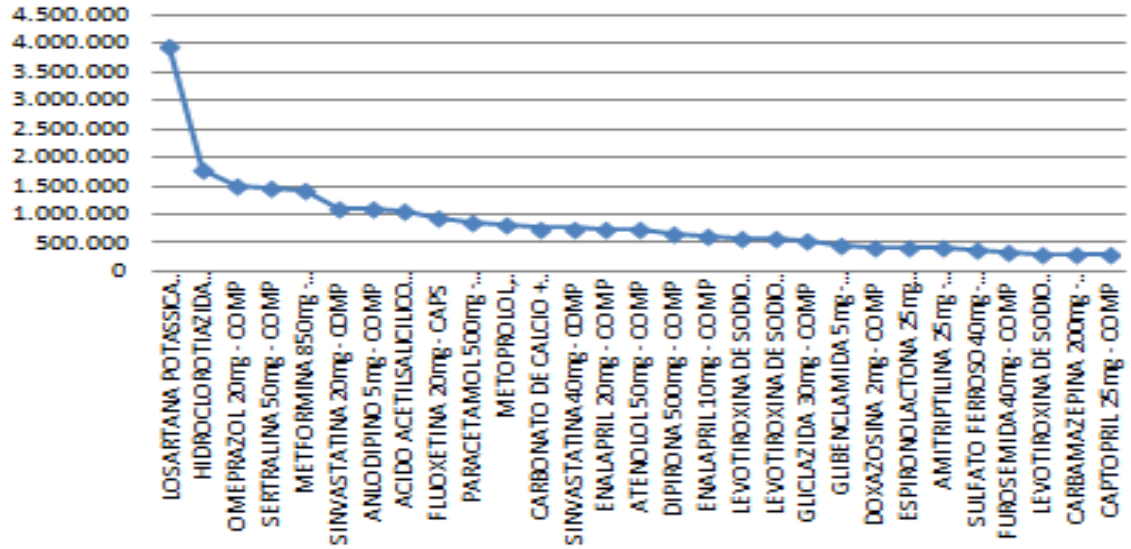
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021.

GRÁFICO 12: Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2019.



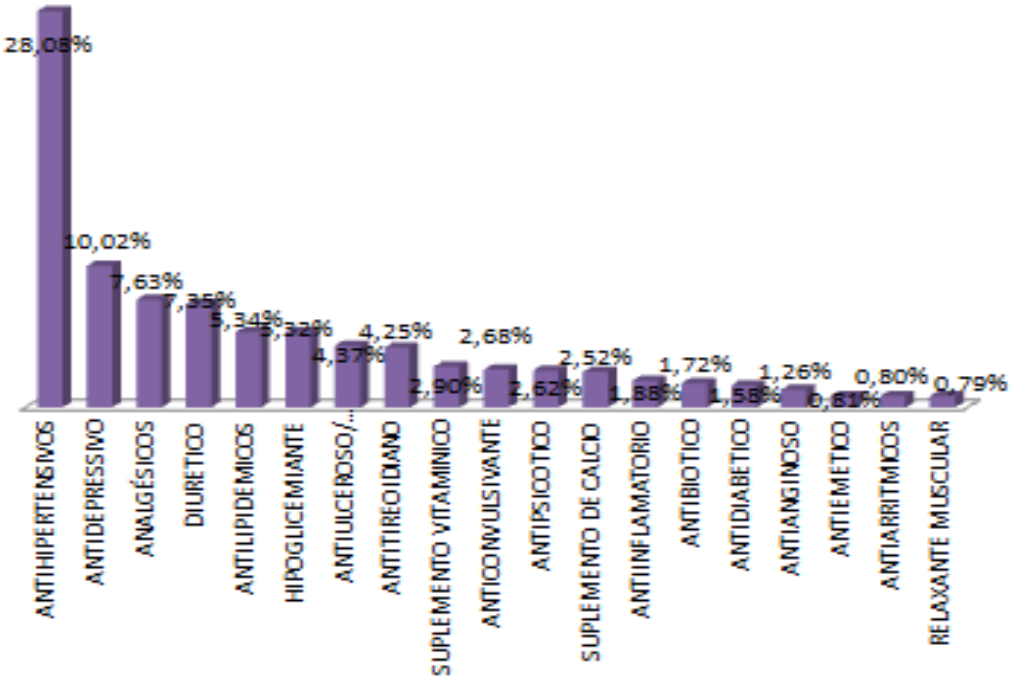
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 13: Relação de Medicamentos dispensados no ano de 2020.



FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

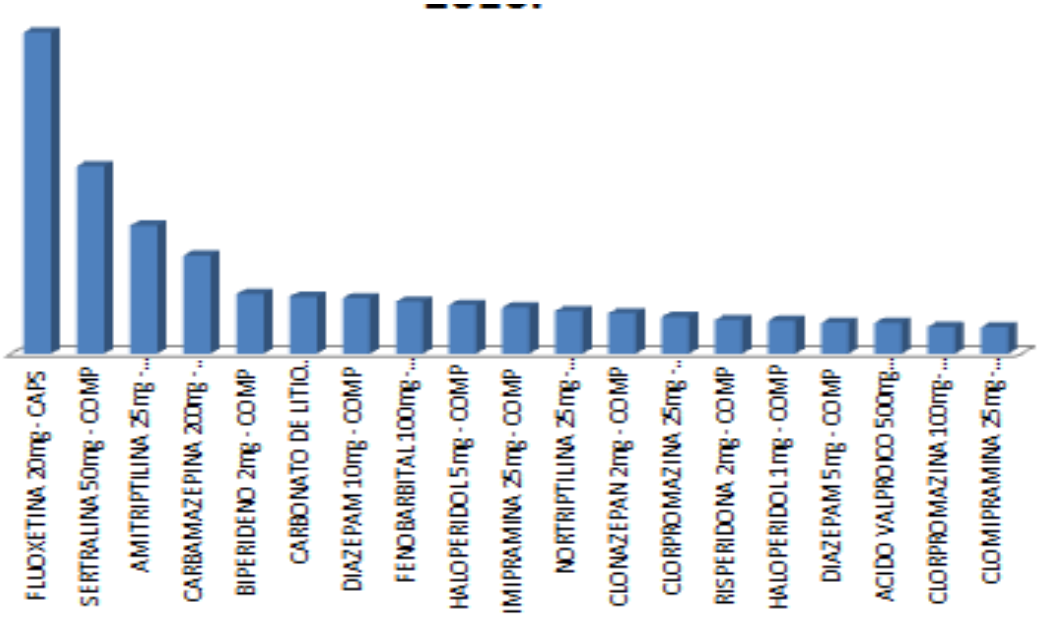
GRÁFICO 14: Relação de Medicamentos segundo classe terapêutica no ano de 2020.



FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

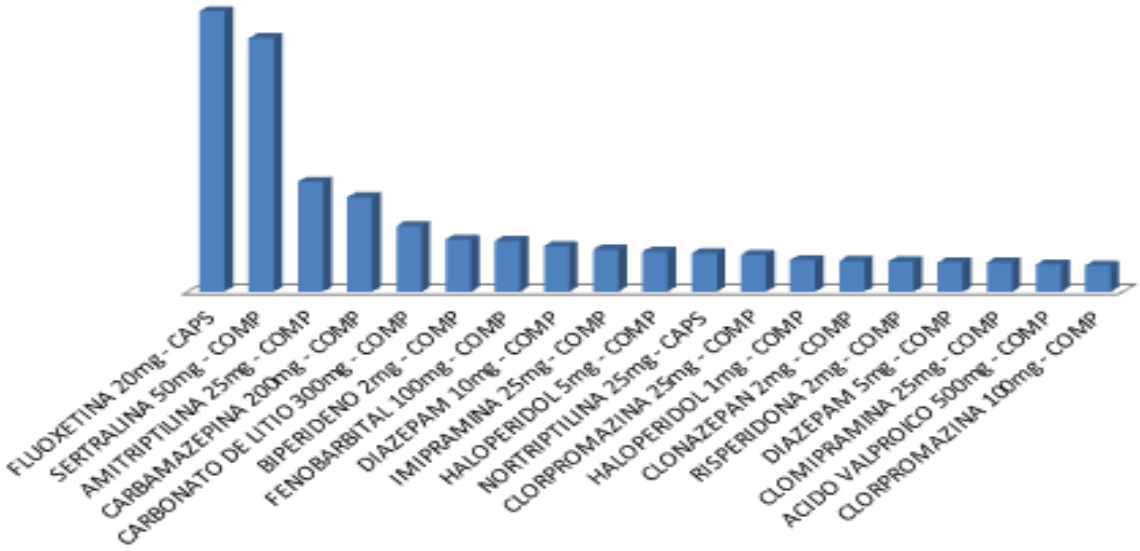
- Relação de medicamentos controlados Portaria 344/1998.

GRÁFICO 15: Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2016.



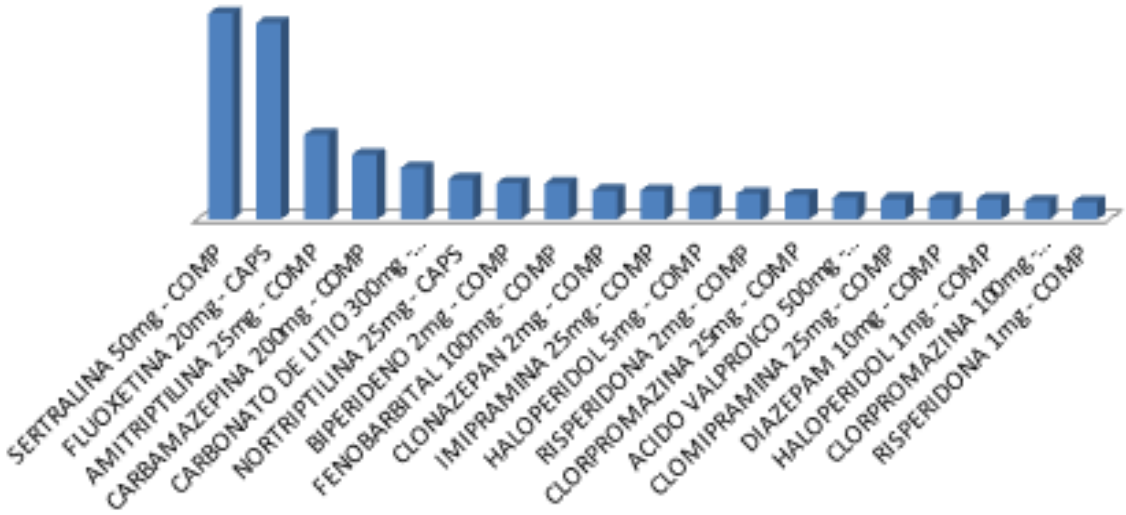
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 16: Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2017



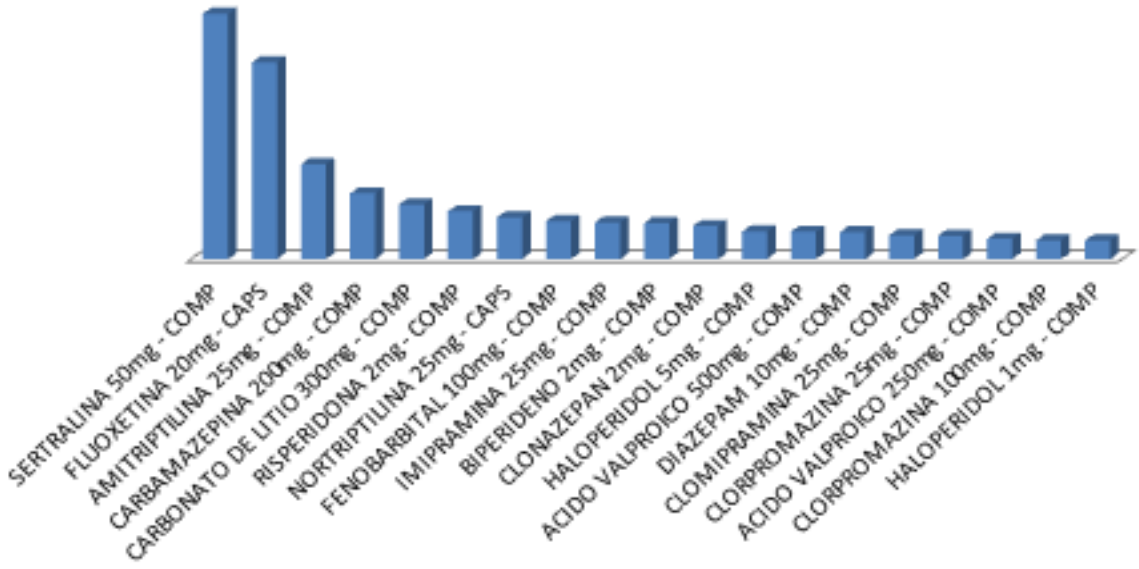
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 17: Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2018



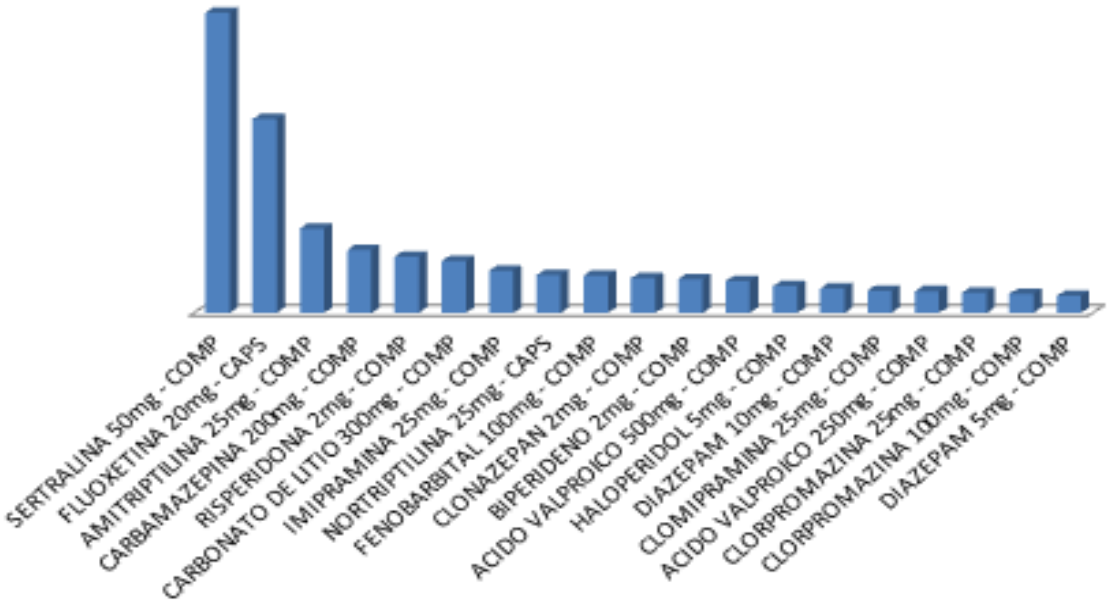
FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 18: Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2019



FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

GRÁFICO 19: Relação de Medicamentos Portaria nº 344/1998, dispensados no ano de 2020



FONTE: DAF/SMS. Toledo, 2021

4.3 Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

FIGURA 10 – Diretrizes da PNAM



FONTE: Site do MS. 2021

A implementação dessa política é um grande desafio a ser enfrentado no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

O município conta com 03 profissionais de nutrição, sendo que 01 trabalha na rede de urgência e emergência, e as outras duas estão lotadas na atenção primaria em saúde, visto a necessidade de ações de educação, promoção e prevenção de alimentação saudável. As ações até o presente momento realizadas são atendimentos aos acamados com uso de dieta enteral, atendimentos a pacientes acamados conforme solicitação da equipe da APS, ações coletivas, ações nas escolas da rede publica, entre outras existentes.

TABELA 26: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 0 à 6 meses..

ANO	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2016	17	1.95%	19	2.18%	799	91.84%	35	4.02%	870
2017	17	4.1%	27	6.51%	359	86.51%	12	2.89%	415
2018	3	0.89%	9	2.68%	305	90.77%	19	5.65%	336
2019	14	1.68%	20	2.4%	774	92.81%	26	3.12%	834
2020	14	1.25%	37	3.32%	1.013	90.77%	52	4.66%	1.116

FONTE: Ministério da Saúde/SAPS. 2021.

TABELA 27: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 6 meses à 2 anos.

ANO	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2016	4	0,23%	18	1,05%	1.607	93,92%	82	4,79%	1.711
2017	13	0,84%	35	2,26%	1.427	92,3%	71	4,59%	1.546
2018	3	0,3%	24	2,39%	926	92,32%	50	4,99%	1.003
2019	14	0,78%	27	1,5%	1.686	93,61%	74	4,11%	1.801
2020	10	0.65%	12	0.78%	1.406	91.54%	108	7.03%	1.536

FONTE: Ministério da Saúde/SAPS. 2021.

TABELA 28: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 2 anos à 5 anos.

ANO	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2016	2	0,1%	16	0,82%	1.807	92,19%	135	6,89%	1.960
2017	4	0,22%	40	2,23%	1.654	92,09%	98	5,46%	1.796
2018	4	0,21%	24	1,27%	1.749	92,54%	113	5,98%	1.890
2019	11	0,33%	31	0,94%	3.039	92,09%	219	6,64%	3.300
2020	6	0,33%	32	1,75%	1.626	89,05%	162	8,87%	1.826

FONTE: Ministério da Saúde/SAPS. 2021.

TABELA 29: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Criança de 5 anos à 10 anos.

ANO	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2016	10	0,48	33	1,58	1.793	86,08	247	11,86	2.083
2017	6	0,41	28	1,92	1.265	86,53	163	11,15	1.462
2018	8	0,48	31	1,84	1.453	86,44	189	11,24	1.681
2019	24	0,37	112	1,74	5.556	86,46	734	11,42	6.426
2020	6	0,25	30	1,27	1.981	84,01	341	14,46	2.358

FONTE: Ministério da Saúde/SAPS. 2021.

TABELA 30: Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Fase de vida Gestante.

ANO	Baixo Peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
2016	72	14,94%	167	34,65%	128	26,56%	115	23,86%	482
2017	35	15,15%	78	33,77%	59	25,54%	59	25,54%	231
2018	33	11,42%	101	34,95%	90	31,14%	65	22,49%	289
2019	53	9,93%	202	37,83%	159	29,78%	120	22,47%	534
2020	110	14,82%	243	32,75%	203	27,36%	186	25,07%	742

FONTE: Ministério da Saúde/SAPS. 2021.

4.4 ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

4.4.1 Atenção Especializada

A atenção especializada é um grande desafio do SUS. A demanda é sempre maior do que a oferta e de modo geral não reflete a real necessidade da população. Em Toledo, a oferta de consultas de algumas especialidades, tem se apresentado ao longo dos anos, com muita dificuldade de acesso, seja por falta de profissionais no mercado dispondo assim de poucas vagas, ou ainda, pelo grande volume de encaminhamentos desnecessários; ao mesmo tempo, verifica-se uma alta taxa de absenteísmo por parte dos usuários. Sendo o maior desafio as especialidades de angiologia, ortopedia e urologia.

Tendo como meta, a criação do Setor de regulação, controle e auditoria e também com a implantação de protocolos de encaminhamentos da Atenção Primária para a especializada, espera-se que a estratificação de risco, a utilização de serviços com bases em evidências científicas e o controle/acompanhamento possam favorecer a diminuição desta demanda.

No município de Toledo, a Central de Especialidades está localizada, provisoriamente, na UBS da Vila Paulista devido à cedência de sua Sede para ampliação dos atendimentos a pandemia Covid-19 pelo PAM (Pronto Atendimento Municipal). Além de todo o agendamento para as consultas e exames especializados, disponibilizados pelo CISCOPAR e SUS, neste local, são realizadas as consultas especializadas do Município de Toledo, exames de ultrassom, eletrocardiograma e alguns procedimentos, como lavagem de ouvido, exames de oftalmologia e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Através da Central de Especialidades, ainda são realizados, os agendamentos de consultas e exames, disponibilizados pelo convênio CISCOPAR, bem como, os agendamentos de consultas e exames de alta complexidade realizados através do convênio SUS, assim como os encaminhamentos de TFD - Tratamento Fora de Domicílio.

Portanto, os agendamentos dividem-se da seguinte forma:

- Agendamentos para a Rede Municipal (Rede própria) – Sistema MV Consulfarma.

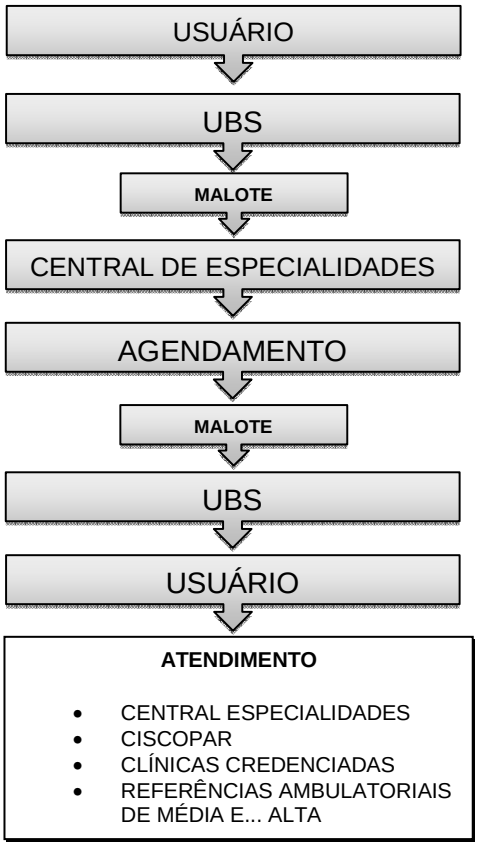
- Agendamentos para a Rede Consorciada (Ciscopar) – Sistema IDS

- Agendamentos para a Rede Conveniada (SUS) – Sistema de Regulação Care (GSUS) Estadual.

- Intermediários de agendamentos via 20ª Regional de Saúde (TFD Curitiba) – Sistema e-Saúde do Município de Curitiba.

Além desses, a Central de especialidades tem como parte integrante dos seus serviços, um equipamento próprio, sendo este o Centro de Fisioterapia, reabilitação e terapias complementares, oferecendo: Fisioterapia adulto, infantil, ped suit, reabilitação pós covid e fisioterapia domiciliar*.

Fluxo Geral de Agendamento na Atenção Especializada do Município de Toledo



Fonte: Central de Especialidade, 2021.

As consultas especializadas encaminhadas via sistema Municipal com indicação de urgência, são analisadas por 01 médico regulador do Município. Procedimento esse adotado para priorizar as urgências por consultas

especializadas encaminhadas pela Rede de Atenção Básica (Unidades de Saúde, CERTIs e Ambulatório Materno Infantil) e Departamento de Saúde Mental.

TABELA 31 – Consultas agendadas para atendimento na rede própria em 2019.

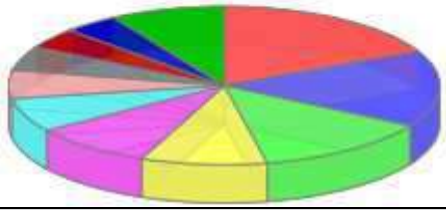
MUNICÍPIO DE TOLEDO

Relatório de Consulta
Sintético por Especialidades

Filtros: Data Inicial: 01/01/2019 Data Final: 31/12/2019
Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59
Unidade de Saúde: 415-1 - CENTRAL DE ESPECIALIDADES NA PAULISTA
Convênios: 1-1 - SUS
Consultas Especializadas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados /
Ordenação: Quantidade

Especialidade		Quantidade	Vlr. Médio Unit	Valor Total	%
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA 225120	3.504	30,00	105.120,00	17,88 %
225155	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	3.055	30,00	91.650,00	15,59 %
225270	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	2.614	30,00	78.420,00	13,34 %
225112	MÉDICO NEUROLOGISTA 225112	1.855	30,00	55.650,00	9,46 %
225275	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA 225275	1.792	30,00	53.760,00	9,14 %
225136	MÉDICO REUMATOLOGISTA 225136	1.368	30,00	41.040,00	6,98 %
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL 225225	1.129	30,00	33.870,00	5,76 %
225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA 225165	970	30,00	29.100,00	4,95 %
225135	MÉDICO DERMATOLOGISTA 225135	832	30,00	24.960,00	4,25 %
225127	MÉDICO PNEUMOLOGISTA 225127	807	30,00	24.210,00	4,12 %
I2881	MEDICO ENDOCRINOLOGISTA PEDIATRICO - 0 A 15	429	1,00	429,00	2,19 %
225265	MÉDICO OFTALMOLOGISTA 225265	377	30,00	11.310,00	1,92 %
I3041	MEDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA PEDIATRICO	334	1,00	334,00	1,70 %
I2884	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA PEDIATRICA - 0	292	1,00	292,00	1,49 %
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA 225151	238	30,00	7.140,00	1,21 %
223505	ENFERMEIRO 223505	3	30,00	90,00	0,02 %
	Total Geral..:	**19.599**		**557.375,00**	

Relatório de Consulta Sintético - por Especialidade



Fonte: SigSaude/MV, 2021.

TABELA 32 – Consultas agendadas para atendimento na rede própria em 2020.

TOLEDO
PREFEITURA

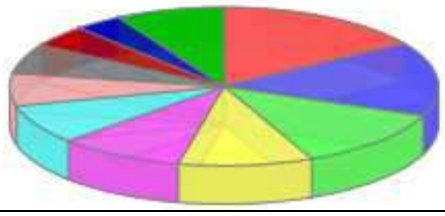
MUNICÍPIO DE TOLEDO

Relatório de Consulta
Sintético por Especialidades

Filtros: Data Inicial: 01/01/2020 Data Final: 31/12/2020
Hora Inicial: 00:00 Hora Final: 23:59
Unidade de Saúde: 415-1 - CENTRAL DE ESPECIALIDADES NA PAULISTA
Convênios: 1-1 - SUS
Consultas Especializadas / Consultas e Reconsultas / Não Faltantes, Não Cancelados, Não Desmarcados /
Ordenação: Quantidade

Especialidade		Quantidade	Vlr. Médio Unit	Valor Total	%
225120	MÉDICO CARDIOLOGISTA 225120	1.907	30,00	57.210,00	15,87 %
225155	MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	1.824	30,00	54.720,00	15,18 %
225136	MÉDICO REUMATOLOGISTA 225136	1.470	30,00	44.100,00	12,24 %
225127	MÉDICO PNEUMOLOGISTA 225127	1.219	30,00	36.570,00	10,15 %
225112	MÉDICO NEUROLOGISTA 225112	1.141	30,00	34.230,00	9,50 %
225270	MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	972	30,00	29.160,00	8,09 %
225165	MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA 225165	804	30,00	24.120,00	6,69 %
225135	MÉDICO DERMATOLOGISTA 225135	723	30,00	21.690,00	6,02 %
225275	MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA 225275	539	30,00	16.170,00	4,49 %
225265	MÉDICO OFTALMOLOGISTA 225265	433	30,00	12.990,00	3,60 %
225225	MÉDICO CIRURGIÃO GERAL 225225	355	30,00	10.650,00	2,95 %
I2881	MEDICO ENDOCRINOLOGISTA PEDIATRICO - 0 A 15	315	1,00	315,00	2,62 %
225151	MÉDICO ANESTESIOLOGISTA 225151	117	30,00	3.510,00	0,97 %
I3041	MEDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA PEDIATRICO	98	1,00	98,00	0,82 %
I2884	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA PEDIATRICA - 0	78	1,00	78,00	0,65 %
223505	ENFERMEIRO 223505	17	30,00	510,00	0,14 %
225250	MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA 225250	2	30,00	60,00	0,02 %
	Total Geral..:	**12.014**		**346.181,00**	

Relatório de Consulta Sintético - por Especialidade



Fonte: SigSaude/MV, 2021.

Importante ressaltar que as vagas durante o ano de 2020 e ate setembro de 2021, foram vagas reduzidas devido a pandemia enfrentada com o COVID-19, em outubro de 2021, cria-se a expectativa do retorno de oferta gradativamente retornando ao normal. Sendo assim a tabela abaixo ainda se encontrada com a média durante a pandemia do COVID-19.

TABELA 33 – Média de vagas agendadas mensalmente na Rede própria, período do mês de Janeiro á Junho/2021.

Especialidade	Média
Alergista	29
Anestesiologia	9
Cardiologia	218
Cirurgião Geral	170
Dermatologia	111
Endocrinologia	259
Endocrinologia pediátrica	47
Gastroenterologia	65
Gastroenterologia pediátrica	20
Neurologia	91
Oftalmologia	60
Oncologia	91
Ortopedia	156
Otorrinolaringologia	123
Pneumologia	115
Reumatologia	138

Fonte: SigSaude/MV, 2021.

As consultas especializadas que são agendadas pela Central de Especialidades para atendimento no CISCOPAR (Sede) ou em clínicas credenciadas. Contamos neste momento com 20 especialidades dentre elas:

- Anestesiologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgião Geral
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Equoterapia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Gastroenterologista
- Hidroterapia
- Nefrologia
- Neurologista
- Nutrição
- Oftamologia

- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Urologista

Atualmente, o CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná, tem 219 estabelecimentos de saúde credenciados para o atendimento de Consultas especializadas, Exames de apoio diagnóstico, procedimentos e serviços terapêuticos. São serviços que estão à disposição dos 18 municípios da 20ª Regional de Saúde em sua grande maioria instalados em Toledo.

Consultas e exames que não são disponibilizados no município de Toledo e/ou na área de abrangência da 20º Regional de Saúde, são atendidos através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Este Programa é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento. Este programa consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico, atendidos exclusivamente pelo SUS, para tratamento fora de domicílio dentro do Estado, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário.

O sistema de gerenciamento da SESA das consultas e exames ambulatoriais da Média e Alta complexidade via Sistema CARE – GSUS (Regulação Estadual). O atendimento é para todos os públicos e faixa etária, abaixo alguns atendimentos realizados através do agendamento do sistema de Regulação Estadual são:

- CONSULTA EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR (HU, SÃO LUCAS, HOSPITAL DO CORAÇÃO);
- CONSULTA EM OFTALMOLOGIA (INSTITUTO DA VISÃO, HOSPITAL DE OLHOS E PRIME);
- CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA);
- CONSULTA EM ONCOLOGIA (CEONC E UOPECCAN)
- CONSULTA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA (UOPECCAN)

4.4.1.1 Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares.

O Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, inaugurado em dezembro de 2020, está localizado na grande Vila Pioneiro próximo ao Pronto Atendimento Dr. Jorge Milton Nunes. É considerado um serviço especializado de média complexidade, possui uma equipe multiprofissional, sendo 03 fisioterapeutas e 01 enfermeira, que realiza atendimento em fisioterapia, algumas práticas integrativas e complementares e práticas desportivas para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Os atendimentos são regulamentados por meio do programa que detalha especificamente o público-alvo e fluxos que ocorrem de forma articulada com outros pontos da rede de atenção à saúde pública municipal. O Centro de Fisioterapia tem como objetivo prestar atendimento nas áreas de Fisioterapia em transtornos osteomioarticulares, Fisioterapia Infantil, Práticas Integrativas e Complementares e Práticas Desportivas, além de reabilitação a pacientes pós Covid-19. Tais práticas procuram promover um cuidado integral, levando em consideração a condição de saúde dos indivíduos no aspecto físico, mental, espiritual e social, com intervenções e reflexões que visam à recuperação, a reabilitação, o cuidado, o apoio e o suporte ao autocuidado nas atividades básicas do dia a dia, possibilitando, dessa forma, a promoção da vida, a prevenção de incapacidades e doenças crônicas e ao bem estar dos indivíduos atendidos nesse espaço.

4.5 ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A rede hospitalar de Toledo é composta por três hospitais privados. Credenciado ao Sistema Único de Saúde – SUS, temos a Casa de Saúde Bom Jesus – HOESP que é o serviço de referência da 20ª regional de Saúde. O HOESP é credenciado na média complexidade em neurologia, e alta complexidade em ortopedia. O Centro Hospitalar do Oeste - ACO/ HCO e o Hospital Dr. Campagnolo não são conveniados ao SUS e atendem somente conveniados e particulares.

O município e região aguardam a inauguração do Hospital Regional, que esta na fase final da obra, uma vez que houve diversas necessidades de reorganização. O município tem buscado junto a SESA a forma de gestão Hospitalar. Este Hospital tem como previsão para funcionamento para o ano de 2022, terá oito salas cirúrgicas, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Até dezembro de 2020 conforme CNES, o município tinha disponíveis 207 leitos gerais, sendo 117 leitos gerais no HOESP que possui atendimento ao SUS. No total de leitos gerais para atendimento ao SUS, possuímos 62 leitos SUS, que equivale á 52,99%. Do total de leitos gerais dentro do município de Toledo, apenas 29,95% é referente ao atendimento ao SUS. Importante ressaltar que este total de leitos gerais para o SUS não atende apenas o município de Toledo, e sim é referencia para os 18 municípios da 20ª Regional de Saúde.

Ainda na dinâmica dos leitos, mas agora voltado a UTI possuímos um total dentro do município de Toledo de 45 leitos de UTI, destes, 30 leitos são direcionados ao atendimento SUS, correspondente a um percentual de 66,66%. Não esquecendo que destes leitos de UTI todos são referencias para os 18 municípios da 20ª Regional de Saúde.

Nas tabelas abaixo, apresentamos o cenário do período de 2016 à 2020 com o número de leitos totais e Leitos SUS, disponíveis para o município de Toledo, conforme CNES.

QUADRO 18 – Tipos e número de leitos hospitalares totais - Toledo

Tipo de leitos	**Número de Leitos Totais**				
Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Leitos Gerais	315	322	322	322	322
UTI adulto	33	35	36	36	52
UTI infantil	01	01	0	0	0
UTI neonatal	10	10	10	11	11
TOTAL	360	369	368	369	385

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41&VMun=412770&VComp=201612- Dez/2020

QUADRO 19 Tipos e número de leitos hospitalares SUS - Toledo

Tipo de leitos	**Número de Leitos Cadastrados no SUS**				
Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Leitos Gerais	141	143	143	108	108
UTI adulto	20	20	20	20	36
UTI infantil	00	00	00	00	00

UTI neonatal	10	10	10	10	10
TOTAL	171	173	173	138	154

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41&VMun=412770&VComp=201612 -Dez/2020

QUADRO 20 - Distribuição dos leitos hospitalares no município de Toledo - 2020

HOSPITAIS	Leitos Totais		Leitos SUS	
	Gerais	UTI	Gerais	UTI
BOM JESUS/HOESP	117	32	62	30
HOSPITAL DR CAMPAGNOLO	21	8	0	0
HOSPITAL GERAL UNIMED HGU	69	5	0	0

Fonte: CNES por Estabelecimento Leitos Gerais=Cirúrgico+Clínico - dez/2020

Toledo tem, atualmente, 746 AIHs pactuadas, destas, 553 disponíveis para para HOESP e 193 para outros hospitais da região, conforme quadro abaixo.

Quadro 21 - Distribuição de AIHs do Município de Toledo – 2020

MUNICÍPIO	Nº DE AIH DISPONÍVEL
Toledo	553
Cascavel	61
Curitiba	11
Campina Grande do Sul	10
Tupãssi	10
Piraquara	04
Assis Chateaubriand	50
Nova Aurora	10
Umuarama	17
Guaíra	10
Outros	10

Fonte: 20ª Regional de Saúde. 2021

Além dos leitos disponíveis dentro do município, contamos ainda com a rede de referência Hospitalar Regional e Estadual. Alguns serviços são agendados através do Sistema MV, (20ª Regional de Saúde), via Central de Leitos (Estado), Central de Especialidades (Secretaria de Saúde do município de Toledo) e do CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná). O CISCOPAR atende aos 18 municípios pertencentes a 20ª Regional de Saúde.

O serviço de urgência e emergência é realizado pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e pelo Pronto Atendimento Municipal(PAM). Quando

necessário encaminhar o paciente para media e alta complexidade, paciente deve ser inserido na central de leitos de regulação estadual, o qual é clicado com a instituição que tiver leito disponível para receber o paciente. Os exames necessários durante a internação, nas unidades de emergência do município são realizados através do prestador CISCOPAR. Tendo diversas clínicas conveniadas para esses atendimentos.

As guias de consultas, cirurgias e exames eletivos são encaminhados nas unidades básicas de saúde do município ou na central de especialidades, para serem agendadas aos prestadores conveniados ou atendidos no serviço do município.

Quadro 22 - Hospitais e Clinicas de Referência no Estado do Paraná (atendimento SUS) – Toledo, 2016

Hospital	Município
Instituto da Visão	Cascavel
Angelina Caron	Curitiba
Pequeno Princípe	Curitiba
Hospital de Clínicas	Curitiba
Hosp. Valdemar Monastier	Curitiba
Hosp. Nossa Senhora do Rocio	Campo Largo
Uopeccan	Cascavel/Umuarama
Hosp. Nossa Senhora da Salete	Cascavel
Ceonc	Cascavel
Poliambulatório Nossa Senhora Aparecida de Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu
Hosp. Beneficente Moacir Miqueleto	Assis Chateaubriand
Hosp. Dr. Aurélio	Nova Aurora
Hospital de Olhos de Campo Largo	Campo Largo
Hospital Universitário de Cascavel	Cascavel
Clinica Renal Clin	Toledo
Centro Diagnóstico (ressonância/tomografia/mamografia)	Toledo
Unimagem (mamografia)	Toledo
Diagnose (mamografia)	Toledo
Clinica de fisioterapia Unipar (fisioterapia)	Toledo
Clinica Equilibrio (fisioterapia)	Toledo
Fisioclin (fisioterapia)	Toledo
Reab Plus (fisioterapia)	Toledo
Tolefisio (fisioterapia)	Toledo
Labclinic (exames laboratoriais)	Toledo
Analisare (exames laboratoriais)	Toledo
Neolab (exames laboratoriais)	Toledo
Unipar (exames laboratoriais)	Toledo
Bioanalise (exames laboratoriais)	Toledo)

Fonte: 20ª Regional de Saúde. 2021

4.6 VIGILANCIA EM SAÚDE

De acordo com o Ministério da Saúde, entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A PNVS- Política Nacional de Vigilância em Saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas. A Vigilância em Saúde tem na sua composição à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

4.6.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.

É um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos. Trabalha com doenças infecto-contagiosas e doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos, surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados. Inclui também o Programa Nacional de Imunização (PNI), que está descentralizado aos municípios. Com o recebimento, armazenamento, conservação, monitoramento e distribuição dos imunobiológicos utilizados no município, bem como organizar ações para atingir cobertura vacinal na população.

Como parte integrante da vigilância epidemiológica municipal encontra-se o posto de coleta e processamento de amostras de exames laboratoriais para envio ao LACEN.

Os instrumentos de mensuração utilizados no setor são dados demográficos, de mortalidade, morbidade, natalidade, vacinação e agravos.

O setor de vigilância epidemiológica conta com 12 profissionais no seu quadro de atuação, sendo 2 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo e 1 motorista. Ainda sob responsabilidade da vigilância epidemiológica 2 técnicos de enfermagem desenvolvem suas atribuições no posto de coleta de exames laboratoriais para envio de amostras ao LACEN, localizado na Unidade de Saúde Central.

4.6.2 Vigilância Sanitária e Ambiental

A Função principal da Vigilância Sanitária, além das ações já citadas anteriormente, é garantir o controle da qualidade de produtos e serviços prestados à população, através de ações integradas, considerando a amplitude do seu campo de atuação.

A Vigilância Sanitária na execução de suas atividades subdivide-se ainda em Setor de Produtos e Serviços, Alimentos, Saneamento, controle de qualidade de água, análise de projeto arquitetônico e Saúde do Trabalhador.

O Setor de Produtos e Serviços fiscaliza todo o universo de fornecedores de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde. As atribuições desse setor englobam além da fiscalização e controle sanitário das áreas físicas em que os serviços são fornecidos ou os produtos são fabricados e comercializados, o desenvolvimento de ações para a garantia da sua qualidade.

O Setor de Alimentos tem como principal atribuição à fiscalização de locais que produzem, transportem e comercializam alimentos com vistas a promover a boa prática na produção e manipulação de alimentos que possibilitem minimizar ou eliminar os potenciais riscos que a concepção ou a manipulação inadequada desses produtos e serviços podem causar ao consumidor.

O Setor de Saneamento atua em ações desenvolvidas mediante a identificação de fatores de risco, e dos agravos a saúde. (De ordem: física, química e biológica). Atuando sobre edificações, sistemas coletivos de saneamento básico (água, esgoto e resíduos sólidos), uso e parcelamento do solo, inspecionando habitações e locais de lazer como saunas e clubes, hotéis e motéis, além das condições dos ambientes em estabelecimentos comerciais, industriais e de ensino, evitando agravos provenientes de ambientes insalubres e da incorreta destinação do lixo doméstico, comercial ou industrial, e do esgoto sanitário. O Saneamento também compreende a vigilância ambiental que desencadeia um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), controle de qualidade da água e do solo, ou seja, a vigilância de fatores que podem representar risco à saúde da população, por exemplo: a água de consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos.

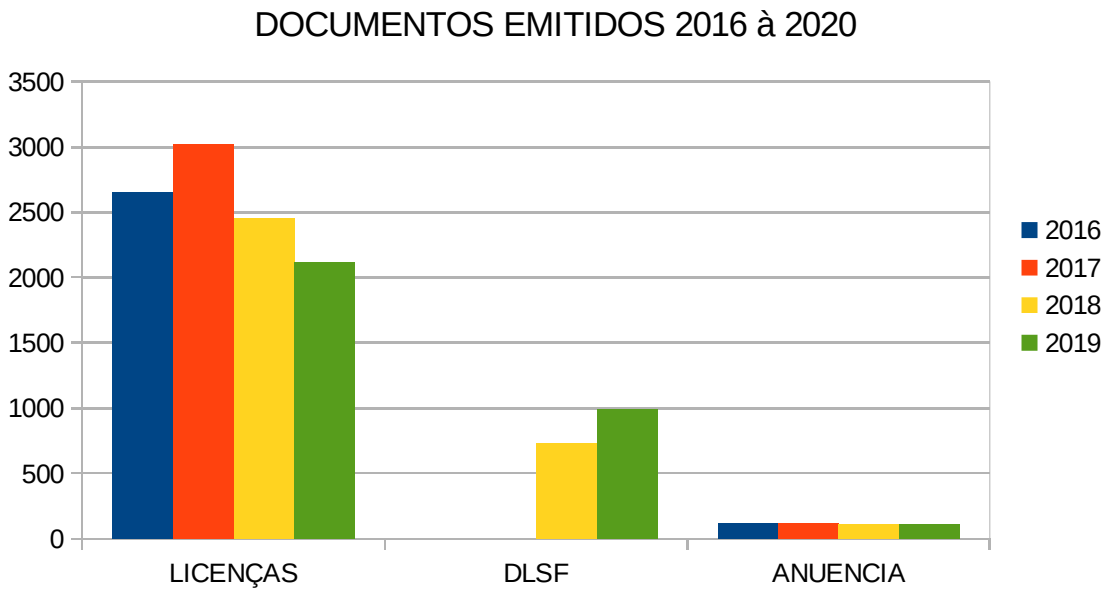
O setor de Aprovação de Projetos de Estabelecimentos de Saúde atua na análise a aprovação dos Projetos Básicos de Arquitetura (PBA), abrangendo os serviços cujas atividades econômicas se enquadram em alto risco para a Vigilância Sanitária. Além da aprovação dos projetos, é responsável pela emissão dos respectivos laudos de conclusão das obras, acompanhando também a equipe nas inspeções dos serviços.

O Setor de Trabalhador segue as metas pactuadas entre as esferas de governo, seguindo a estruturação das ações de vigilância em saúde. Este setor tem como objetivos a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a riscos em seu ambiente de trabalho. Um dos desafios deste setor é fazer com que empresas e estabelecimentos de saúde realizem corretamente as notificações de acidentes de trabalho através das CAT’s (Comunicações de Acidente de Trabalho), a fim de que se possam aprimorar as ações de prevenção e orientação no campo de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

O setor de vigilância sanitária e ambiental possui na sua equipe de trabalho 12 profissionais, desenvolvendo suas atividades em 2 turnos de trabalho. Dentro os profissionais atuantes 1 Auxiliar administrativo, 8 Técnicos

em Vigilância Sanitária, 01 Médico Veterinário, 1 Químico, 4 Enfermeiros, 2 Farmacêuticos, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Técnico em Segurança do Trabalho e 1 arquiteto.

GRÁFICO 20 - Ações realizadas pela Vigilância Sanitária no Período de 2016 – 2020



Fonte: Vigilância em Saúde, 2020

A Licença Sanitária é decorrente da solicitação do contribuinte que está realizando a abertura de estabelecimento comercial ou prestação de serviços, bem como na renovação anual de Licenças. O licenciamento no Município de Toledo atualmente atende a demanda provocada, ou seja, solicitações formais de licenciamento ou formalização de denúncia, tendo em vista que o número de profissionais em cada área de atuação não permite estabelecer rotina de ações para busca ativa de estabelecimentos sem Licença Sanitária.

As anuências em sua maioria são fornecidas em conjunto com outros órgãos da estrutura municipal, em sua maioria as Secretarias de Meio Ambiente ou Agricultura, quando o pedido requer a análise conjunta para implantação de determinada atividade. É o ato deliberativo no qual o Serviço de Vigilância Sanitária examina o objeto do pedido à luz da saúde pública.

A declaração de dispensa de licença sanitária é um documento administrativo expedido pela Vigilância Sanitária municipal que atesta que o

estabelecimento classificado como atividade econômica de baixo risco possui condições de funcionamento. Esse documento passou a ser emitido a partir de abril de 2018, com a publicação da Portaria SMS 005/2018, que entre outras providências, dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária para fins de licenciamento.

As coletas de água são realizadas por servidor da área de saneamento, Técnico em Vigilância Sanitária, em ações estabelecidas dentro do programa VIGIAGUA. As amostras coletadas em ações permanentes e são enviadas para análise objetivando estabelecer um controle da qualidade e padrão de potabilidade, visando a prevenção dos agravos transmitidos pela água.

4.6.3. Combate a Endemias

O Setor de Controle de Endemias realiza inúmeras ações no combate à doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, contando com a atuação de Agente de Combate a Endemias, que realizam trabalhos de campo com visitas diretas às residências para controle e orientação, bem como atuam em ações indiretas com a realização de palestras em escolas e estabelecimentos diversos com grande número de empregados, divulgando os programas desenvolvidos no âmbito do setor, ecopontos itinerantes, atendimentos e fiscalização de denúncias .

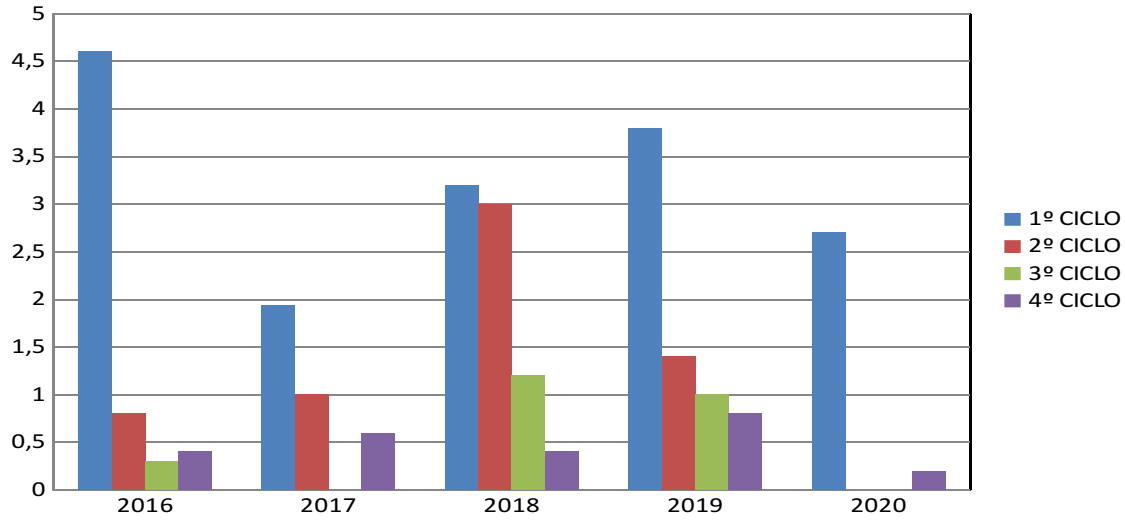
Os resultados das atividades do Combate a Endemias tem sido realizado através do LIRAa, que é o resultado do Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAa), consistindo em um mapeamento rápido dos índices de infestação por Aedes aegypti.

Os resultados são avaliados em seis ciclos realizados durante o ano o que permite a identificação dos criadouros predominantes e a verificação da situação de infestação do Município, o que possibilita direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas.

Atualmente, o município conta com 73 Agentes de Combate a Endemias desenvolvendo as ações de sua competência em todos os territórios. De acordo com o SISPNCD em 2020, eram 68.220 imóveis para serem vistoriados. Levando em consideração, o Termo de Ajuste e Conduta, firmado em 2016 entre

a 2ª Promotoria de Justiça da Comarca de Toledo e a Prefeitura de Toledo – Secretaria de Saúde e 20ª Regional de Saúde, onde se definiu 1 ACE para cada 800 a 1000 imóveis, além de um Supervisor para cada 10 ACE, um Supervisor Geral para cada 10 supervisores de área e 1 laboratorista, o município está com efetivo abaixo do que ficou estabelecido no TAC, que seria no mínimo de 85 ACE.

GRÁFICO 21 - RESULTADO DE 4 CICLOS do Levantamento de Índice Rápido para o Aedes aegypti (LIRAa) de 2016 – 2020 no município de Toledo.



Fonte: Vigilância em Saúde, 2021.

Conforme o gráfico acima, se percebe uma alta no índice em janeiro desses levantamentos, o que demonstra uma preocupação do setor e do serviço público de saúde, nesse período temos que intensificar os cuidados e as ações.

4.7 SAUDE MENTAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Toledo é composta com diferentes seguimentos da saúde. A porta de entrada é a Atenção Básica, a qual é coordenadora do cuidado da população em seu território e ordenadora da rede[9], através das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de

[9] NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE

Saúde da Família. Enquanto Atenção Especializada em Saúde Mental, existe desde 1996 no Município de Toledo, o Departamento de Saúde Mental, que atualmente, é composto por quatro serviços: Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (transtornos mentais severos e persistentes), CAPS AD (Álcool e Drogas) e CAPS i (Infanto-juvenil). Ainda sobre atendimentos especializados, através de convênio com o CISCOPAR, há atendimento no SIM PR - CAPS AD III Regional, e consultas de psiquiatria e psicologia em clínicas e/ou consultórios do CISCOPAR. Fazem parte da RAPS também os Serviços de Urgência e Emergência (UPA, PAM e SAMU), Central de Regulação de Leitos (internamentos em hospitais psiquiátricos) e Comunidades Terapêuticas.

A RAPS atua também com parcerias na atenção intersetorial, como: Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família, Secretaria da Juventude, Secretaria de Esportes e Lazer, Conselho Tutelar, Conselhos Municipais (CMS, COMAD, CMDCA, CMAS, CMPC), Centro de Socioeducação - CENSE, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público, entre outros.

Dos quatro serviços que compõe o Departamento de Saúde Mental, apenas o CAPS II e CAPS AD tem habilitação junto ao Ministério da Saúde. Neste momento o ASM está em fase de habilitação de uma Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental (tipo 3), que será formada pelo médico psiquiatra, pela assistente social, por 1 fonoaudióloga e 2 psicólogas. Após a habilitação, o Ambulatório de Saúde Mental passará a ser nomeado como Centro de Atendimento Especializado em Saúde Mental – CAESM. Enquanto isso, também o CAPS i, que iniciou seus atendimentos em 2019, está passando pelo processo de habilitação do serviço.

Os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, ou uso de crack, álcool e outras drogas, e ainda as iniciativas de reabilitação

MENTAL. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.

psicossocial[10]. A proposta terapêutica dos CAPS é estruturada a partir de um Plano Terapêutico Singular elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a Atenção Primária em Saúde do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, realização de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização.

Quanto aos dados de 2017 à 2020 que serão apresentados a seguir, se faz fundamental a observação que durante o ano de 2020, devido a Pandemia de Covid-19, por orientação do Ministério da Saúde, Notas Orientativas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná e Plano de Contingência Municipal de Toledo-Pr, foram suspensos atendimentos presenciais para casos não urgentes, assim como os atendimentos coletivos de grupos, oficinas e ações de apoio matricial. Essa situação impacta na redução do número de atendimentos de forma geral pelos serviços especializados de saúde mental. Em 2021, com o avanço da vacinação e novas orientações das esferas federais e estaduais, os serviços estão retornando de forma gradativa aos atendimentos coletivos.

Quanto aos atendimentos realizados através de Procedimentos Ambulatoriais, pelos serviços do Departamento de Saúde Mental, entre os anos de 2017 a 2020, podem ser observados os dados na tabela e gráfico a seguir, indicando uma redução no ano de 2020, exceto no CAPS infantil que estava consolidando seus atendimentos à população:

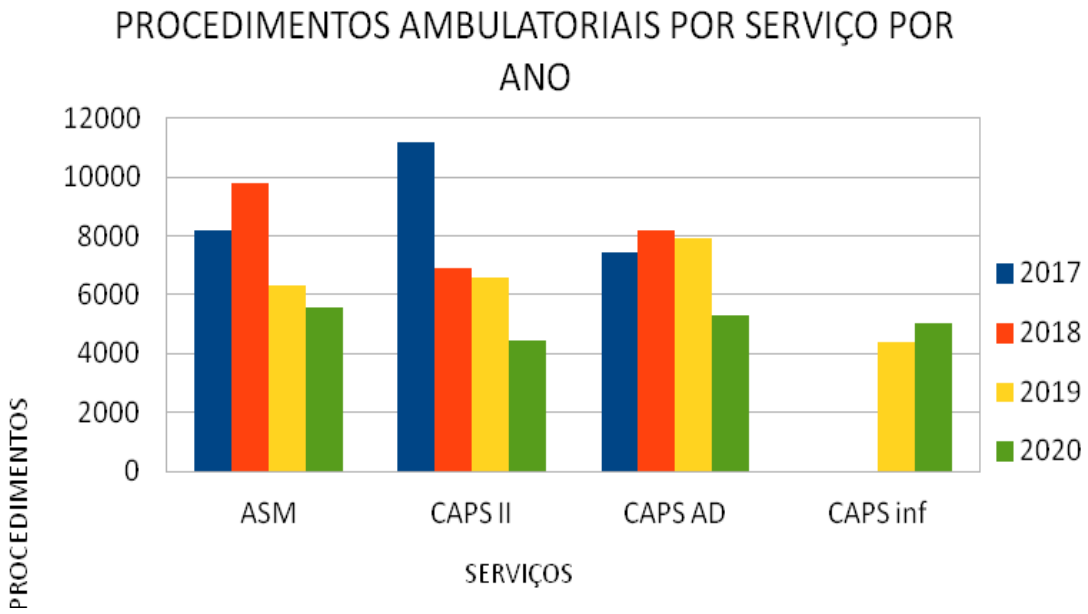
QUADRO 23 - Procedimentos Ambulatoriais por Serviço e ano

LOCAL DE SERVIÇO	2017	2018	2019	2020
ASM	8193	9788	6300	5568
CAPS II	11158	6923	6565	4463
CAPS AD	7458	8164	7935	5293
CAPS infantil	-	-	4404	5028
Total por ano	**26809**	**24875**	**25204**	**20352**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

[10] Idem referência anterior

GRÁFICO 22 – Procedimentos Ambulatoriais em Saúde Mental segundo ano e local de serviço.



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

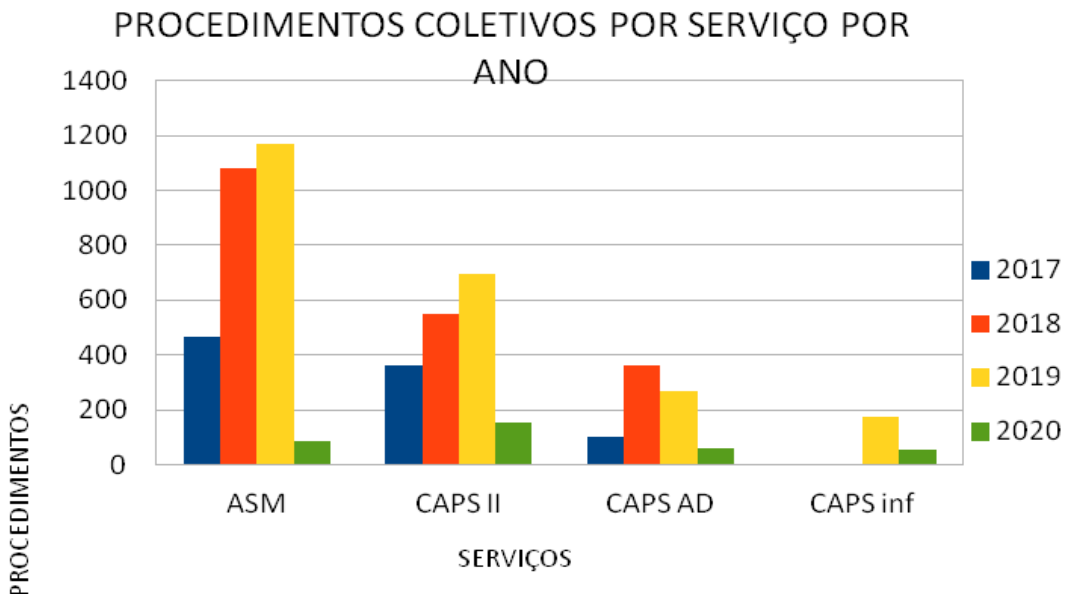
Quanto aos atendimentos realizados através de Procedimentos Coletivos, pelos serviços do Departamento de Saúde Mental, entre os anos de 2017 a 2020, podem ser observados uma redução mais significativa no ano de 2020, conforme disposto na tabela e gráfico a seguir:

QUADRO 24- Procedimentos Coletivos por local de serviço e ano.

PROCEDIMENTOS COLETIVOS POR SERVIÇO POR ANO				
	2017	**2018**	**2019**	**2020**
ASM	469	1078	1167	86
CAPS II	365	548	695	157
CAPS AD	104	361	267	61
CAPS inf	-	-	177	54
Total por ano	**938**	**1987**	**2306**	**358**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

GRÁFICO 23- Procedimentos Coletivos por local de serviço e ano.



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

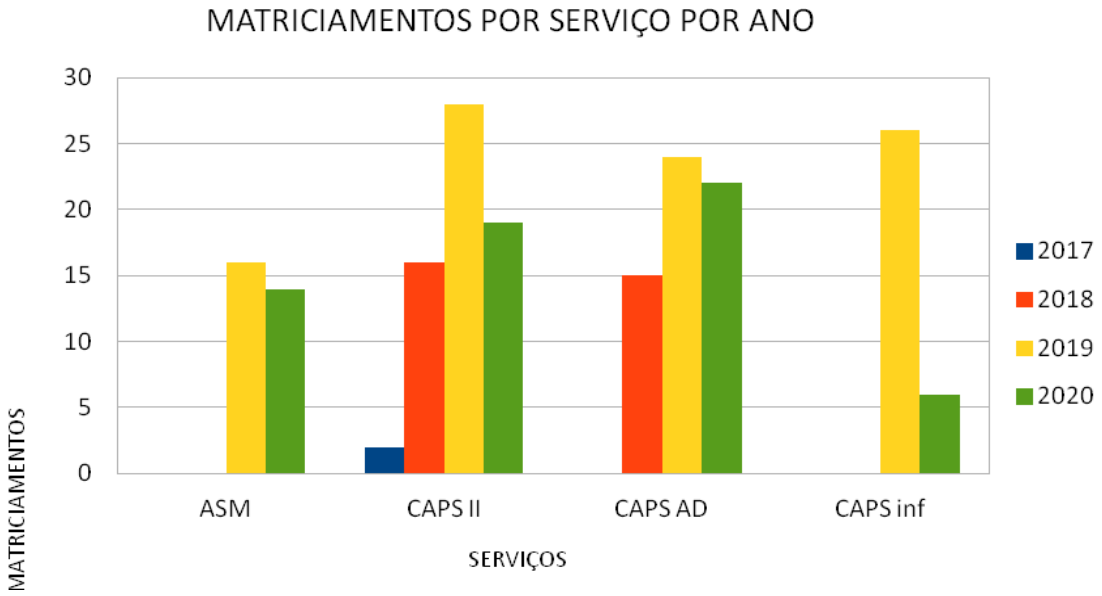
As ações de apoio matricial em saúde mental aos serviços de atenção básica também sofreram uma redução devido a restrição da pandemia Covid-19, mas ocorreram dentro das possibilidades de ambos serviços, através de discussões de caso e trabalho remoto. Cabe ressaltar que apenas dos dados registrados pelos serviços habilitados (CAPS II e CAPS AD) são validados pelo MS, totalizando 41 ações nos indicadores de saúde pactuados, contudo foram realizados um total de 61 ações na rede:

QUADRO 24- Procedimento de Matriciamento por local de serviço e ano.

MATRICIAMENTOS POR SERVIÇO POR ANO				
	2017	**2018**	**2019**	**2020**
ASM	0	0	16	14
CAPS II	2	16	28	19
CAPS AD	0	15	24	22
CAPS inf	-	-	26	6
Total por ano	**2**	**31**	**94**	**61**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

GRÁFICO 24 - Procedimento de Matriciamento por local de serviço e ano



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

O fluxo da RAPS no município de Toledo está organizado de acordo com a Linha Guia de Atenção em Saúde Mental (SESA, 2021), que identifica o risco em saúde mental (baixo, médio ou alto risco), através do instrumento Estratificação de Risco em Saúde Mental que pontua a gravidade do caso através de sinais e sintomas apresentados pelo paciente. A avaliação inicial é realizada pela Atenção Primária em Saúde, a qual mantém o monitoramento e acompanhamento de todos os casos, realizando o cuidado ao paciente de baixo risco em saúde mental, já os casos de médio risco e alto risco são encaminhados para cuidado compartilhado com os serviços especializados em saúde mental.

FIGURA 11 – Fluxo de Atendimento na RAS.



FONTE: SESA PR - 2021

Este instrumento não se aplica diante de um cenário de crise aguda em saúde mental, ou emergência psiquiátrica, como as tentativas de suicídio e surtos psicóticos, pois nestes casos deve ser adotada estratégia de abordagem adequada e correspondente à necessidade deste momento. Os casos que não estabilizam e necessitam de internamento são encaminhados para hospitais psiquiátricos através de cadastro na Central de Regulação de Leitos do Paraná, pois o município não possui leitos de saúde mental em hospital geral.

FIGURA 12 - Fluxograma atendimento eventos agudos



FONTE: SESA PR – 2021

No município de Toledo, o Ambulatório de Saúde Mental dispõe de atendimento às crianças, adolescentes, adultos e idosos, classificados na estratificação de risco em saúde mental como MÉDIO RISCO. Tais casos são compatíveis com Transtornos Mentais considerados comuns, como os quadros ansiosos, depressivos e somatoformes.

O serviço conta com equipe multiprofissional com: 1 psiquiatra, 1 clínico geral com especialização em psiquiatria, 7 psicólogos, 4 fonoaudiólogas, 1 assistente social, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenação, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos.

Há demanda reprimida no serviço do Ambulatório de Saúde Mental, que totaliza aproximadamente 884 pessoas aguardando em fila de espera para atendimento. Desse total, na data de 25 de agosto de 2021, 302 aguardam por consulta com médico psiquiatra, 309 aguardam atendimento de psicologia e 273 aguardam por fonoaudiologia.

Quanto aos atendimentos de consultas pelos profissionais de diferentes especialidades que atuam no ASM, nos anos de 2017 à 2020, podem ser observados na tabela e gráfico a seguir, que devido a pandemia ocorreu uma redução nos atendimentos em 2020, devendo ser destacado também que uma fonoaudióloga, a psicopedagoga, e a terapeuta ocupacional foram transferidas para o serviço do CAPS i no ano de 2019, mas essa última seguiu em atendimento no ASM no projeto de Puericultura em Saúde Mental. Outra queda nos atendimentos é referente ao falecimento de um psiquiatra, sendo que até o momento não ocorreu a reposição deste profissional.

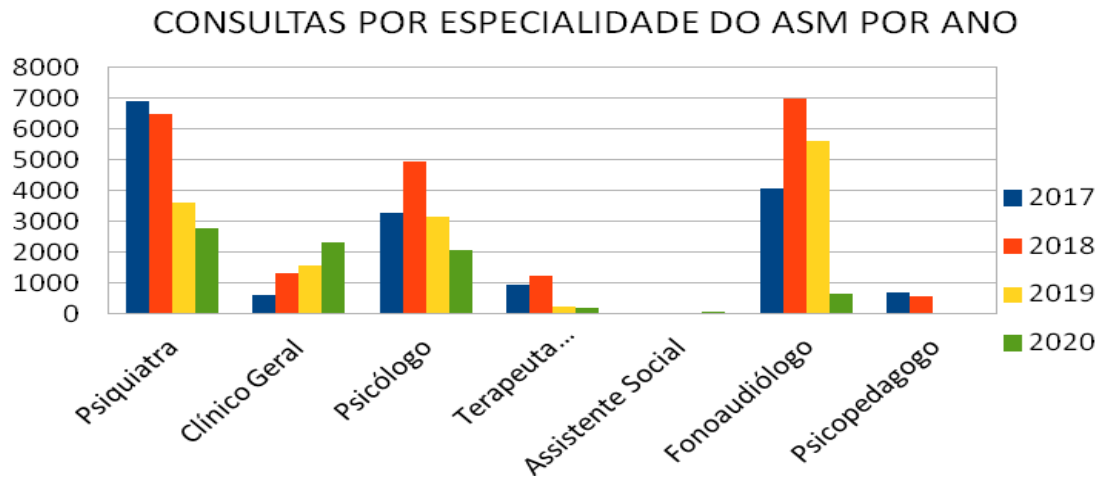
QUADRO 26 - Consultas por Especialidade no ASM e Ano

Especialidade	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Psiquiatra	6903	6475	3622	2760
Clínico Geral	589	1298	1565	2296
Psicólogo	3263	4955	3143	2044
Terapeuta Ocupacional	914	1229	238	173
Assistente Social	0	0	0	4
Fonoaudiólogo	4078	6987	5619	642

Psicopedagogo	701	547	0	0
Total	**16448**	**21491**	**14187**	**7919**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

GRÁFICO 25 – Consulta segundo especialidade, serviço e ano do Ambulatório de Saúde Mental



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

No CAPS II, são atendidos pacientes adultos, com transtorno mental severo e persistente, estratificados como ALTO RISCO em saúde mental. O serviço contem os seguintes profissionais: 1 assistente social, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médico psiquiatra, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenadora, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos.

O CAPS II tem atualmente 520 pacientes cadastrados como ativos. O serviço realiza atendimentos individuais, coletivos através de grupos e oficinas terapêuticas (jogos de mesa, arte com fios, orquídeas, pintura em MDF, lava auto, relaxamento e ansiedade, sabonete, construindo a juventude, arte terapia), atendimento à família, visitas domiciliares, atendimentos à família e atendimento com auriculoterapia como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS).

Fila de espera por acolhimento, na data de 25 de Agosto de 2021, é de 66 pacientes, sendo que o mais antigo aguarda desde maio de 2021. O acolhimento é o primeiro atendimento realizado no serviço de saúde mental, para avaliação

do caso e elaboração do PTS. Essa fila é reflexo do aumento no número de encaminhamentos ao serviço, principalmente de pacientes jovens (entre 18 e 30 anos de idade).

A estrutura física do CAPS II é mesma há 15 anos, a qual neste momento, se apresenta como insuficiente às demandas dos pacientes e equipe. O serviço possui carro próprio, que atende as necessidades de deslocamento da equipe.

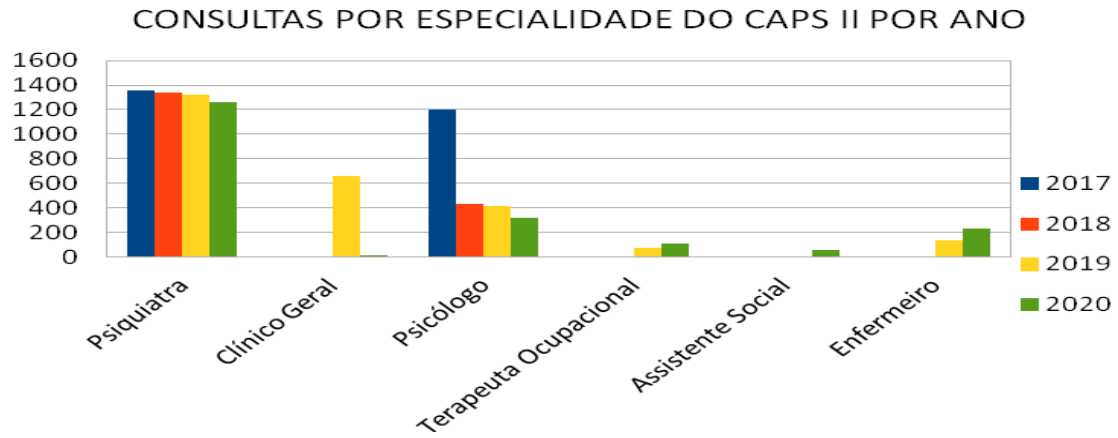
Na tabela e gráfico a seguir é possível observar a redução no número de consultas impactado pela pandemia Covid-19. Destaca-se também que um médico clínico geral atuou no serviço em 2019, deixando de compor a equipe em 2020. Outro destaque é quanto o processo de melhora no registro de consultas realizadas por todos os profissionais, os quais muitas vezes registravam seus atendimentos nos procedimentos, não sendo contabilizados como consultas nos anos de 2017 e 2018:

QUADRO 27 - Consultas por Especialidade do Caps II e Ano.

	2017	2018	2019	2020
Psiquiatra	1356	1338	1323	1265
Clínico Geral	0	1	656	16
Psicólogo	1199	436	412	323
Terapeuta Ocupacional	0	0	78	113
Assistente Social	0	0	0	60
Enfermeiro	0	0	134	236
Total por ano	**2555**	**1775**	**2603**	**2013**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

GRÁFICO 26 – Consultas segundo especialidade, serviço e ano.



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

O serviço do CAPS AD atende pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, possui como público-alvo: adultos, classificados como MÉDIO e ALTO RISCO em saúde mental. Cabe ressaltar que no período entre 2009 e agosto de 2021 também realizava atendimento à população de crianças e adolescentes com dependência química, os quais a partir de setembro de 2021 passarão a ser atendidos pelo serviço do CAPS i.

Os profissionais que atuam nesse serviço são: 2 psicólogas, 1 psiquiatra, 2 técnicos de enfermagem, 1 assistente social, 1 clínico geral, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educadora social), 2 estagiários atuando como assistente administrativo.

Atualmente, estão cadastrados em atendimento, 469 pacientes ativos. O serviço funciona em casa alugada há 12 anos, adaptada para as demandas de atendimento de CAPS, carecendo de uma sede própria. O serviço possui carro próprio, para os atendimentos em domicílio e outros descolamentos necessários.

O serviço do CAPS AD no atendimento aos dependentes químicos, realiza um trabalho singular que demanda empenho da equipe de profissionais, na atenção ao paciente e muitas vezes, apenas á família, devido resistências ao tratamento, de modo que além do tratamento voluntário, também ocorrem orientações e encaminhamentos para tratamento involuntário de desintoxicação. Para o tratamento voluntário, além do acompanhamento no serviço, pode ser encaminhado para desintoxicação no SIM PR - CAPS AD III regional, aos interessados também é possível indicação de comunidades terapêuticas que existem no município, e internamento via CRL. Todos os casos de tratamento involuntário, além de acompanhamento à família, é avaliada a necessidade de internamento de desintoxicação via CRL.

Enquanto atividades de grupos e oficinas terapêuticas, estão disponíveis pintura em tecido, pintura em mandala, filtro dos sonhos, tecidos e linhas, jogos, arte em EVA e grupo de Dança Circular como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS).

No quadro 28 e gráfico 27, é possível observar o número de consultas realizadas pelos profissionais do CAPS AD nos anos de 2017 à 2020, que

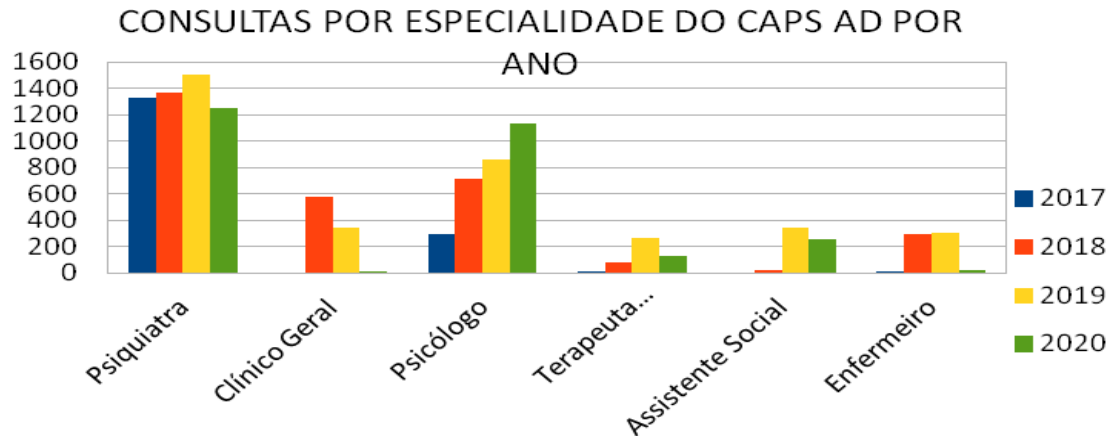
demonstram redução em 2020 devido pandemia Covid-19 e que em alguns anos o serviço não contou com a presença do clínico geral, e em 2020 estava sem enfermeiro (ambos exigidos na equipe de profissionais desse tipo de CAPS), e outros profissionais passaram a registrar de assertivamente suas consultas, em vez de registrar como procedimentos.

QUADRO 28 - Consultas por Especialidade no Caps Ad e Ano

Especialidade	2017	2018	2019	2020
Psiquiatra	1332	1367	1507	1251
Clínico Geral	0	576	342	1
Psicólogo	299	715	859	1137
Terapeuta Ocupacional	1	78	268	128
Assistente Social	0	20	340	256
Enfermeiro	5	298	307	26
Total por ano	**1637**	**3054**	**3623**	**2799**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

GRÁFICO 27 – Consultas por especialidade, serviço e ano.



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021.

O CAPS infantil atende crianças e adolescente de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, estratificados como de ALTO RISCO em saúde mental. A partir de setembro de 2021, esse serviço também atenderá os transtornos mentais incluindo os relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, com MÉDIO e ALTO RISCO em saúde mental, nos termos da legislação vigente e projeto técnico de criação do serviço.

Atualmente há 366 pacientes ativos no serviço. Há ainda 61 pacientes em lista de espera aguardando por acolhimento, que é o primeiro atendimento no serviço para definição do plano terapêutico, sendo que o paciente mais antigo aguarda desde 01 de março de 2021.

É importante ressaltar que atualmente o CAPS i é o serviço de saúde para o qual são referenciados todos os pacientes com suspeita e laudados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo que esse serviço deveria atender apenas os TEA com alto risco em saúde mental. Hoje a demanda dos pacientes autistas representa metade de todo público atendido no serviço (154 crianças e adolescentes), os quais requerem atendimentos individualizados e específicos, contando a equipe apenas com a terapeuta ocupacional, o psiquiatra, a fonoaudióloga e uma educadora social com formações especializadas para atendimento nessa área. Devido a alta demanda e falta de outros pontos de atendimento aos baixo e médio risco (como uma clínica escola, um Centro Especializado de Reabilitação - CER), há uma fila de espera pelos atendimentos de alguns desses profissionais: 50 pacientes aguardam por terapia ocupacional, 54 pacientes aguardam fonoaudiologia, e 49 pacientes aguardam psicologia.

A estrutura do serviço é própria e demanda de ampliação já preconizada no projeto técnico de implantação do serviço desde 2019, contando com um amplo terreno para essa expansão do espaço de atendimento. Outra demanda do serviço é quanto a aquisição de um carro, para facilitar o deslocamento da equipes para atendimentos e visitas domiciliares, como também estudos de caso e apoio matricial para os serviços da rede.

A equipe do CAPS i é formada pelos seguintes profissionais: 1 assistente social, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 1 fonoaudióloga, 1 psicopedagoga, 1 assistente administrativo, 2 assistentes em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenadora, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos, 1 auxiliar em serviços gerais.

São oferecidos neste serviço oficinas de artes plásticas, artesanato, artes, brinquedos e brincadeiras, filmes, games, jogos em tabuleiros, grupos psicoterapêuticos com adolescente e pais.

Na tabela e gráfico a seguir, demonstra que o serviço passa a atuar a partir de 2019. Uma informação importante a constar, que é os profissionais de nível superior, por não estar o serviço habilitado junto ao MS, foram orientados a registrar suas consultas como procedimentos, prejudicando a avaliação desses dados, contudo no ano de 2021 já retornaram os registros de forma adequada, o que possibilitará uma melhor avaliação futura.

QUADRO 29 - Consultas por Especialidade no CAPS Infantil e ano.

Especialidade	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Psiquiatra	0	0	509	764
Clínico Geral	0	0	1	0
Psicólogo	0	0	180	0
Terapeuta Ocupacional	0	0	160	0
Assistente Social	0	0	48	0
Enfermeiro	0	0	49	68
Fonoaudiólogo	0	0	222	5
Psicopedagogo	0	0	81	0
Total por ano	**0**	**0**	**1250**	**837**

FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

GRÁFICO 28 – Consultas segundo especialidade, serviço e ano.



FONTE: SIGSAÚDE, 25 de agosto de 2021

Uma necessidade, para melhorar o atendimento em todos os serviços devido aumento da demanda, é a ampliação dos profissionais que compõe a equipe, de modo a estar compatível com o previsto na Consolidação nº03/2017, quanto ao número de profissionais em equipe mínima para a jornada de 40

horas/semanais.

Periodicamente, todos os serviços recebem educação permanente, contudo, é importante viabilizar capacitações e treinamentos de forma constante aos profissionais, inclusive com o retorno das supervisões de equipe, que ajudam os serviços a identificarem suas dificuldades e potencialidades para conduzir com mais eficiência e qualidade os cuidados em saúde mental. Ressalta-se ainda que essas supervisões auxiliem nas relações interpessoais da própria equipe, ajudando dessa forma, na boa integração entre os profissionais, um melhor trabalho em equipe e na própria saúde mental dos trabalhadores.

Outro fator importante na manutenção dos serviços é o fornecimento de materiais para as oficinas terapêuticas. Essas atividades hoje são realizadas pela própria equipe técnica, contudo a contratação do oficineiros seria de grande valia para ampliar as opções de atividades, permitindo a equipe técnica, ações mais assistenciais do cuidado, como consultas, visitas e atendimentos domiciliares, e mesmo maior disponibilidade de tempo ao apoio matricial às equipes da APS.

Todos os serviços recebem visitas técnicas dos cursos de formação de técnicos em enfermagem do município e estágios do curso de graduação de psicologia da PUC. Em 2020 começaram os estágios da disciplina de psiquiatra do curso de medicina da UFPR e em 2021 começou o internato de medicina contando com os serviços do CAPS II e ASM como campos de estágio.

4.8 GESTÃO EM SAÚDE

4.8.1- Recursos Financeiros

O Financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, de acordo com a Constituição Federal de 1988. Desde a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, a União deve aplicar um montante mínimo que vem variando em consequência de sucessivos instrumentos legais. A LC nº 141/2012 regulamentou a EC nº 29, manteve a indexação à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) e, principalmente, definiu o rol de ações e serviços públicos de saúde. A modificação da condição de indexação ao PIB

para a vinculação à Receita Corrente Líquida (RCL) da União ocorreu por meio da EC nº 86, aprovada em 2015, que vinculou percentuais aos recursos para o setor. Com efetivação da Emenda Constitucional nº 95/2016, ficam congeladas as despesas do governo federal pelo período de 20 anos.

FIGURA 13 – Histórico normativo do financiamento SUS, no Brasil.



Fonte: https://slideplayer.com.br/slide/15734869/ Acesso Ago/2021.

4.8.2 - Receita da Saúde

As receitas da saúde são geridas pelo Fundo Municipal de Saúde, o qual é instituído e mantido em funcionamento pela administração direta, mediante regras, critérios e procedimentos definidos pela União. O artigo 17 da Lei Complementar 141/2012 define que o município deve manter o Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, deve informar o Tribunal de Contas a respeito da utilização dos montantes, seguindo os termos de compromisso de gestão firmados entre os entes.

Os recursos são divididos em três partes: a) receitas vinculadas a saúde (transferências); b) receita municipal referente ao mínimo obrigatório constitucional para aplicação em saúde e, por último; c) recursos próprios municipais que vão além do valor exigido no item anterior.

a) Receitas vinculadas a saúde (transferências)

Compõe o total dos recursos vinculados a saúde:

- Repasses da União;
- Repasses do Estado;
- Taxa de vigilância do Município;
- Transferências de outros órgãos como Ministério Público do Trabalho (esporádicos);
- Valores dos Consórcios que o município faz parte;
- Todas as aplicações financeiras provenientes de qualquer um destes itens aqui listados;

Por exemplo, têm-se os valores das receitas vinculadas a saúde no período do segundo quadrimestre de 2021 conforme abaixo, onde o recurso final foi de R$ 18.651.725,06.

QUADRO 30 – Demonstrativo das Receitas Vinculadas a Saúde

ORIGEM DAS RECEITAS VINCULADAS	2º QUAD. 2021
Receitas Municipais	**699.593,49**
Taxa Vigilância	699.593,49
Receitas Estaduais	**863.509,80**
Receitas repassadas pelo Estado	863.509,80
Receitas Federais	**14.481.822,65**
Recursos repassados pelo SUS	14.447.942,84
Aplicações Financeiras rec. SUS	33.879,81
Apoio Financeiro LC 173/2020	0,00
Receitas Outras	**2.606.799,12**
Aplicações Financeiras demais fontes	189.675,65
MPT 9ª Região	180.692,27
Recursos dos Municípios (CONSAMU)	2.236.431,20
TOTAL DAS RECEITAS VINCULADAS	**18.651.725,06**

Fonte: Audiência Pública 2021

b) Receita municipal mínimo obrigatório constitucional para aplicação em saúde

De acordo com a Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, o município deve aplicar anualmente, no mínimo, 15% das arrecadações dos impostos contidos nos artigos 156 e 158 da Constituição Federal. A tabela abaixo se refere ao período do segundo quadrimestre de 2021 e exemplifica o cálculo do valor obrigatório constitucional, cujo investimento mínimo para o período seria de R$ 43.282.570,27 (ou seja, 15% do Total de Receitas – item III).

QUADRO 31 – Demonstrativo da origem dos recursos que formam a base para o cálculo final dos 15% mínimos aplicados em Saúde

RECEITAS DE IMPOSTOS MUNICIPAIS LIQUIDADA (I)	**2º QUAD. 2021**
IPTU	27.851.717,14
ITBI	13.721.785,82
ISSQN	29.383.674,24
IRRF	14.038.780,76
ITR	0,00
Multas, juros de mora e out. encarg especiais de Impostos	392.444,80
Dívida Ativa dos Impostos	9.645.699,62
Multas, juros de mora e outr.encarg da Dívida Ativa	1.691.341,82
TOTAL	**96.725.444,20**
RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)	**2º QUAD. 2021**
Cota-Parte FPM (Federal)	63.865.871,97
Cota-Parte ITR (Federal)	171.728,18
Cota-Parte IPVA (Estadual)	28.231.471,40
Cota-Parte ICMS (Estadual)	98.048.990,01
Cota-Parte IPI Exportação (Federal)	1.506.962,71
Desoneração ICMS (LC 87/96)	0,00
TOTAL	**191.825.024,27**
TOTAL RECEITAS (III) = (I) + (II)	**288.550.468,47**
APLICAÇÃO MÍNIMA OBRIGATÓRIA EM SAÚDE (15%)	**43.282.570,27**

Fonte: Audiência Pública 2º Quadrimestre 2021

c) Recursos próprios municipais

A última parte das receitas são os recursos complementados pelo município e aplicados em saúde. Esse valor aplicado conforme resumo abaixo representa a aplicação do município acima dos 15% mínimos obrigatórios pela legislação. No segundo quadrimestre de 2021, o município de Toledo investiu R$ 39.909.312,02.

Por último, o total das receitas, explicadas e exemplificadas acima resultam na Total de Receita da Saúde do município do período. Veja a tabela resumo:

QUADRO 32 - Resumo de Receitas da Saúde referente ao 2º Quadrimestre de 2021.

RECEITAS DA SAÚDE DO 2º QUADRIMESTRE DE 2021	
a) Receitas vinculadas a saúde (transferências)	18.408.275,08
b) Aplicação mínima obrigatória constitucional em saúde (15%)	43.282.570,27
c) Recursos próprios municipais (Acima dos 15% da Aplicação Mínima)	39.909.312,02
TOTAL DAS RECEITAS DA SAÚDE	**101.600.157,37**

Fonte: Audiência Pública 2º Quadrimestre 2021

Então basicamente podemos dividir as receitas da Saúde em três partes:

a) Receitas vinculadas a saúde (transferências)

b) Aplicação mínima obrigatória constitucional em saúde (15%)

c) Recursos próprios municipais (Acima dos 15% da Aplicação Mínima)

O item Receitas vinculadas a saúde (transferências), depende dos repasses e transferências vinculadas a saúde por outros Entes da federação, Consórcios, Poder Judiciário, taxa de vigilância entre outros repasses.

O item Aplicação mínima obrigatória constitucional em saúde (15%) se refere ao cumprimento do artigo 7º da lei 141/2000. Na legislação estão listados os itens constantes na base de cálculo, conforme é possível verificar na tabela “Demonstrativo Da Origem Dos Recursos Que Formam A Base Para O Cálculo Final Dos 15% Mínimos Aplicados Em Saúde”. É importante ressaltar que o valor constante aqui não as receitas da Saúde, mas apenas a base de calculo para dizer quanto é o mínimo que o município deverá investir em saúde, ou seja, 15%

do “Total Receitas (III)” que na tabela referida tinha o valor nominal de R$ 288.550.468,47.

Já o item Recursos próprios municipais, são as receitas destinados as Ações e Serviços Públicos de Saúde que o poder executivo efetivamente investiu acima do mínimo obrigatório, 15%, conforme explicado no parágrafo anterior. Este valor é possível de ser calculado a partir da receita do item “b” e das receitas totais investidas em saúde com recursos próprios (em geral Fonte 000 e 303) da prefeitura municipal.

4.8.3 Despesas da Saúde

Para aplicação do mínimo constitucional em saúde além da participação da União e do estado, o município tem aplicado no período de 2016 a 2020 uma média de 28,04% de sua receita tributária, ano a ano. Conforme pode ser observado no quadro que segue.

QUADRO 33 – Histórico demonstrativo da aplicação do mínimo constitucional em Saúde no período de 2016-2020. Toledo.

Recursos	2016	2017	2018	2019	2020
Receita Resultante de Impostos	R$ 252.766.526,12	R$ 282.329.359,99	R$ 309.039.401,06	R$ 333.072.731,57	R$ 343.002.090,25
Valor Aplicado em Saúde	R$ 68.669.730,40	R$ 79.161.905,71	R$ 87.270.072,77	R$ 101.526.937,41	R$ 90.214.031,06
Percentual Aplicado	27,17%	28,04%	28,24%	30,48%	26,30%

FONTE: Relatório Financeiro – SMS, 2021

O percentual aplicado na saúde é resultante da divisão do valor total existente nas fontes de Recursos Livres (303 e 000) pelo valor arrecadado em impostos de todo o município em cada período.

QUADRO 34 – Histórico do total das despesas liquidadas e despesas per capita no período de 2016-2020. Toledo.

Recursos	2016	2017	2018	2019	2020
Total das Despesas Liquidadas	R$ 88.726.935,22	R$ 103.988.729,73	R$ 111.436.456,75	R$ 119.384.053,24	R$ 139.240.436,19
Estimativa Pop.	133.824	133.824	133.824	140.635	142.645
Despesas Per Capita	663,01	777,05	832,70	848,89	976,13

FONTE: Relatório Financeiro – SMS, 2021

A despesa per capita é calculada na divisão entre valor total das despesas liquidadas do período pela estimativa populacional do mesmo.

Em 2019 foi implantado o novo modelo de financiamento para a APS, através do programa Previne Brasil, que foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

FIGURA 14 - Componentes do Programa Previne Brasil.

Capitação ponderada	Pagamento por desempenho	Incentivo para ações estratégicas
Capitação: pagamento por pessoa cadastrada (adscrita/vinculada) em equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP). **Ponderada:** para definir o valor da transferência financeira, são aplicados pesos sobre a população cadastrada , considerando necessidades de saúde e custos assistenciais, com vistas à garantia da equidade.	Pagamento pelos resultados de indicadores alcançados pelos municípios com eSF e eAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais. O conjunto de indicadores é relacionado a áreas estratégicas e publicado em portaria.	Pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. Cada equipe, serviço ou programa tem seu regramento específico.

Fonte: Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019.

FONTE: Portaria nº 2.979/GM/MS, 2019.

Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

O previne Brasil estabelece metas que deverão ser cumpridas para o devido repasse de recursos ao município, porém devido ao contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do novo coronavírus (Covid-19), foram publicadas várias portarias com a prorrogação de prazos, considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento), para alcance de metas.

Para o ano de 2020 e 2021, foram instituídas 07 indicadores relacionados sendo eles:

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação

2.Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

3.Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico

4.Cobertura de exame citopatológico;

5.Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente

6.Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre

7.Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada;

O Estado por sua vez, propõe um financiamento na área da saúde de forma ascendente, conforme dispõe a Lei Complementar n. 141/2012: o rateio dos recursos do Estado transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

Com esse novo formato de financiamento o município, passa a se organizar para cumprir com as demandas estabelecidas através da nova legislação, haja vista que com o programa Previne Brasil a Atenção Primária à Saúde (APS) para recebimento de recursos para seu financiamento deverá levar em conta os três componentes que é a capitação ponderada (cadastro de pessoas), o pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e o incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

A proposta tem como princípio aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil começou a ser implementado em 2020.

4.8.4 Gestão do Trabalho e Educação Permanente

Os sistemas de saúde necessitam, entre outras ações, de uma força de trabalho adequada, para alcançar o objetivo de reduzir as barreiras no acesso da população à Rede de Atenção a Saúde. A disponibilidade de profissionais de saúde com competências relevantes, em número suficiente, alocados onde são necessários, motivados, envolvidos e apoiados é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde.

De acordo com a consulta do número de profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2020, o município de Toledo contava com 882 trabalhadores, das diversas ocupações atendendo no SUS. Porém os dados locais apresentados pela Secretaria de Recursos Humanos do município dão conta de 963 servidores na folha de pagamento do mês de dezembro de 2020.

Comparado ao número de servidores apresentado no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, onde se constatou em relatório referente a Set/2017 um total de 1.061 servidores, houve uma queda de 9,23%. Porém em relação a 2019 houve um aumento de 4,56%, já que em dezembro de 2019 foram registrados 921 profissionais.

Dos 963 servidores da Saúde, 307 de nível superior e 427 de nível técnico/auxiliar e qualificação elementar (agentes de saúde).

Em relação aos trabalhadores de nível técnico/auxiliar e qualificação elementar (agentes de saúde), temos um total de 656 profissionais. Deste total, 48,47% são de auxiliares e técnicos de enfermagem, 28,81% agentes comunitários de saúde + agentes de combate as endemias, 15,71% da área administrativa e 7,01% das demais categorias profissionais da saúde.

Apresentamos no quadro a seguir a relação de servidores municipais de saúde, conforme relatório apresentado ao Departamento de Gestão em Saúde para a audiência do terceiro quadrimestre de 2020, repassado pela Secretaria de Recursos humanos da Prefeitura de Toledo.

TABELA 34- Números de profissionais da área da Saúde, por tipo do cargo que ocupa no serviço público, Dez/2020.

CARGO	2020
Ag Comunitario de Saude	109
Agente de Combate As Endemias	80
Analista Em Admin e Planej I	3
Analista em Tecnologi da Informação	1
Arquiteto I	1
Assistente Em Administracao I	71
Assistente Em Desenv Social I	15
Assistente em Tecnologia da In...	3
Assistente Social I	13
Aux Em Saude Bucal T8 Esf/Esb	7
Auxiliar de Enfermagem I	44
Auxiliar Em Administração I	1
Auxiliar Em Consult Dentario I	8
Auxiliar Em Desenv Social I	1
Auxiliar Em Oper e Manuten I	3
Auxiliar Em Servicos Gerais I	41
COORDENADORES	0
Cozinheiro I	1
Digitador I	2
Diretores de Dptos da SMS.	
Enfermeiro I	58
Enfermeiro I PSS	0
Enfermeiro T8 – Esf	27
ENFERMEIRO T8 - ESF PSS	0

Farm-Bioquimico I	12
Fisioterapeuta	5
Fonoaudiologo I	6
Mécico T4- Infectologista I	1
Medico - Anestesiologista I	1
Medico - Clinico Geral I	3
MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETR...	1
Medico Clinico Geral Pss	5
MEDICO I - CIRURGIAO GERAL/AJ	1
Médico I – Clin. Geral/AJ	4
Medico I - Endocrinologista/Aj	1
Médico I - Gastroenterologista/AJ	1
Medico T4 – Cardiologista	2
Medico T4 - Clinico Geral	34
Medico T4 – Dermatologista	1
Medico T4 – Endocrinologista	1
Medico T4 - Ginecolog/Obstetra	8
Medico T4 – Neurologista	1
Medico T4 – Oftalmologista	1
Medico T4 – Ortopedista	3
Medico T4 – Otorrinolaringolog	1
Medico T4 – Pediatra	12
Medico T4 – Pneumologista	1
Medico T4 – Psiquiatra	4
Medico T4 – Radiologista	1
Medico T4 – Ultrassonografista	**1**
Medico T4 I Cirurgiao Geral	1
Medico T6 - Clinico Geral I	14
Médico T6 - Clínico Geral PSS	2
Medico T6 - Ginecologista/Plan...	1
Medico T6 - Pediatra I	5
Medico T6 - Pediatra/Plantonis...	2
Medico T6 Clínico Geral /Plant...	3
Medico T8 – Esf	17
Medico Veterinario I	1
Motorista I	24
Nutricionista I	3
Odontólogo ESF - ESB I PSS	0
Odontologo Esf-Esb I	5
Odontologo I	17
ODONTÓLOGO I PSS	0
Operador de Equipamentos I	2

Professor I – Equiparado	1
Psicologo I	14
Quimico I	1
Secretario da Saude	1
Tec Desportivo I	1
Tec Em Enfermagem I	143
Tec Em Enfermagem T8-Esf	53
Tec Em Hig Dental I	8
Tec Em Radiologia I	1
Tec Em Radiologia T24 I	7
Tec Em Seg Trabalho I	1
Tec Em Vig Sanitaria I	10
Tec Lab An Clinicas I	2
Técnico de Enfermagem I PSS	17
Tecnologo Em Saneam I	0
Telefonista I	1
Terapeuta Ocupacional I	4
TOTAL GERAL	**963**

FONTE: Site da Prefeitura/Portal da Transparência. Janeiro/2021.

TABELA 35 - Número de profissionais por tipo de ocupação

	Tipo de Ocupação	**3º Quad.**
01	01-VINCULO EMPREGATICIO / 01-ESTATUTARIO EFETIVO	747
03	01-VINCULO EMPREGATICIO / 02-EMPREGADO PUBLICO CELETISTA /	216
08	01-VINCULO EMPREGATICIO / 04-CARGO COMISSIONADO	0
	TOTAL	**963**

FONTE: Secretaria de Recursos Humanos. Janeiro/2021.

Destaca-se que o número de diretores (cargo comissionado) do relatório de servidores, que foi nos enviado pela Secretaria de Recursos Humanos, constava 0 (zero) nesse item. Esse relatório utilizou como base a folha de pagamente referente ao mês de dezembro de 2020, porém até o mês de novembro constava 11 (onze) cargos comissionados. Sendo dos seguintes Departamentos:

Diretor de assistência farmacêutica

Secretario da Saúde

Diretor Depto da Rede de Atenção as Urgências e Emergências

Diretor Departamento Vigilância Em Saúde

Diretor Departamento Administrativo e Financeiro

Diretor da Rede de Atenção Especializada
Diretor de Gestão Em Saúde
Diretor Departamento da Rede de Atenção Primária em Saúde
Coordenação Técnica em Programa da Assistência Farmacêutica
Coordenação Ambulatório Saúde Mental
Coordenadora Caps i

Nesta lista não consta a Direção de Atenção a Rede de Saúde Mental, pois era ocupada por uma servidora de carreira.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2020, em relação ao número de trabalhadores de ocupações em geral classificados por tipo de gestão, 51,57% estão sob a gestão municipal, os demais são da gestão dupla ou Estadual, chegando a 1.710 trabalhadores realizando atendimento no SUS.

No que se refere à formação/qualificação da força de trabalho no SUS o município segue o Planejamento da Regional de Saúde com grande parte das demandas por formação dos profissionais. A qualificação da SESA-PR se fundamenta na Educação Permanente em Saúde (EPS) de acordo com a lógica da ESPP e o CFRH que são unidades da SESA, em suas vertentes de formação onde planejam, articulam e coordenam os processos de EPS, voltados para trabalhadores já inseridos no SUS, com foco educacional nos processos de trabalho de acordo com análise de situação de saúde, a realidade regional e o princípio da integralidade da atenção, assistência e gerência.

TABELA 36– Dados relacionados as Capacitações realizadas em 2019 e 2020

ANO	Nº DE CURSOS REGISTRADOS	Nº DE TURMAS	Nº DE PARTICIPANTES
2019	43	74	773
2020	24	43	353

FONTE: Depto de Gestão – SMS 2021.

Nos últimos anos houve muitas capacitações oferecidas pela Escola de Saúde Pública do Paraná e também por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde conforme demandas municipais. No quadro acima se observa uma

baixa significativa dos cursos ofertados e organizados de 2019 para 2020. Vale destacar que com o aumento de oferta dos cursos online, como medida para o enfrentamento da situação de pandemia, muitas capacitações/cursos foram realizados, porém não registrados no Setor responsável.

Com a pandemia houve uma preocupação em atender as demandas de atendimento e enfrentamento em detrimento da organização de algumas ações que a princípio deveriam ser suspensas, como o caso dos cursos na modalidade presencial.

O processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva, onde os diversos atores (trabalhadores, usuários e gestores) possam compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir ideias e conceitos sobre saúde.

Nesse sentido a Educação Permanente em saúde, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes" (VASCONCELOS et al., 2009, p. 20; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

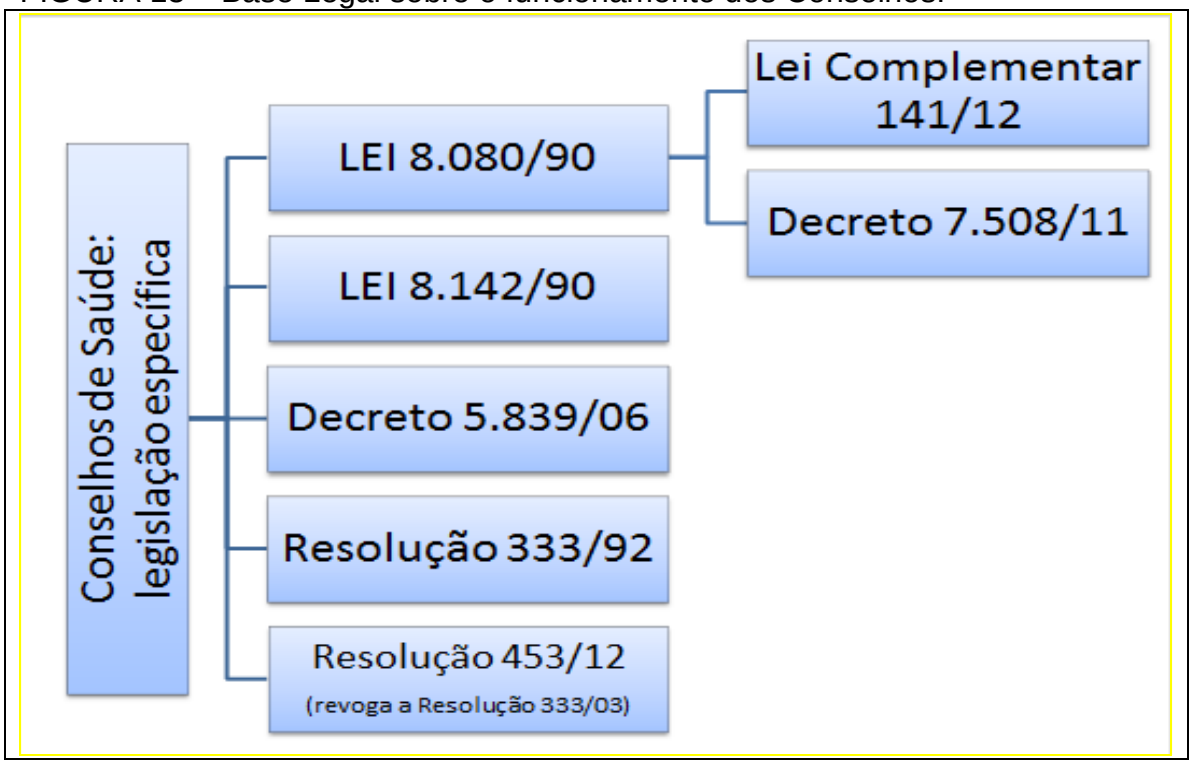
Desta forma, a organização de espaços de educação permanente, não necessita necessariamente de um setor para sua execução, exceto quando a demanda envolve todas as áreas da saúde ou determinados assuntos que precisam ser compartilhados com todos os profissionais da área de saúde.

4.8.5 Participação e Controle Social

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 453 (2012), “os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde”.

FIGURA 15 – Base Legal sobre o funcionamento dos Conselhos.



FONTE: Conselho Nacional de Saúde. 2016.

A gestão participativa , que é uma das políticas do Sistema Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, traz em sua base além de outros Princípios e Diretrizes, a Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo ampliando a verbalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

A gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao

controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, é um dos componentes dessa política e tem como uma estratégia a construção do ParticipaSUS, que é um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros.

Em Toledo, o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei nº 1.642, de 06 de maio de 1991, em caráter permanente, sendo um órgão consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde. Em 1993, ocorreu a primeira reestruturação através das leis nº 1.736/1993 e modificada pela lei nº 1.757/1993 sendo estas consolidadas pela Lei 2.094/2012 e, por fim, alterada pela lei nº 2.279, de 26 de fevereiro de 2019.

Obedecendo a paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/1990, o Conselho deve ter composição paritária entre os seus representantes, sendo: 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviços conveniados ao SUS e 12,5% de gestores da saúde.

Conforme a lei municipal nº 2.279/2019, no seu art. 4º trás o seguinte texto, que trata sobre a composição do mesmo:

> "Art. 4º − O Conselho Municipal de Saúde de Toledo é composto por representação paritária, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes de entidades de usuários de serviços de saúde, 25% (vinte e cinco por cento) de gestores de órgãos públicos de saúde e prestadores de serviços de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de entidades e órgãos de trabalhadores de saúde vinculados ao SUS, totalizando 20 (vinte) membros titulares e 20 (vinte) membros suplentes, indicados e eleitos em Conferência Municipal de Saúde.
>
> § 1º − A participação de órgãos, entidades, organizações da sociedade civil e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito do Município, de acordo com as especificidades

> locais, aplicando o princípio da paridade, contemplando, dentre outros, os seguintes subsegmentos dentro do segmento: I – representantes de associações de pessoas com deficiência; II – representantes de entidades de defesa do consumidor; III – representantes de associações ou organizações de moradores; IV – representantes de entidades não-governamentais (ONGs); V – representantes de entidades de movimentos sociais e populares organizados (movimentos de mulheres, negros, LGBT e outros); VI – representantes de entidades de aposentados e pensionistas; VII – representantes de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; VIII – representantes de entidades ambientalistas; IX – representantes de entidades religiosas; X – representantes de associações e movimentos sociais de portadores de patologias e outras; XI – representantes de observatórios sociais.
>
> § 2º − A participação de entidades de trabalhadores da área de saúde processar-se-á conforme os seguintes subsegmentos: I – trabalhadores da área de saúde, compreendendo associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas; II – comunidade científica; III – entidades públicas, hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento.
>
> § 3º − A participação de entidades de prestadores de serviços da área de saúde compreenderá representantes dos prestadores de serviços de saúde privados com e/ou sem fins lucrativos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).
>
> § 4º − A participação da gestão da área de saúde compreenderá representantes da Secretaria Municipal da Saúde e da 20ª Regional de Saúde" (TOLEDO, 2019)."

Em 2019 foi realizado a XV Conferência com o tema: "Democracia e Saúde", com 94 participantes. Nesta conferência foram discutidas 174 propostas das quais se aprovou 113 proposições. Tendo em vista que a elaboração do plano seria para o período de 2022 a 2025, o Conselho Municipal de Saúde, realizou uma plenária para discussão e atualização do relatório da XV conferência Municipal de Saúde, com relação às propostas aprovadas.

Neste sentido, de acordo com a Ata 04/2021 na linha trezentos e sessenta e um, das 113 (cento e treze) propostas foram 20 (vinte) excluídas, sendo

homologadas 93 (noventa e três) propostas, as quais seguem no anexo 01, que serão incluídas neste Plano Municipal de Saúde. A gestão do Conselho Municipal de Saúde é renovada a cada 4 anos na Conferência Municipal de Saúde.

QUADRO 35 - Produção do Conselho de Saúde em 2019 e 2020, Toledo - PR

DEMANDAS	2019	2020
Reuniões Ordinárias	10	06
Reuniões Extraordinárias	02	11
Resoluções	27	22
DECRETOS	00	02
Ofícios enviados	127	117
Ofícios recebidos	136	153
PRÉ-CONFERENCIAS	07	00
CONFERÊNCIAS	01	00

FONTE: Relatório do CMS, 2020.

O Conselho Municipal de Saúde tem espaço físico próprio, uma secretária executiva que é servidora municipal, cedida pela Secretaria Municipal de Saúde para atendimento das demandas administrativas do CMS. O mesmo reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada, conforme previsto em legislação.

Além das ações realizadas, conforme apresentado no quadro 35, os membros do CMS também atuam em diversas comissões estabelecidas pelo próprio Conselho, como também por órgãos do serviço Público. Em 2020, de acordo com relatório apresentado pela secretaria executiva, o Conselho participava em 19 comissões.

Quadrimestralmente o CMS acompanha as ações realizadas pela Secretaria de saúde através das audiências públicas quadrimestrais, em cumprimento da Lei Complementar 141/2012, a qual é apresentada em reunião extraordinária ao CMS e posteriormente na Câmara Municipal de vereadores aberta a população de uma forma geral.

4.8.6 Ouvidoria

A Ouvidoria Geral de Saúde – SUS/PR é um Instrumento de Gestão e Cidadania, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem

ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. A ouvidoria é um instrumento da gestão para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS. Na Ouvidoria recebemos solicitações, denúncias, reclamações, sugestões e elogios.

O município de Toledo possui ouvidoria municipal do SUS ligada a Ouvidoria Geral do SUS no Paraná, a qual foi instituída pelo DECRETO Nº 884, de 26 de abril de 2016

A Secretaria de Saúde do Município utiliza um sistema de informação para o processamento das manifestações da ouvidoria, sendo este, o Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – SIGO, onde as demandas recebidas pela Ouvidoria são registradas, sendo gerado um número de protocolo que é passado ao cidadão para que caso deseje, acompanhe o andamento da demanda. O Sistema possibilita a inclusão, encaminhamento, recebimento e resposta às manifestações, sendo também possibilitado o encaminhamento de demandas pertinentes a cada setor via sistema de informação, bem como o retorno das providencias e respostas, desburocratizando o serviço.

O cidadão pode entrar em contato com a Ouvidoria por meio do telefone 45 3378-8688, por mensagem de WhatsApp pelo número 45 9 9973-6884, presencialmente à Rua Carmelita Nodari, 132 – Toledo/PR. Estes são canais onde o usuário pode manifestar suas reclamações, sugestões e elogios, além de solicitar informações. Além dos canais diretos citados acima, o cidadão pode utilizar o telefone 156 da Ouvidoria Geral do Município ou o E-Ouve no portal do Município para registrar sua demanda, que será igualmente encaminhada a esta Ouvidoria. Os atendimentos presenciais ocorrem de segunda a sexta das 8h às 12h00 e das 13h30 às 17h30, exceto feriados. Importante ressaltar que o contato telefônico também funciona de segunda a sexta-feira. Além desses períodos, o acesso a Ouvidoria deve ser realizado via internet, por meio do WhatsApp.

QUADRO 36: Número de Atendimentos da Ouvidoria do Municipal do SUS

ANO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS
2017	329
2018	678
2019	1035
2020	1199

Fonte: SIGO (Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias). 2021

5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Tendo em vista a elaboração da analise situacional e epidemiológica do município de Toledo, passamos a apresentar as Diretrizes, objetivos, metas e indicadores que farão parte deste Plano e base para o desenvolvimento da politica de saúde para o quadriénio 2022-2025. Importante destacar os significados destes termos, que farão parte do dia a dia da execução do presente plano.

✓ Diretrizes — Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.

✓ Objetivos — Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

✓ Metas — Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

✓ Indicadores — Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025

DIRETRIZ 1: IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Objetivo 1: Proporcionar saúde individual e coletiva à população, através de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ampliando e fortalecendo as equipes que atuam na atenção primária em saúde e sua articulação com os demais serviços da rede de saúde.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1- Atingir 90% da Cobertura Populacional da Atenção Básica, até 2025	1.1.2- Percentual de Cobertura Populacional da Atenção Básica	84,47	2020	Percentual	90	Percentual	85,85	87,23	88,61	90
1.1.2- Realizar o cadastramento de 90% da população pelas Equipes de Atenção Primária em Saúde, até 2025	1.1.2- Percentual de cadastramento realizados da população, pelas equipes de Atenção Primária em Saúde	74,80	2020	Percentual	90	Percentual	78,60	82,40	86,20	90
1.1.3- Ampliar 2 grupos por ano junto à população de seus territórios,	1.1.3- Número de grupos formados e executando atividades voltadas	1	2020	Nº absoluto	8	Nº absoluto	2	2	2	2

para executar atividades voltadas ao controle do tabagismo.	ao controle do tabagismo									
1.1.4- Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil[11]	1.1.4- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil	70,98	2020	Percentual	85	Percentual	85	85	85	85
1.1.5- Implantar equipes multidisciplinares de apoio às equipes de APS	1.1.5- Numero de equipes multidisciplinares de apoio às equipes de APS implantadas	0	2020	Nº absoluto	2	Nº absoluto	0	1	0	1
1.1.6- Realizar 84%, de consultas para acompanhamento do paciente com HAS na APS, até 2025.	1.1.6- Percentual de pacientes HAS que realizaram no mínimo 1 consulta ao ano, por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico. (CIAP e CID)	84%	2019	Percentual	84	Percentual	81	82	83	84

[11] Antigo Programa Bolsa Família do Governo Federal

1.1.7- Realizar 84% de consultas para acompanhamento do paciente com DM na APS até 2025.	1.1.7- Percentual de pacientes DM que realizaram no mínimo 1 consulta o ano por 2 anos consecutivos na APS, após diagnóstico.	84%	2018	Percentual	84	Percentual	81	82	83	84
1.1.8- Realizar a identificação do Índice de Massa Corporal de 50% da população, até 2025.	1.1.8- Percentual da população com IMC identificado	33,71[12]	2019	Percentual	50	Percentual	37	42	46	50
1.1.9- Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura por DCNT (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer,	1.1.9- Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas- DCNT)	324,54	2020	Taxa	318,04	Taxa	322,91	321,29	319,67	318,04

[12] População com IMC realizado no ano de 2019 (47.407), pela população do ano de 2019 (140.635).

diabetes e doenças respiratórias crônicas- DCNT), até 2025.										

DIRETRIZ 2: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Objetivo 1: Organizar e qualificar o cuidado à Saúde da Mulher e da Gestante

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1- Implementar a linha guia materna nas unidades básicas de saúde.	2.1.1- Percentual de unidades básicas de saúde com linha guia materna implementada	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.2- Estratificar 100% das gestantes, conforme linha guia materna, anualmente.	2.1.2- Percentual de gestantes estratificadas	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.3- Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal	2.1.3- Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	93,17	2020	Percentual	95	Percentual	93,5	94	94,5	95

2.1.4- Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% das puérperas até o 5° dia pós parto	2.1.4- Percentual de visitas realizadas à puérpera, até o 5º dia pós parto.[13]	1,06	2020	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5
2.1.5- Alcançar no mínimo 50% de consultas puerperais em até 42 dias após o parto, até 2025.	2.1.5- Percentual de gestantes com consulta puerperal realizadas em até 42 dias.	41,88	2020	Percentual	50	Percentual	43,91	45,94	47,97	50
2.1.6- Atingir 0,56 de razão na realização de exames citopatológico em mulheres de 25 – 64 anos	2.1.6- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	0,39	2020	Razão	0,56	Razão	0,43	0,47	0,51	0,56
2.1.7- Aumentar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária a cada 2 anos.	2.1.7- Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,38	2020	Razão	0,53	Razão	0,41	0,45	0,49	0,53
2.1.8- Manter acima de 36% o percentual de parto normal.	2.1.8- Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde	36,41	2020	Percentual	36	Percentual	36	36	36	36

[13] (consulta domiciliar, procedimento/Técnico e visita ACS)

	Suplementar									
2.1.9- Zerar o número de óbitos maternos até 2025	2.1.9- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2	2020	Nº absoluto	0	Nº absoluto	2	1	1	0
2.1.10- Ampliar o percentual de atendimento das gestantes em primeira consulta odontológica programática.	2.1.10- Percentual de gestantes atendidas em primeira consulta odontológica programática.	40,65	2020	Percentual	50	Percentual	42	44	47	50

DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO Á SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Objetivo 1: Organizar e qualificar o cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
3.1.1- Implementar a linha de cuidado da saúde da Criança nas unidades básicas de saúde	3.1.1- Percentual de unidades básicas de saúde com linha guia da Saúde da Criança implementada	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.2- Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% dos	3.1.2- Percentual de recém nascidos com visita realizada até o	0,40	2020	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5

recém-nascidos até o 5° dia após o nascimento	5º dia.[14]									
3.1.3- Realizar 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	3.1.3- Percentual de crianças com 7 consultas de puericultura realizadas do Ano Anterior.	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.4- Manter abaixo de 5% o número de crianças menores de 02 anos com atraso vacinal	3.1.4- Percentual de crianças abaixo de 02 anos com atraso vacinal	-	-	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5
3.1.5- Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência	3.1.5- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	7,1	2020	Percentual	9,99	Percentual	9,99	9,99	9,99	9,99
3.1.6- Manter a adesão ao PSE nos 4 anos de vigência deste Plano Municipal de Saúde	3.1.6- Estar aderido ao PSE	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
3.1.7- Manter em 1 digito a taxa de mortalidade infantil.	3.1.7- Taxa de mortalidade infantil	7,59	2020	Taxa	9	Taxa	9	9	9	9

[14] (consulta domiciliar, procedimento/Técnico e visita ACS).

3.1.8- Ofertar anualmente, no mínimo 1 consulta odontológica, por ano, para crianças e adolescentes.	3.1.8- Percentual de crianças e adolescentes com, no mínimo, uma consulta odontológica	11,5	2019	Percentual	12	Percentual	12	12	12	12
3.1.9- Realizar capacitação às equipes de ESFs e EAPs, quanto a saúde nutricional para crianças e adolescentes	3.1.9- Número de capacitações realizadas	00	2021	Nº absoluto	8	Nº absoluto	2	2	2	2
3.1.10- Acompanhar 30% das crianças em idade escolar (0 a 10 anos) identificada em situação de sobrepeso e obesidade do Território assistido, matriculadas na Rede Municipal de Ensino.	3.1.10- Percentual de crianças acompanhadas, em situação de sobrepeso e obesidade, matriculados na Rede Municipal de Ensino, do Território assistido.	2.334[15]	2019	Percentual	30	Percentual	30	30	30	30
3.1.11- Promover ações de	3.1.11- Número de ações de	00	2020	Nº absoluto	5	Nº absoluto	5	5	5	5

[15] Numero referente ao público identificado.

qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	qualificação promovidas									
3.1.12- Reduzir em 80% o número de crianças aguardando em fila de espera para acolhimento do CAPS i, até 2025.	3.1.12- Número de crianças, aguardando em fila de espera para acolhimento.	118	Set 2021	Nº Absoluto	24	Nº Absoluto	94	71	48	24
3.1.13- Reduzir em 60% o número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria no	3.1.13- Número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria	399	Dez 2020	Nº Absoluto	159	Nº Absoluto	339	279	219	159

Ambulatório de Saúde Mental, até 2025.										

DIRETRIZ 4: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE DO IDOSO										
Objetivo: Promover e implementar ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população idosa, visando a integralidade do cuidado.										
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
4.1.1- Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur, em pessoas idosas	4.1.1- Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, por fratura de fêmur	22,79	2020	Taxa	22,99	Taxa	22,99	22,99	22,99	22,99
4.1.2- Atender com 1 consulta, no mínimo, 78,94% da população idosa até 2025	4.1.2- Percentual de idosos com no mínimo 1 consulta ao ano	68,94	2020	Percentual	78,94	Percentual	71,44	73,94	76,44	78,94
4.1.3- Realizar atividades coletivas com a população idosa, dos territórios de	4.1.3- Número de atividades Coletivas realizados pelas equipes de saúde	00	2020	Nº absoluto	50	Nº Absoluto	50	50	50	50

atuação das equipes de saúde.[16]										
4.1.4- Vacinar 90% da população acima de 60 anos contra a Influenza	4.1.4- Proporção da população acima de 60 anos vacinadas	137,48	2020	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90

DIRETRIZ 5: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO Á SAÚDE DO HOMEM

Objetivo 1: Promover e implementar ações de prevenção e promoção à saúde do Homem

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1- Atingir 40% pré-natal do parceiro conforme protocolo vigente na rede municipal, até 2025	5.1.1- Percentual de pré natal do parceiro realizado (Pré do parceiro/Nascidos vivos)	14,58	2019	Percentual	40	Percentual	20,58	27	33,50	40
5.1.2- Realizar ações coletivas referente a Saúde do Homem.	5.1.2- Quantidade de ações coletivas realizadas por ano.	1	2021	Nº absoluto	1	Nº absoluto	1	1	1	1

[16] No mínimo 2 atividades coletivas anuais por UBS.

DIRETRIZ 6: IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO Á PESSOA COM DEFICIÊNCIA										
Objetivo 1: organizar e qualificar os pontos de atenção à pessoa com deficiência, promovendo a sua articulação no desenvolvimento do cuidado e atenção integral dessa população, tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária em Saúde										
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
6.1.1- Realizar oficina de capacitação sobre a atenção em saúde da Pessoa com Deficiência	6.1.1- Número de Unidades com profissionais capacitadas	00	2021	Nº absoluto	16	Nº absoluto	4	4	4	4

DIRETRIZ 7: FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA REDE SAÚDE BUCAL										
Objetivo: Promover a ampliação da atenção a saúde Bucal, voltadas integralidade da atenção, à qualificação das práticas e à gestão do cuidado, de forma a promover a resolubilidade dos serviços prestados e o acesso com equidade.										
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
7.1.1- Atingir 30% de cobertura populacional estimada de Saúde Bucal, até 2025.	7.1.1- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	18,71	2021	Percentual	30	Percentual	24	26	28	30

7.1.2- Aumentar o número de atendimentos para o Centro Especializado Odontológico/CEO as pessoas com deficiência.	7.1.2- Número de Atendimentos no CEO, para atendimento de pessoas com deficiência	21	2021	Nº absoluto	27	Nº absoluto	23	24	26	27
7.1.3- Reduzir o percentual de exodontia em relação aos demais procedimentos.	7.1.3- Proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos	6,67	2020	Percentual	3	Percentual	6	5,5	4,5	3
7.1.4- Realizar 170 ações coletivas da escovação dental supervisionada (nas Escolas Municipais)	7.1.4- Número de ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas	146	2019	Nº absoluto	170	Nº absoluto	35	40	45	50
7.1.5- Aumentar a cobertura de primeira consulta odontológica programática.	7.1.5- Cobertura da primeira consulta odontológica programática	1,31	2020	Percentual	10	Percentual	3,5	5,5	7,5	10
7.1.6- Atingir anualmente a razão de 1 entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	7.1.6- Razão entre tratamento odontológico concluído e primeira consulta odontológica programática	1,53	2020	razão	1	1	1	1	1	1
7.1.7- Realizar anualmente 10 atividades educativas,	7.1.7- Número de atividades educativas realizadas	12	2019	Número absoluto	40	Nº absoluto	10	10	10	10

com orientações à população, visando o diagnóstico precoce do câncer de boca										

DIRETRIZ 8: INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo 1: Realizar a prevenção e promoção da Saúde, por meio das ações da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Ambiental e Endemias, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos, de forma integrada com os demais serviços da Rede de Atenção a Saúde.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
8.1.1- Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	8.1.1- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) Investigados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
8.1.2- Atingir 100% da proporção de registro de óbitos com causa básica definida	8.1.2- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,90	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
8.1.3- Alcançar, em pelo menos 75% de cobertura das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de	8.1.3- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de	75	2020	Percentual	75	Percentual	75	75	75	75

Vacinação para crianças menores de dois anos de idade	dois anos de idade - Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada									
8.1.4- Encerrar 100% de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação	8.1.4- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
8.1.5- Atingir 90%, a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, até 2025	8.1.5- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	76,90	2020	Percentual	90	Percentual	80,1	83,37	86,63	90
8.1.6- Manter em 0 a incidência de aids em menores de 5 anos	8.1.6- Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	0	2020	Nº absoluto	0	Nº absoluto	0	0	0	0
8.1.7- Manter em zero o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	8.1.7- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2020	Nº absoluto	0	Nº absoluto	0	0	0	0
8.1.8- Realizar no mínimo 4 (quatro)	8.1.8- Número de ciclos que atingiram	0	2020	Nº absoluto	4	Nº absoluto	4	4	4	4

ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura dos imóveis, para controle da dengue	mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue									
8.1.9- Realizar 100% de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	8.1.9- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
8.1.10- Realizar 100% ao ano da proporção de análises programadas, das amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	8.1.10- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	101,94	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
8.1.11- Realizar 100% do atendimento das denúncias/reclamações recebidas sobre o setor regulado.	8.1.11- Percentual de atendimento as denúncias/reclamações sobre Setor Regulado	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ 9: PROMOÇÃO DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo 1: Promover a educação permanente entre os profissionais de saúde, usuários e a comunidade, realizando o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos, assegurando assim, o uso racional de medicamentos na perspectiva de obter resultados concretos de melhoria da qualidade de vida da população.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
9.1.1- Atingir 15% do número de pacientes HAS, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	9.1.1- Número de pacientes HAS, com consulta farmacêutica realizada.	4.847	2019	Nº absoluto	727	Nº absoluto	145	339	533	727
9.1.2- Atingir 15% do número de pacientes DM, cadastrados no sistema, com consulta farmacêutica até 2025.	9.1.2- Percentual de pacientes com DM, com consulta farmacêutica realizada.	1.854	2019	Nº absoluto	278	Nº absoluto	56	130	204	278
9.1.3- Manter abaixo de 5% a perda de medicamentos vencidos do estoque.	9.1.3- Percentual de perda de medicamentos do estoque	0,37	2020	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5
9.1.4- Realizar anualmente a avaliação e monitoramento do Programa Municipal de	9.1.4- Avaliação e monitoramento do PROFITOO realizadas.	0	2020	Numero absoluto	4	Numero absoluto	1	1	1	1

Plantas Medicinais e de Fitoterápicos de Toledo, conforme Lei Municipal nº “R” 24/2020.										

DIRETRIZ 10: FORTALECIMENTO REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE MENTAL

Objetivo 1: Qualificar e implementar o cuidado em Saúde Mental em toda a rede municipal de Atenção à Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
10.1.1- Realizar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático, por caps, com equipes de Atenção Primária em Saúde.	10.1.1- Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS, com equipes de atenção Primária em Saúde.	66,67	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
10.1.2- Realizar anualmente 12 ações Educativas na rede intersetorial, sobre as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas à saúde mental do individuo.	10.1.2- Número de Ações educativas realizadas	5	2020	Nº absoluto	12	Nº absoluto	12	12	12	12

10.1.3- Reduzir em 60% o número de pacientes aguardando em fila de espera para atendimento de psiquiatria e psicologia no ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	10.1.3- Número de pessoas aguardando em fila de espera de redução da fila de espera	1.095	Dez/2020	Nº Absoluto	438	Nº Absoluto	930	765	600	438

Diretriz 11: FORTALECIMENTO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Objetivo 1: Qualificar e ampliar o acesso equânime dos cidadãos ao conjunto dos serviços especializados de media e alta complexidade de forma regulada

Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
11.1.1- Reduzir a menos de 3 anos o tempo máximo de espera para consultas médicas especializadas, até 2025	11.1.1- Tempo de espera (dias) para consultas especializadas	3 anos (1.095 dias)	Mar/2021	Nº absoluto dias	2 anos e 11 meses (1.094 dias)	Nº absoluto dias	2 anos e 11 meses (1.094 dias)	2 anos e 11 meses (1.094 dias)	2 anos e 11 meses (1.094 dias)	2 anos e 11 meses (1.094 dias)
11.1.2- Implantar 4 protocolos de	11.1.2- Nº de Protocolos	0	2020	Nº absoluto	4	Nº absoluto	1	1	1	1

regulação para solicitação de Exames Especializados, até 2025.	Implantados de Exames Especializados									
11.1.3- Implantar 4 protocolos de regulação para solicitação de Consultas Especializados, até 2025.	11.1.3- Nº de Protocolos Implantados de Consultas Especializados	0	2020	Nº absoluto	4	Nº absoluto	1	1	1	1

DIRETRIZ 12: FORTALECIMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivo 1: Oferecer uma resposta em tempo oportuno e qualificada nos atendimentos em situações de urgência e emergência

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
12.1.1- Manter 100% do acolhimento com Classificação de Risco nas unidades de pronto atendimento (UPA e PAM)	12.1.1- Percentual de acolhimento com classificação de risco realizados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

12.1.2- Reduzir a 1,40 o Coeficiente de mortalidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal, até 2025.	12.1.2- Taxa de Mortalidade	1,55	2021	Taxa	1,40	Taxa	1,55	1,50	1,45	1,40

DIRETRIZ 13: ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA COVID-19

Objetivo 1: Realizar o enfrentamento da situação de emergência pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, buscando reduzir os impactos em termos de morbidade e mortalidade, otimizando recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunas, inclusive direcionando o atendimento dos pacientes com sequelas pós covid.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
13.1.1- Realizar a testagem dos casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, durante o período pandêmico, conforme protocolos instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde.	13.1.1- Proporção de casos de síndrome respiratória aguda grave para o coronavírus, com testagem realizada	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

13.1.2- Implantar serviço de atendimento as pessoas com sequelas no pós COVID-19.	13.1.2- Serviço implantado	00	2020	Nº absoluto	01	Nº absoluto	01	00	00	00
13.1.3- Realizar imunização da população contra o COVID 19, de acordo com o estabelecido no plano Nacional de Imunização	13.1.3- Percentual da população imunizada contra COVID-19	53,78	30Set 2021	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90

Diretriz 14: FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivo 1: Qualificar a Gestão do Trabalho, desenvolvendo e coordenando a política de educação permanente.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
14.1.1- Garantir acesso dos servidores da Saúde, à ações de Educação Permanente e/ou Continuada	14.1.1- Percentual de Servidores da Saúde que participaram de ações de Educação Permanente e/ou Continuada.	35,51	2020	Percentual	40	Percentual	36,63	37,75	38,87	40

14.1.2- Ampliação do quadro efetivo dos servidores da saúde, em relação a Dezembro de 2020.	14.1.2- Número de servidores efetivos	963	2020	Nº absoluto	120	Nº absoluto	30	30	30	30
14.1.3- Realizar parcerias com instituições de ensino, a partir dos cursos na área da saúde, no sentido de melhoria do atendimento e aproveitamento do capital humano das instituições.	14.1.3- Número de Parcerias realizadas	00	2020	Nº absoluto	04	Nº absoluto	02	01	01	00

Objetivo 2: Intensificar ações visando ampliação do número de atendimentos e desenvolver estratégias para que a ouvidoria se efetive como um instrumento de gestão e cidadania

Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
14.2.1- Alcançar e manter em, no mínimo 85%, a satisfação do cidadão com o atendimento da	14.2.1- Percentual de satisfação do cidadão com o atendimento da Ouvidoria SUS	81,30	2019	Percentual	85	Percentual	85	85	85	85

Ouvidoria SUS										

Objetivo 3: implantação do Setor de regulação, controle, avaliação e auditoria

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
14.3.1- Implantar setor de regulação, controle avaliação e auditoria	14.3.1- Serviço/setor implantado	00	2021	Nº absoluto	01	Nº absoluto	01	00	00	00

Diretriz 15: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

Objetivo 1: Ampliar os componentes da gestão participativa e fortalecer o Conselho Municipal de Saúde - CMS

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Unidade de medida			2022	2023	2024	2025
15.1.1- Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 04 anos juntamente com o Conselho Municipal de Saúde	15.1.1- Nº de conferências realizada	1	2019	Nº absoluto	01	Nº absoluto	0	1	0	0

15.1.2- Participar das reuniões da CIR	15.1.2- Percentual de participação em reuniões	80	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
15.1.3- Participar das reuniões do CRESEMS	15.1.3- Percentual de participação em reuniões	80	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
15.1.4- Realizar prestação de contas quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde através das audiências públicas	15.1.4- Prestações de contas quadrimestrais realizadas, através de audiência pública	3	2020	Nº absoluto	12	Nº absoluto	3	3	3	3
15.1.5- Elaborar instrumentos de planejamento e submetê-los ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação: Plano Municipal de Saúde (PMS) para 4 anos, Programação Anual em Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG)	15.1.5- Percentual de Instrumentos de Gestão elaborados e submetidos a apreciação e aprovação do CMS	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ 16: FORTALECIMENTO DA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Objetivo 1: Avaliar e controlar os recursos financeiros direcionando e distribuindo de forma adequada de acordo com as

necessidades programadas para a saúde, com investimentos em infraestrutura dos serviços de saúde municipais.										
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
16.1.1- Construir Unidades de Saúde	16.1.1- Número de Unidade de Saúde construída	00	2019	Nº Absoluto	01	Nº Absoluto	00	01	00	00
16.1.2- Reformar e/ou ampliar Unidades de Saúde	16.1.2- Número de Unidades de Saúde Reformadas e/ou ampliadas	04	2020	Nº Absoluto	6	Nº Absoluto	01	01	02	02
16.1.3- Adquirir veículos para repor e/ou ampliar a frota da rede	16.1.3- Nº de veículos adquiridos	63	2020	Nº Absoluto	20	Nº Absoluto	14	02	02	02
16.1.4- Aplicar no mínimo 15%, por exercício, da receita líquida de impostos em gastos em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	16.1.4- Percentual de gastos aplicados em ações e serviços públicos de saúde conforme a LC141/2012	26,3	2020	Percentual	15	Percentual	15	15	15	15

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar consiste em realizar análises longitudinais, que buscam produzir informações para revelar o curso ou desenvolvimento de algo no tempo. Consiste em acompanhar o monitorado de forma mais frequente, por meio de observações, pareceres, coleta de dados, medições, indicadores, tabulações e compilações. O monitoramento verifica se o desenrolar das ações de uma dada estratégia aponta para o alcance de metas e objetivos.

Pode-se afirmar que o monitoramento e avaliação são faces, complementares entre si, de um mesmo processo. O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. A avaliação aprofunda a compreensão sobre esse desenvolvimento, investigando as hipóteses geradas pelo monitoramento. O monitoramento verifica. A avaliação amplia a compreensão sobre o avaliado, por meio de instrumental qualitativo ou quantitativo, dependendo da questão levantada. É importante ressaltar que avaliações também podem e devem ser monitoradas e avaliadas e esse processo é denominado meta avaliação.

Os artigos 15 e 17 da Lei 8.080/90estabelecem que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população; e que é responsabilidade dos estados e dos municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

O Capítulo IV da LC 141/12, que trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle menciona que os resultados do monitoramento e avaliação de cada ente, serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado.

O Decreto 7.508/11 estabelece a necessidade de que sejam definidos critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente e o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

Universidade Federal de Juiz de Fora. O desperdício da força de trabalho e a perda do bônus demográfico no Brasil. 2021. online https://www.ufjf.br/ladem/2021/01/21/o-desperdicio-da-forca-de-trabalho-e-a-perda-do-bonus-demografico-no-brasil/#:~:text=A%20PIA%20que%20era%20de,7%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total). Acesso em 19.08.2021.

_____**BRASIL.** CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL EM 2033. Uma Prospecção Sobre as Próximas duas Décadas. MS. 2013.

_____**BRASIL**. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____**BRASIL**. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

CONASS. **Gestão de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. https://www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao/. Acesso realizado em 09.12.2021.

EUSTÁQUIO, J. D. A. Envelhecimento Populacional, Brasil, mundo, ONU. Portal do Envelhecimento e Longeviver. 17/06/2019.

Site de Rómulo Passos. Editora Brasileiro & Passos. Figura dos Principais Condicionantes e Determinantes da Saúde. Disponível em https://www.romulopassos.com.br/www.questoesnasaude.com.br. Acesso em Agosto de 2021.

Site do Núcleo Regional de Educação. Seed em números. Disponível em: http://www4.pr.gov.br/escolas/numeros/. Toledo, acesso no dia 23.09.2021.

Ministério da Saúde 2021. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Relatórios Públicos no Site e-Gestor - AB. 2021.

Alexsandro M. Medeiros. Site de Sabedoria Política. 2016 Disponivel no Link: https://www.sabedoriapolitica.com.br/o-site/. Acesso em 04.10.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

ANEXOS

ANEXO I - RELATÓRIO ATUALIZADO DA XV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO.

Nº [17]	PROPOSTA APROVADA
15	Disponibilizar para a população a lista de espera para consulta e tratamento com clinicas e profissionais especializados (SADT)
16	Contratar mais profissionais para a Rede de Saúde Mental: psiquiatras, psicólogos, assistente social, Terapeuta Ocupacional, enfermeiros e técnicos de enfermagem.
18	Garantir profissionais de Assistente Social para cada UBS/ESF do município.
19	Aumentar/Contratar profissionais de fonoaudiologia, priorizando se possível atendimento mais próximo do local de moradia do usuário
21	Proporcionar atendimento odontológico em todas as UBS/ESF
22	Necessidade de ACS nas unidades do interior.
24	Proporcionar capacitação continuada a todos os profissionais vinculados aos serviços de saúde com foco aos seguintes itens: assistência farmacêutica, humanização do atendimento, atendimento a pessoas estrangeiras, a pessoas com deficiências, crianças, adolescentes, e pessoas com ideação ou tentativa de suicídio.

[17] Nº Conforme relatório Aprovado.

25	Fortalecimento da Academia da Saúde para que possamos executar ações de prevenção em saúde.
26	Criar uma academia de saúde com ambiente amplo e que contemple os profissionais para orientação e acompanhamento dos pacientes da abrangência: Panorama, Panorama II, Belo Horizonte e Cezar Parque sendo que a mesma tenha todos os equipamentos relacionados a saúde como: esteiras, bicicletas, estação de musculação, barra de peso, flexor, puxador de frente, alteres, colchonetes, tatames e computadores.
28	Curso de capacitação para as equipes dos serviços de saúde para os atendimentos as pessoas com deficiência e estrangeiros, no que se refere a interprete de libras, manuseio de cadeiras de rodas, bengalas e outros.
29	Capacitar todos os profissionais da saúde envolvidos na assistência farmacêutica no município de Toledo e do Consórcio (CISCOPAR) sobre componente especializado da assistência farmacêutica da SESA/PR
31	Garantir recursos humanos para que os serviços tenham garantia de continuidade e qualidade.
33	Que a gestão municipal de maior abertura para o Conselho fiscalizar os recursos de sua aplicabilidade na área da saúde.
34	Implantação na Assistência Farmacêutica de Farmácia móvel para atender as Unidades de Saúde do Interior.
35	Ampliar os medicamentos a serem manipulados.
37	Garantir a medicação adequada conforme a demanda populacional e conforme a patologia do usuário
44	Exames de ressonância magnética com maior agilidade do agendamento e que o mesmo venha a ser preferencialmente em Toledo
45	Ampliar a cota para cirurgias eletivas – melhoria do atendimento hospitalar através de uma maior disponibilização mais agilização das mesmas.
47	Propor que haja um sistema de agendamento mais eficiente para que os pacientes sejam atendidos mais rápido com

	melhor orientação do agendamento.
49	Incluir em todas as UBS o programa de acolhimento ao usuário
54	Criação de programa para realização de palestras informativas, com profissionais de saúde e voluntários capacitados sobre a prevenção de doenças nas comunidades, escolas, grupos de idosos e associações comunitárias.
55	Intensificar as campanhas de prevenção de saúde bucal nas escolas, grupos de idosos e portadores de necessidades especiais, elaborando um planejamento.
56	Mais humanização SUS por parte dos médicos no atendimento no pronto socorro e demais hospitais, não apenas fornecendo receitas, mas conversando com os doentes, em relação à doença e medicamentos receitados.
57	Criar horários alternativos de atendimento das UBS/ESF (noturno) para aumentar numero de consultas / atendimentos, atendendo principalmente trabalhadores que não tem disponibilidade de ir no posto durante horário comercial.
59	Quando integrantes da equipe médica, enfermeiros e técnicos de enfermagem entrarem em férias, licença maternidade e atestados prolongados (mais que 10 dias) que estes sejam substituídos para que não haja prejuízo no atendimento da população.
60	Implantar campanha para jovens idênticas ao mês da mulher ou do homem incentivando o jovem para se cuidar da saúde para chegar na velhice com menos problemas.
61	Propor que a UBS de Dez de Maio tenha um dentista pelo menos uma vez por semana, visto que esta unidade já tem os aparelhos necessários, para atendimento de adultos e crianças.
64	Realizar um controle de agendamentos (via call-center por exemplo) a fim de se evitarem faltas e abstenções.

65	Inclusão e ampliação de terapias alternativas na Rede de Saúde Mental.
66	Fortalecer a estruturação do CAPS, por meio de equipes multiprofissionais e qualificadas.
68	Fortalecimento da Atenção Básica em equipamentos, profissionais capacitados e insumos.
69	Realizar diagnóstico situacional da população sem-teto a fim de se proporcionar acesso à saúde.
70	Criar e manter ativa equipe de gestão para projetos e alimentação dos sistemas de informação.
72	Discutir com as demais pastas os vazios assistenciais cujo custo tem recaído exclusivamente sobre a saúde.
73	Uso eficiente de sistemas e ferramentas para redução de custos.
75	Aumentar a equipe multidisciplinar que atende aos pacientes acamados das áreas descobertas do ESF
76	implantação e Implementação de protocolos clínicos para ampliar a resolutividade, alem da capacitação dos profissionais e auditoria frente aos protocolos.
77	Ampliar e fortalecer os exames e diagnósticos por imagem no Município de Toledo, exemplo: ultrasson, ressonância e outros.
78	Garantir manutenção preventiva em todas as unidades básicas de saúde.
80	Construção de Certi com hidroginástica para atender idosos da industrial, Jardim Porto Alegre e Gisela.
82	Que Toledo tenha uma gestão plena de saúde.
83	Que haja maior transparência e fiscalização no hospital regional inclusive com punição para os responsáveis.

84	Intensificar fiscalização e multa de casas com foco de dengue ou reincidente.
85	Propor que a UBS de Dez de Maio tenha uma cobertura maior que os pacientes possam se proteger e um banco para esperar.
88	Realizar parcerias com faculdades (Educação Física, nutrição, fisioterapia) para desenvolvimento de projetos, melhorando a qualidade de vida da terceira idade,
89	Construção de uma sede própria para o CAPS AD
91	Implementar os canais de comunicação a nível de informação para assegurar a participação da comunidade nas decisões da gestão
94	Possibilitar acessibilidade e romper as barreiras arquitetônicas para as pessoas com deficiência em todos os serviços de saúde, avaliando acessos, rampas, escadas, linhas guias, sob a perspectiva da pessoa com deficiência, se motora ou visual.
96	Trabalhar a saúde em conjunto e parceria com as demais secretarias; associação de moradores grupo de idosos empresas e população de modo geral
99	Que toda a unidade de saúde e pronto socorro tenham ficha de notificação de acidente de trabalho, CAT - comunicado de acidente de trabalho, e que o medico que atender preencha a sua parte que lhe cabe dando o diagnostico relacionando no documento o fato ocorrido, disponibilizando ao trabalhador.
100	Implantar serviço de informação mensal em saúde, referente aos indicadores de saúde, objetivando a promoção da qualidade de vida, bem como a conscientização do usuário quanto ao uso adequado do sistema, através dos meios de comunicação(radio, TV, jornais, revistas, criar equipe para promover o conhecimento dos deveres do usuário e obrigações.
101	Estruturar no município de Toledo um centro de referencia a saúde do trabalhador com equipe multiprofissional capacitada

102	Promover divulgação ampla dos Eventos: Audiência Publica, Reuniões do Conselho, Reunião com Associações de Bairros para orientações do funcionamento da Política de Saúde, Conferencias.	
103	Planejamento estratégico com objetivo de buscar mais eficiência e economia, resolutividade para evitar problemas	
106	Combate a corrupção ao esquema à saúde (prótese, remédios,materiais hospitalares).	
112	Implantar em todas as escolas municipais em parcerias da saúde, educação e meio ambiente as hortas caseiras.	
1	Aumentar o número de equipes ESF/UBS, de acordo com o número de habitantes do Município, disponibilizando um aumento do número de atendimentos (médicos, Ginecologista, pediatra, saúde da família, clínico geral, enfermeiro, ACS, vacina) visto que Toledo aumentou muito sua população.	EM EXECUÇÃO Hoje 02/08/21: 24 ESF (foi aumentado 1 ESF Vila Nova em Julho/2021) e 10 EAP (sendo 02 EAP Industrial e Maracanã, organizado em julho/2021) - maiores gargalos encontrados enquanto equipe: concurso para contratação de ACS, ginecologista, e clinico geral principalmente interior. ESB: 05 equipes, restante equipes de odonto 10h - maior gargalo devido defasagem equipe
9	Todo Tributo (imposto) pelo município deve ser justificado e definido parcialmente para a saúde e a educação para que se atinja no planejamento de longo prazo o/os indicadores de saúde preconizados pela OMS e afins.	EM EXECUÇÃO Contemplada conforme apresentado em audiências publicas, o investimento de 15% conforme legislação e até mais do que o preconizado em saúde. Estudos com os novos indicadores do previne Brasil e demais indicadores como sispacto, e outros sendo estadual e união, já identificado erros de sistemas de informação na exportação, erros na operacionalização do lançar os dados, parte municipal. Estes já sendo corrigidos.
10	Financiamentos alternativos para substituir o	EM EXECUÇÃO

	congelamento previsto ate 2036.	Este contemplado nos 15% do recurso investido pelo município.
14	Diminuir as filas de Especialidades com contratação de mais médicos especialistas, inclusive geriatra.	EM EXECUÇÃO Esta sendo realizado um estudo frente à fila de espera, buscando verificar cada especialidade de consulta e de exames, e verificando capacidades instaladas e as necessidades de melhoria, nos processos de trabalho das equipes do município, e nas necessidades da população: Segue abaixo algumas analises e ações que já estão sendo executadas: Filas que já foram revisadas e estão em novo processo de trabalho – psiquiatria e psicologia, que agora esta sendo agendado 100% no ambulatório de saúde mental, visto que são eles que realizam a triagem deste pacientes, e podem encaminhar o agendamento para CISCOPAR e para o próprio ambulatório. Inicio do estudo para melhorar esta parte janeiro a março de 2021. Desde o dia 21/03/2021 já esta certo o fluxo, para que não haja mais perdas de vagas no ciscopar destas especialidades e que os pacientes sejam atendidos em sua integralidade. Cirurgias de cataratas que já se iniciou e deve ser atendido todas as pessoas que estiverem ate 28/04/2021 na fila, fila de cirurgia de epiterigeo que será realizado a todos os cidadões que estão na fila ate 31/12/2020. E agora esta sendo realizado o mutirão de consultas ortopedias, iniciado pelos retornos de ortopedias, visto com

		CISCOPAR e analisado para fazer retornos aos sábados, porem a fila de ortopedia se matem no estudo para melhora o 61encaminhamento da rede e o processo de trabalho nos agendamentos. Exame de mamografia, que após estudo, temos vagas em quantidade suficiente, porem existe fila de espera, foi cruzado os dados no mês de fevereiro e março/2021 e de 4300 mulheres na fila para este exame, a sua grande maioria já tinha sido realizado porem se mantinha no sistema, e sobraram 1375 mulheres que não possuem registro em nenhum local da realização deste exame, estas mulheres esta sendo entrado em contato através do contato telefônico, e se ainda não realizou o exame, esta sendo liberado para as mesmas, conforme agendas disponíveis no sistema CARE do estado do Paraná, e quando mulheres menores de 35 anos, agendamento via CISCOPAR; Infectologista da rede, iniciou a qualificação da fila de espera para infectologista, Maio/2021. Exame de eletrocardiograma, estudando a fila, para sua redução, mas já se tem liberado exames via CISCOPAR. Iniciou-se um estudo sobre próteses dentarias que hoje possui uma fila extensa, para ver a possibilidade de melhora, visto que o CISCOPAR não tem dado conta das demandas do município.

17	Contratação de mais um profissional assistente social para o PAM (mine)	EM EXECUÇÃO Atualmente estamos com 03 assistente social no PAM, sendo 02 contratação por maio de PSS e 01 remanejada da UPA profissional concursado do município. Atualmente PAM em escala de 12/60 com assistente social, contento 12horas diárias de domingo á domingo, Futuro concurso para contratação de profissionais estatutários;
36	Ampliar o atendimento em no mínimo uma Farmácia Básica para atendimento todos os dias da semana com horários definidos.	EM EXECUÇÃO Ampliação do horário de atendimento na Farmácia comunitária do PAM no ano de 2020, que atende de segunda a sexta das 07 as 19h, e final de semana sábado e domingo período da manhã das 08 ás 12h. No mês de abril/2021 devido à baixa demanda e procura por este serviço, foi parado o atendimento para reavaliação do mesmo e suas necessidades.
39	Adequar a REMUME de acordo com a análise da comissão multiprofissional e demanda de prescrição médica por meio de protocolos específicos para medicamentos fora da RENAME.	EM EXECUÇÃO Esta ação vem sendo adequada há algum tempo , há reuniões da comissão de farmácia e demais profissionais, para a definição das medicações a serem instituídas e suas justificativas. Temos uma REMUME já com medicações que não são contempladas na RENAME e sim nas necessidades da população, mas lembrando sempre que também é avaliado juntamente o orçamento do ano, para toda esta mudança.
40	Comprimento de integralidade no atendimento previsto pela Lei 8.080/90 quanto ao fornecimento de medicamentos, e que nos postos de saúde seja disponibilizado medicamentos gratuitos a qualquer	EM EXECUÇÃO Esta integralidade no fornecimento das medicações nos serviços de saúde municipal já é seguida, toda a medicação no município é fornecido com prescrições seja para publico

	cidadão, independente se a receita foi de atendimento particular e/ou convenio. Que prevaleça o direito do cidadão.	SUS ou privado, isto já possui mais de 10 anos de prática, apenas não é entregue quando o medicamento esta em falta ou não faz parte da REMUME. Dentro do rol da farmácia o que não é entregue para cidadões que são atendidos na rede privada são formulas artificiais (leite) e dietas enterais, pois estes temos critérios diferentes de analise e o cidadão deve seguir a rotina do município para esta entrega. E não são considerados medicamentos e sim suplementos ou formulas artificiais.
42	Pacientes encaminhados com urgência que vierem a faltar à consulta com a especialidade deverão ser reavaliados pelo médico da atenção básica e, se necessário, reencaminhado. Se isso acontecer por duas vezes sem justificativa, o paciente será realocado para o fim da fila.	EM EXECUÇÃO Esta proposta precisamos do CMS para iniciar uma discussão e construção, pois precisamos realizar um protocolo onde todos saibam como realmente ira funcionar as faltas. Pois realmente há um índice de falta grande, e muitas vezes por justificativos como esqueci entre outras que não deveriam ocorrer. Sugestão sair daqui com esta reunião agendada para conseguirmos finalizar esta propostas.
43	Agilidade nos agendamentos de fisioterapia.	EM EXECUÇÃO Gostaríamos de entender melhor esta parte do atendimento de fisioterapia, pois não temos fila de espera, salvo as exceções dos pacientes que estão na fila de espera por quererem fazer único e exclusivamente na clinica de fisioterapia da UNIPAR, demais pacientes que aceitam realizar em outras clinicas, não estamos mais com filas. No dia 12/05/21 o município foi informado pelo CISCOPAR que não temos mais fisioterapia domiciliar, e já foi realizado

		pela diretora central de especialidade um oficio solicitando o credenciamento de tal serviço o mais rápido possível, devido as necessidades que o município apresenta.
46	Formular um sistema de melhoria de aviso aos pacientes pela UBS e central de especialidades quando o profissional da área de saúde estiver impossibilitado de atender (férias, atestado, curso).	EM EXECUÇÃO Esta ação já esta em pauta, e acreditamos que será resolvido o mais breve possível, no momento fluxo esta assim: os nomes dos pacientes estão sendo enviados para as UBS avisarem, sobre os atestados quando medico não pode atender especialidade, mas isto esta em construção para melhorar o fluxo, pois realmente antes, não estava sendo avisados os usuários por nenhum lugar, nem pela central de especialidade, nem pela UBS que não tinha este conhecimento, nem pela clinica que já possuía o agendamento prévio deste usuário; POREM AINDA EM CONSTRUÇÃO ESTE PROCESSO.
50	Melhorar o atendimento de vacinas no interior.	EM EXECUÇÃO Acreditamos que esta ação foi contemplado, pois antes não estávamos tendo vacinas em todas as UBS do interior, agora, cada UBS do interior, salvo exceções UBS Vila Nova e Novo Sarandi, que tem todos os dias, as demais tem no mínimo 1x por semana garantido as vacinas em sua UBS. Locais que estão abertos e realmente não temos vacinas são Cerro da Lola e Bom Princípio e futuras instalações em Ouro preto – pois não possuem estruturas sanitárias para tal ação, será feitos apenas as campanhas, demais vacinas normalmente liberado na UBS do interior mais próxima.

51	Fazer o tratamento e o atendimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis nas UBS do município; HPV, Sífilis, Gonorreia entre outras	EM EXECUÇÃO Implantado no mês de Abril de 2021 o protocolo de enfermagem de IST no município de Toledo, todos os profissionais já foram capacitados e já estão atuando para tal ação. Sendo enviado ao CTA/CISCOPAR apenas casos que realmente necessitam. Ainda podem haver alguns equívocos, pelo pouco tempo de implantação do protocolo, mas os que forem havendo serão solucionados.
52	Garantir o acesso ao teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatites virais por livre demanda nas UBS por toda a população interessada no momento em que procure o serviço ou num prazo Maximo de 24 horas	EM EXECUÇÃO As UBS estão conseguindo atender as demandas dos usuários, salvo exceções de termino do horário de trabalho e falta do profissional, mas o usuário sai com o agendamento para a realização.
58	Ter melhor gerenciamento para os atendimentos na UBS de Novo Sarandi	EM EXECUÇÃO Novo Sarandi conta com um medico do programa mais medico que realiza 36horas/semanal na UBS e outro medico clinico geral que faz 10horas semanas, 01 enfermeiro de 40horas/semanal, alem da equipe de apoio, acreditamos que as demandas da UBS estejam bem assistidas neste momento, porem conhecemos as necessidades frente ao transporte, porem deste muito mais no transporte social do que aquele que se encaixe no transporte voltado a saúde;
74	Ampliar equipe do PAD para EMAD para equipe multiprofissional.	EM EXECUÇÃO O EMAD já possui projeto cadastrado no MS e o EMAP também, o PAD já esta sendo configurado como EMAD, inclusive atualmente já possuímos 5 pacientes em cuidados para uma equipe EMAD, o que neste momento esta se

		organizando é quem serão os profissionais e os equipamentos que realmente se deve comprar para manter os pacientes e suas necessidades assistidas.
86	Ampliação do posto da unidade de saúde de Dez de Maio e implantação de uma equipe completa com médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde onde atuem na melhoria da qualidade de vida de toda a nossa população.	EM EXECUÇÃO A UBS dez de maio, esta contemplada com a ESF do interior oeste, onde temos a UBS dez de maio, concórdia do oeste e cerro da Lola, para uma equipe de 40horas, sendo assim o medico, enfermeiro e demais membros da equipe, realizam atendimento desta população. E fora estes profissionais que ficam lotados na UBS concórdia mas que semanalmente vão a UBS de 10 de maio, e mantido uma técnica de enfermagem para dar os atendimentos a vacina, curativo, entrega de medicação e outros procedimentos necessários todos os dias da semana das 07 as 13h. Sendo assim e analisando os dados, acreditamos que esta proposta já esta contemplada, visto que não temos ainda a necessidade de implantar uma equipe maior na UBS de dez de maio.
90	Proporcionar a discussão dos Instrumentos de Gestão de Saúde com os servidores das UBS e população em geral	EM EXECUÇÃO Atualmente estamos na construção do plano municipal de saúde, e estamos realizando com cada departamento da saúde uma conversa, e foi convidado o conselho de saúde a participar, posterior a esta construção segmentada, será feito uma avaliação e a finalização da construção em conjunto com todos os departamentos. O instrumento foi disponibilizados para cada diretor da área da saúde, para disponibiliza a seus profissionais a fim de discutir. Já foi realizado esta parte com a atenção básica/odontologia, agora nos próximo mês de junho será discutido saúde mental e s e possível central de

		especialidade. Para a população em geral, houve a abertura por meio da prefeitura no sait do município e em discussão via ambiente virtual. Onde quem foi responsável por esta construção foi a Secretaria de Administração.
92	Tendo em vista que a Conferência Municipal será realizada de 4 em 4 anos, solicitamos que no 2° ano após esta grande conferencia, o CMS convoque uma plenária de avaliação das propostas aprovadas na conferência anterior.	EM EXECUÇÃO Contemplada, foi revisado as propostas no dia 24/05/2021 e 04/06/2021, presentes representante da 20ª Regional de Saúde, membros do conselho municipal de saúde parte seguimento usuários, e do CMS seguimento GOV – presentes Diane, Sirlene e Neuza.
97	Melhorar o serviço de transporte de retorno de usuários do SUS para pacientes acidentados e impossibilitados de usar transporte de veículos comuns	EM EXECUÇÃO O fluxo que a secretaria de saúde possui, é aquele em quem defini o que o usuário necessita neste requisito de transporte é a equipe de saúde, ou o medico assistente. Pois se houver uma carta de necessidade de transporte por ambulância, este paciente será transportado de ambulância, se não houver esta carta, será transportado de veiculo comum. Sendo assim a equipe de transporte não é a que decide o meio de transporte, apenas a executa conforme solicitações dos profissionais médicos e enfermeiros.
105	Melhorar o sistema de transporte coletivo para cadeirantes e pessoas especiais.	EM EXECUÇÃO Encaminhar via oficio para empresa sorriso de transporte coletivo, visto que não está sob responsabilidade da saúde tal ação.

109	Criação de uma escolinha para crianças, futsal atividades físicas para elas, com professores específicos.	EM EXECUÇÃO Encaminhar via oficio para secretaria de esporte.
110	Disponibilizar acesso ofertando transporte para idosos participar do serviço de convivência no Certi.	EM EXECUÇÃO Contemplada, pois possuímos o transporte coletivo para tal ação.
111	Construção de uma “Casa Abrigo” para mulheres vítimas de violência	EM EXECUÇÃO Encaminhar via oficio para a secretaria da mulher e assistência.

ANEXO II

- PROGRAMAS - PLANO DE INVESTIMENTOS - FÍSICO / FINANCEIRO

- MUNICÍPIO DE TOLEDO

- PPA 2022 / 2025.

			2022	2023	2024	2025	Total
Programa:	**1 - APOIO ADMINISTRATIVO**	**Total Programa:**	**1.207.410,48**	**957.075,18**	**1.000.054,78**	**1.085.401,50**	**4.249.941,94**

Objetivo: ATENDER AS SECRETARIAS, ASSESSORIAS E DEPARTAMENTOS MUNICIPAIS NA EXECUÇÃO DE SUAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS, NECESSÁRIAS PARA DAR SUPORTE À IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS E PROGRAMAS

122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL

Código	Tipo	Nome da ação	Unidade de Medida					
Município de Toledo				596.522,33	393.983,31	411.676,01	446.809,28	1.848.990,93
1	Atividade	GESTAO DAS POLITICAS DE SAUDE	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Realizar o atendimento de despesas com servidores lotados no Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde, como pagamento de salários e encargos patronais e demais direitos dos servidores, auxílio financeiro e prover condições necessárias para que os servidores possam participar de cursos externos de aperfeiçoamento, através de diárias, passagens e despesas de locomoção; Desenvolver processos de modernização administrativa por meio da adoção de ferramentas e mecanismos na perspectiva de melhoria e otimização da capacidade de resposta da gestão; Avaliar e aderir aos projetos financiados pelo Ministério da Saúde, nas diversas Políticas da Saúde; Apoiar e realizar em conjunto com o CMS e o COMAD as suas respectivas conferências; Implementar e desenvolver os componentes, princípios e diretrizes da política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS - PARTICIPASUS; Estabelecer parcerias e convênios de apoio/cooperação técnico, científico e tecnológico com Instituições de Ensino Superior em Saúde; Apoiar e fortalecer as ações e discussões dos Comitês e Câmaras Técnicas; Fomentar o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando a promoção à saúde através da informação, educação e comunicação, fortalecendo o processo participativo e corresponsável; Promover assistência à saúde dos servidores ativos através da CAST - Caixa de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Toledo; Estruturar equipe de planejamento, monitoramento, avaliação e regulação de ações em saúde pública; Implantar o planejamento estratégico para definição de melhor aplicação dos recursos e investir nos projetos que atendam a população, fortalecendo a atenção primaria articulada com a atenção especializada; Implantar o setor de controle, auditoria e avaliação; Estabelecer parcerias com elaboração de projetos de cursos conforme necessidade da rede junto à escola de governo, desenvolver programas dentro da educação continuada para capacitar e reciclar os servidores da Saúde.

Município de Toledo

	610.888,15	563.091,87	588.378,77	638.592,22	2.400.951,01
	610.888,15	563.091,87	588.378,77	638.592,22	2.400.951,01
	0,000	0,000	0,000	0,000	

2 Atividade APOIO AOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DA SECRETARIA DA SAÚDE

Outras Unidades e Medidas

Descrição complementar: Implementar os sistemas de informação utilizados pela Secretaria de Saúde; Estruturar o setor de transporte da SMS; Elaborar, coordenar, monitorar e avaliar juntamente com o Prefeito Municipal e Conselho Municipal de Saúde, as políticas de desenvolvimento do setor de saúde; Acompanhar a execução dos serviços de saúde no município, avaliando periodicamente e procedendo as mudanças necessárias; Fortalecer a política de educação permanente e contínua para servidores da Saúde; Manter, ampliar e implementar a rede de informações para a gestão do SUS e atenção integral à saúde (Cartão SUS, Sistemas de Informação Ambulatorial, SISPRENATALWEB, SISCAN, CNES, E-SUS, etc.); Estabelecer quando necessário convênios com Organizações Sociais de Saúde (OS) e/ou consórcios através de contratos de projetos; Melhorar sistema de informação da saúde municipal (SIGSS ou outro que venha substituir); Integração do sistema de informação municipal da saúde com o sistema de informação do CISCOPAR.

Programa: **2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

	2022	2023	2024	2025	Total
	2022	2023	2024	2025	Total
Total Programa:	**79.484.983,53**	**86.140.105,69**	**90.257.297,57**	**96.792.278,37**	**352.674.665,16**

Objetivo: PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA; REALIZAR AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO; AMPLIAR E FORTALECER AS EQUIPES; IMPLEMENTAR REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE; PREVENIR E GERENCIAR DOENÇAS CRÔNICAS

301 - ATENÇÃO BÁSICA

Código	Tipo	Nome da ação	Unidade de Medida					
Município de Toledo				779.500,00	1.496.934,31	1.813.034,82	800.000,00	4.889.469,13
3	Projeto	FORTALECIMENTO DA INFRAESTRUTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE		779.500,00	1.496.934,31	1.813.034,82	800.000,00	4.889.469,13
			Metros Quadrados	75,000	400,000	500,000	320,000	

Descrição complementar: Construção, ampliação, reformas e melhorias de unidades de saúde, na cidade e no interior, conforme necessidade e avaliação técnica; Construção de UBS no Jardim Anápolis, na Vila Pioneiro, na região do Loteamento Redenção, em São Luiz do Oeste, no Jardim Bressan e no Loteamento das Orquídeas; Reforma e ampliação das UBSs do Maracanã, BNH São Francisco, Santa Clara IV, Boa Vista e Jardim Concórdia; Construção da sede do CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico; Atender as exigências do MS conforme Portaria 2.436 de 21/09/2017.

Município de Toledo				72.319.313,46	77.259.084,36	80.728.576,76	87.618.119,85	317.925.094,43
4	Atividade	AÇOES EM ATENÇAO PRIMARIA A SAUDE	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Implementar e aumentar a cobertura da Rede de Atenção Primária de saúde; Proporcionar toda estrutura física e administrativa para execução dos programas e serviços da atenção Primária, bem como a distribuição de medicamentos, encaminhamentos para exames e consultas especializadas; Intensificar campanhas de prevenção ao câncer de mama, colo de útero, próstata, de boca, hipertensão, diabetes, AIDS, drogas, tuberculose, hanseníase, obesidade, saúde da criança e adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da população idosa, prevenção do tabagismo; Desenvolver ações e intensificar campanhas voltadas à saúde na escola, nas instituições de educação do município; Implementar ações de prevenção às doenças infecciosas e emergentes e prevenção às violências; Implementar e desenvolver de forma intersetorial, com apoio de órgãos governamentais e não governamentais, projetos e ações de promoção, prevenção e recuperação na saúde da população, com foco na mudança de hábitos de vida e do autocuidado apoiado; Ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde - EACS; Fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional; Ampliar e garantir a alimentação especial aos usuários em processo de tratamento intensivo e fórmulas para crianças, conforme protocolos vigentes no município; Implementar ações de educação permanente em saúde para os servidores; Iniciar a implantação da Política de Humanização conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; Planejar a compra de materiais para todas as unidades de saúde em tempo hábil, evitando a falta de todo tipo de materiais nestas unidades, incluindo-se equipamentos de proteção individual e uniformes de acordo com o artigo 205 da Lei 1822/99; Implantar ações de acordo com o que rege a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra; Melhorar a qualidade do acesso e atendimento nas unidades básicas de saúde através da implantação do acolhimento e estruturação do protocolo de atendimento das UBSs; Aprimorar e qualificar o processo de trabalho na atenção Primária garantindo melhor efetividade, eficácia e eficiência do atendimento aos usuários com base nos princípios da PNH; Desenvolver ações visando o incremento tecnológico, com recursos de aporte físico e tecnológico para o funcionamento das unidades que integram a rede de atenção Primária; Ampliar e/ou organizar a frota de veículos da SMS, para atender às demandas das UBSs, em visitas e procedimentos domiciliares; Ampliar ações voltadas ao calendário vacinal; Implantar e implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas no SUS, na rede de Atenção à Saúde municipal; Adequar as agendas das Unidades Básicas de Saúde, a fim de atender à demanda programada e espontânea das comunidades e permitir a atenção e o acesso adequado; Implantar o Encaminhamento Social, a fim de atender às demandas do usuário dos serviços de saúde, identificadas pelo Serviço Social, realizando o melhor direcionamento para o local mais apropriado para seu tratamento; Promover e implantar as Academias da Saúde, programa do Governo Federal; Implementar a Rede de Atenção Materno-Infantil; Incentivar ações voltadas ao aleitamento materno, apoiar e fortalecer vínculos com Banco de Leite Humano; Implementar o programa de atenção integral à saúde da mulher; Fortalecer o Programa Mãe Dedicada - Pré-Natal 100%; Implementar ações junto a Rede de Atenção Psicossocial; Ampliar e implementar o Programa de Combate ao Tabagismo junto aos serviços capacitados da Atenção Primária; Implantar programa de prevenção de drogas em parceria com CAPS AD; Implementar a Rede de Atenção ao Idoso, desenvolvendo ações norteadas pela Política Nacional de Saúde das Pessoas Idosas; Fortalecer programas de melhoria da qualidade de vida dos idosos; Implementar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; Implementar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas; Desenvolver ações de promoção da saúde, estimulando a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, voltados à qualidade de vida, visando à prevenção de agravos crônicos não transmissíveis e sua manutenção; Implementar e ampliar o atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família, com ênfase a programas voltados a saúde bucal de gestantes, bebês, crianças, acamados e odontologia geriátrica, a fim de promover saúde bucal à população, aumento da sua cobertura; Ampliar as equipes de atendimento da área de odontologia em especial de estratégia saúde da família; Implantar equipes multiprofissionais para apoio às equipes de Atenção Primária em Saúde (ESF e EAP); Ampliar e implementar as equipes da Estratégia Saúde da Família, fortalecendo a atenção Primária, com destinação de equipe de Estratégia de Saúde da Família para atendimento na unidade de saúde da localidade de Ouro Preto; Implantar Programa de Residência em Saúde; Promover assistência à saúde dos servidores

ativos através da CAST - Caixa de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Toledo; Proporcionar atendimento de saúde em outros municípios, através da Secretaria Estadual da Saúde à população, quando da não existência da oferta no município; Integração sistema do Consorcio Intermunicipal (CISCOPAR) com o sistema de informação da saúde municipal; Adequar fluxos nos serviços para o atendimento de usuários com Síndromes e Deficiências; Implantação e implementação do ambulatório de pré-natal e puericultura do município de Toledo, seguindo diretrizes estabelecidas na portaria 1020 de 29/05/2013; Reorganização integralizada dos serviços das unidades básicas de saúde: fortalecer esses serviços para garantir o cumprimento das metas e indicadores determinados pela portaria 3.222 de 10/12/2019, que determina as ações estratégicas e garantir ainda eficiência e eficácia nos serviços de imunização com a vacina para a COVID 19; Fortalecer a parceria com UFPR proporcionando condições e espaço para os profissionais médicos (acadêmicos) exercerem sua pratica exigida pelo curso; Criação de 5 equipes de ESF, priorizando os bairros de maior vulnerabilidade; Reorganizar os atendimentos no interior; Valorização e capacitação dos recursos humanos; Garantir metas e indicadores preconizados e pactuados; Cumprir os programas desenvolvidos pelo MS; Cumprir metas da PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal - garantido ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal; Reorganização e ampliação dos atendimentos do ambulatório de feridas municipal; Ampliar o programa Saúde na hora, estendendo os horários de atendimentos das USF e UBS; Articular ações das ESF para melhorar índices epidemiológicos do território atendido; Implantar a regionalização dos serviços em saúde - serviços especializados perto da casa do cidadão; Ampliar a área de cobertura dos ACS; Combate ao sedentarismo, Controle da obesidade, Implantar programas para alivio da dor; Cadastrar e manter atualizadas as informações de toda a população idosa, visando acompanhamento, prevenção e a manutenção da saúde dos idosos; Aumentar a carga horária médica ofertada nas UBS do interior; Aquisição de um aparelho de ultrassom para ginecologia/obstetrícia; Aumentar o número de passes livres por gestante para o deslocamento da mesma; Realizar atividades coletivas, com formação de grupo de gestantes e acompanhantes; Garantir todas as consultas de pré-natal para maior controle dos riscos e realização de exames complementares; Ampliar e melhorar o atendimentos dos jovens envolvidos com o tráfico e uso de drogas por meio de projetos e atividades especificas das Secretarias de Saúde, Cultura, Esportes e Assistência Social (FUNDO ANTI DROGAS); Fortalecer as ações voltadas para a defesa dos direitos das mulheres e das famílias na assistência à saúde da mulher e ao parto, de maneira transversal e continuada com as demais secretarias e instâncias de poder; Incentivar o parto normal, através de ações e desenvolvimentos de matérias educativas em saúde; Desenvolver parcerias com as demais secretarias, visando fortalecer políticas públicas que promovam os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, de forma intersetorial e transversal; Aquisição de equipamentos para implantação do ambulatório de gestantes municipal; Implementar a Rede de Assistência Farmacêutica; Implantação de farmácias estratégicas, que atendam a população com todos os medicamentos conforme REMUME e RENAME; Elaborar protocolos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, para medicamentos fora da REMUME que sejam uma necessidade da população; Revisão do protocolo para distribuição de alimentação enteral; Revisão dos protocolos de distribuição de fórmulas lácteas; Melhorar o sistema de distribuição de medicamentos, centralizando controle da demanda na Central de Abastecimento Farmacêutico; Fortalecer o Programa de Atendimento aos Pacientes de Medicação de Uso Contínuo, integrando às ações da atenção Primária; Aquisição de van para distribuição de medicamentos no interior; Implementar ações de promoção alimentação adequada e saudável pela atenção Primária; Implementar ações de prevenção e tratamento da má nutrição; Implementar e desenvolver ações de promoção a alimentação saudável de forma intersetorial, com foco na mudança de hábitos de vida; Fortalecer as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado as demais políticas de segurança alimentar e nutricional; Ampliar e garantir a alimentação especial, aos pacientes em processo de tratamento intensivo conforme protocolo vigente do Município; Realizar a conservação e a manutenção de todas as edificações utilizadas para os Serviços de Saúde assim como os equipamentos; Proceder adequações nas edificações de propriedade do município conforme exigências técnicas dos órgãos competentes.

Município de Toledo 5 Atividades - ECA/FMDCA	SERVIÇOS DE SAUDE A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	**Outras Unidades e Medidas**	6.383.140,07 0,000	7.378.021,29 0,000	7.709.347,87 0,000	8.367.279,50 0,000	29.837.788,73

Descrição complementar: Atender e promover o acesso adequado a crianças e adolescentes; Proporcionar atendimento na área de saúde mental conforme estratificação de risco linha guia do estado; Realizar a distribuição de medicamentos, agendamento de exames, cirurgias, consultas especializadas; Realizar palestras educativas para promoção da saúde de crianças e adolescentes abordando: alimentação saudável x obesidade, educação ambiental, saúde bucal, educação no trânsito, prevenção de DSTs/AIDS, saúde ocular, atividade física, participação e controle social, violência e uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, prevenção de gravidez na adolescência, entre outros; Proporcionar adequado acesso à ações e serviços de saúde buscando garantir a continuidade do cuidado e encaminhamentos necessários; Atender de forma intersetorial e promover o acesso a saúde as crianças abrigadas; Acompanhar crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, por meio do acompanhamento no CAPS AD e CAPS i; Garantir parcerias com outras secretarias e autarquias públicas, bem como com entidades para realização de programas de promoção e prevenção à saúde da criança e do adolescente; Promover o acesso e adequar fluxos nos serviços para o atendimentos à crianças e adolescentes com deficiência e síndromes; Desenvolver e monitorar as ações previstas no Plano Operativo Municipal - POM, Plano Sócio Educativo e Plano Decenal; Implantar o Programa de Residência em Saúde; Dotar de recursos humanos e administrativos para realização das atividades; Promover assistência à saúde dos servidores ativos através da CAST - Caixa de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Toledo.

301 - ATENÇÃO BÁSICA

Município de Toledo 6 Atividade	AÇOES DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA	**Outras Unidades e Medidas**	3.030,00 0,000	6.065,73 0,000	6.338,12 0,000	6.879,02 0,000	22.312,87

Descrição complementar: Estimular a produção de plantas medicinais, insumos de origem vegetal e fitoterápicos; Fortalecer laboratórios públicos ou parcerias público-privadas visando à produção de fitoterápicos; Implantar e implementar projetos que garantam a produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS; Realizar ações voltadas para divulgação, distribuição e suprimento de produtos farmacêuticos fitoterápicos em geral; Implementar o uso dos tratamento através das plantas medicinais e fitoterápicas com orientação profissional; Revisão dos protocolos de atendimentos com medicamentos fitoterápicos; Contratar serviços de capacitação e consultoria para o desenvolvimento do programa; Ampliar e melhorar o Programa de Fitoterápicos; Assegurar o fornecimento de medicamentos conforme preconizado pela REMUNE e RENAME e ampliar o número de farmacêuticos.

303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO

			2022	2023	2024	2025	Total
Programa:	**3 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**	**Total Programa:**	**16.200,00**	**16.000,00**	**16.000,00**	**16.000,00**	**64.200,00**

Objetivo: IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE, QUANTO A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

Código	Tipo	Nome da ação	Unidade de Medida					
Município de Toledo				16.200,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	64.200,00
7	Atividade	AÇÕES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL		16.200,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	64.200,00
				0,000	0,000	0,000	0,000	
			Outras Unidades e Medidas					

Descrição complementar: Implementar ações de educação permanente em saúde para os servidores; Incentivar ações voltadas ao aleitamento materno, apoiar e fortalecer vínculos com banco de leite humano; Desenvolver ações de promoção da saúde, estimulando a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, voltados a qualidade de vida, visando a prevenção de agravos crônicos não transmissíveis e sua manutenção; Incentivo ás praticas corporais e de atividades físicas, e ações voltadas para oferta de cuidados para assegurar a melhoria do estado nutricional da população em geral; Promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis para a população em geral, e em particular crianças, gestantes, lactantes, doentes crônicos; Reforçar o quadro institucional de servidor nutricionista para garantir a equidade no acesso aos serviços de nutrição á população; Reforçar o sistema de vigilância nutricional e a sua integração no Sistema Nacional de Informação Sanitária e de Segurança Alimentar.

306 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

			2022	2023	2024	2025	Total
Programa :	**4 - ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR**	**Total Programa:**	**86.673.811,77**	**83.133.728,78**	**86.163.748,57**	**92.672.058,90**	**348.643.348,02**

Objetivo: QUALIFICAR A GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE MODO A GARANTIR O ACESSO EQUÂNIME DOS CIDADÃOS AO CONJUNTO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E DE MEDIA COMPLEXIDADE, DE FORMA RESOLUTIVA, EFICIENTE E SUSTENTÁVEL

Código	Tipo	Nome da ação	Unidade de Medida					
Município de Toledo				450.100,00	2.300.000,00	1.700.000,00	1.000.000,00	5.450.100,00
8	Projeto	FORTALECIMENTOS DA INFRAESTRUTURA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE		450.100,00	2.300.000,00	1.700.000,00	1.000.000,00	5.450.100,00
				500,000	1.200,000	980,000	850,000	
			Metros Quadrados					

Descrição complementar: Em parceria com o Governo Estadual e Federal, pôr em pleno funcionamento o Hospital Regional de Toledo, para atendimento à comunidade regional; Construir a sede própria do Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas (CAPS/AD); Construir nova sede para Centro de Atenção Psicossocial II; Ampliação, reformas e melhorias nas estruturas físicas do Centro de Atenção Psicossocial CAPS i e ambulatório de Saúde Mental; Executar reformas e melhorias na UPA da Vila Becker; Apoiar a conclusão das obras de ampliação do CISCOPAR a fim de disponibilizar de forma imediata a estrutura de atendimento a comunidade, com a implementação de Centros Cirúrgicos para a realização de pequenas cirurgias eletivas; Construção da Central de Esterilização de Materiais (anexo UPA); Executar reformas e melhorias no PAM da Vila Pioneiro conforme necessidades; Implantação de Centro de Equoterapia; Criar o Centro de Atendimento a especialidades; Reforma de estrutura para funcionamento da Central de Especialidades Municipal.

302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Município de Toledo 9 Atividade	AÇOES E SERVIÇOS DA ATENÇAO ESPECIALIZADA	**Outras Unidades e Medidas**	21.219.840,10 0,000	18.923.406,04 0,000	19.773.204,01 0,000	21.460.689,98 0,000	81.377.140,13

Descrição complementar: Equipar o serviço especializado de responsabilidade do município, com recursos humanos e materiais a fim de garantir continuidade do fluxo de atendimento; Reorganizar os processos de trabalhos internos do serviço especializado do Município; Fortalecer e apoiar a parceria com a 20ª Regional de Saúde para a realização dos procedimentos cirúrgicos e exames de média e alta complexidade no Município de Toledo, através de credenciamento de clínicas e hospitais; Seguir integrado ao programa de ostomizados, desenvolvido pelo CISCOPAR; Adequar o sistema de informática de acordo com as necessidades dos setores da Secretaria de Saúde, buscando a integração do prontuário eletrônico e dos protocolos de atendimentos e encaminhamentos médicos; Estabelecer um plano com o número de vagas necessárias dos serviços por especialidade junto ao CISCOPAR, buscando os prestadores necessários para atender a demanda; Apoiar o credenciamento de novas especialidades e exames via CISCOPAR, conforme necessidades do Município; Desenvolver ações de incentivo a prevenção, tratamento e reabilitação de doenças relacionadas ao trabalhado; Ampliar o acesso as consultas de especialidades reduzindo o tempo de espera, através de adoção de medidas de regulação e monitoramento; Via CISCOPAR implantar a sede própria do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD III), como serviço ambulatorial contínuo e de 24 horas, para atender pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas; Fortalecer a política de atenção integral à saúde da mulher, na Atenção Especializada; Assegurar a qualificação da atenção especializada à saúde, de acordo com protocolos clínicos e de regulação; Contratação de médicos, profissionais da saúde e serviços para o atendimento das diferentes especialidades e exames, a fim de diminuir o tempo de espera e assegurar a qualidade nos tratamentos; Viabilizar em parceria com o CISCOPAR, a ampliação dos atendimentos do Centro de Especialidade Odontológico - CEO, aumentando a oferta no serviço de especialidade odontológica à população de Toledo; Implantar o Programa de Residência de Saúde; Implementar o Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Práticas Integrativas; Reorganizar e estruturar o fluxo de referência e contra referência; Fortalecer parcerias com as Universidades para os atendimentos especializados; Aumentar o número de procedimentos, diminuindo a fila de espera em algumas especialidades sendo realizado dentro do Município, evitando assim o deslocamento; Implantar a regionalização dos serviços em saúde - serviços especializados perto da casa do cidadão; Fortalecer a saúde do trabalhador com fortalecimento do centro de fisioterapia; Implantar centros de equoterapia; Combate ao sedentarismo, controle da obesidade; Implantar programas para alivio da dor; Garantir o atendimento na especialidade através de controle e avaliação; Em parceria com a Regional de Saúde e CISCOPAR, realizar credenciamento com hospitais de regiões próximas para a realização de cirurgias de baixa e média complexidade, evitando o deslocamento; Reforma de estrutura para funcionamento da Central de Especialidades Municipal.

302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Município de Toledo				47.054.713,62	47.179.566,11	49.298.270,30	53.505.486,27	197.038.036,30
10	Atividade	AÇOES EM URGENCIA E EMERGENCIA NA SAUDE	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Garantir a manutenção das estruturas, equipamentos e serviços ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento; Reestruturar, readequar e equipar o Pronto Atendimento Dr. Jorge Milton Nunes; Qualificar e adequar o quadro de servidores nas Unidades de Pronto Atendimento; Desenvolver ações de orientação para o fluxo adequado de atendimentos, reforçando a importância do atendimento inicial nas UBS, priorizando o atendimento das Urgências e Emergências; Desenvolver ações visando estabelecer um vínculo entre os usuários e equipes das UBS, especialmente naqueles nos quais se observe uma reiterada frequência aos serviços de Urgência e Emergência, visando ações de acompanhamento e manejo adequados; Implantar o Programa de Residência em Saúde; Implementar serviços de urgência e emergência realizados através do CONSAMU; Fortalecimento da rede no contexto baixa/media complexidade nas Unidades de Urgência e Emergência Municipal; Fortalecer a parceria com as Universidades para atendimentos; Reorganizar o fluxo de atendimento da UPA, realizando o suporte in loco e imediato para pacientes internados na observação e, quando necessário, encaminhar a esta Unidade que funcionara como apoio; Implantar e implementar Programa de Assistência Domiciliar (EMAD) com equipe multiprofissional (EMAP), melhorando o acesso a usuários acamados; Reforma do PAM e ampliação da rede de gases medicinais.

Município de Toledo				6.265.313,14	5.458.501,69	5.703.627,94	6.190.387,30	23.617.830,07
11	Atividade	AÇOES EM SAUDE MENTAL	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Ampliar e reestruturar o serviço de Saúde Mental, disponibilizando atendimento em grupo e individual em psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional; Fortalecer grupos de Família da Saúde Mental; Fortalecer as ações do Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II, CAPS i e CAPS AD; Implementar os programas de prevenção à drogas para os adolescentes, em parceria com outras secretarias, entidades e Conselho Municipal Antidrogas (COMAD); Ampliar ações de matriciamento junto a atenção básica; Ampliar e desenvolver ações de prevenção junto a atenção básica e outras políticas; Ampliar e implementar o Programa de Combate ao Tabagismo junto aos serviços capacitados da Atenção Básica; Aderir à Política Nacional de Enfrentamento ao CRACK; Desenvolver e implementar ações intersetoriais em saúde mental, visando fortalecer a Rede de Atenção á Saúde Mental; Priorizar a contratação de novos profissionais para a Rede de Saúde Mental; Implementar o Programa Municipal de Residência Médica de Toledo; Pactuar serviços de referência para internação voluntaria, involuntária e compulsória; Credenciar/contratar psiquiatras para atendimento clínico, viabilizando a habilitação dos serviços do Ambulatório de Saúde Mental e CAPS i; Intensificar os atendimentos de psicologia, individuais e em grupos, como medida preventiva e curativa de possíveis patologias ocasionadas em decorrência do isolamento e distanciamento social; Adequar fluxos nos serviços para o atendimentos de usuários com deficiências e síndromes (Autismo, Down, Willians) diversos serviços; Ampliar e melhorar o atendimentos dos jovens envolvidos com o tráfico e uso de drogas por meio de projetos e atividades especificas das Secretarias de Saúde, Cultura, Esportes e Assistência Social (FUNDO ANTI DROGAS); Melhorar o sistema de informação da saúde municipal incluindo campos de registros da saúde mental, como PTS e atividades em grupos; Aquisição de carro para o CAPS i para viabilizar os atendimentos domiciliares, ações de matriciamento e intersetoriais; Manter as estruturas físicas e dotar de recursos humanos, administrativos e equipamentos para realização de suas atividades.

Município de Toledo				9.500,00	11.575,84	12.095,67	13.127,93	46.299,44
12	Atividade	ATIVIDADES DE PREVENÇAO A DEPENDENCIA QUIMICA	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Incentivar, em conjunto com demais secretarias e organizações, ações de prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, segundo diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, assim como monitorar as respectivas ações; Desenvolver programas e atividades de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, em ações de reinserção social e apoiar órgãos competentes na fiscalização do comércio e propaganda das drogas lícitas; Cooperar e/ou atuar junto aos serviços de encaminhamento e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas; Estimular estudos e pesquisas sobre a temática das drogas, visando levantamento de dados e diagnóstico sobre a atual conjuntura, assim como em comparação da realidade local com os cenários mais amplos; Desenvolver ações do Projeto "Crack é possível vencer" em parceria com a Secretaria de Segurança e Trânsito.

302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Município de Toledo				11.674.344,91	9.260.679,10	9.676.550,65	10.502.367,42	41.113.942,08
13	Atividade	AÇOES E SERVIÇOS DA ATENÇAO HOSPITALAR	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Unir esforços com outras esferas e forças políticas regionais, promovendo a efetiva participação dos municípios envolvidos na defesa de seus interesses, para viabilizar o início das atividades do Hospital Regional, em decorrência da importância desse serviço para a população, no contexto de média e alta complexidade; Definir o modelo de gestão e a governança do Hospital Regional de Toledo, avaliando a constituição de um Conselho Gestor, com possível representação do Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde (CRESEMS), dos Conselhos Municipais de Saúde, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, da Prefeitura Municipal de Toledo e demais Prefeituras Municipais, da 20ª Regional de Saúde (Secretaria Estadual da Saúde) e da Direção do Hospital; Implementar o funcionamento do Hospital Regional, com a adequada manutenção das estruturas e equipamentos do mesmo; Disponibilizar os leitos hospitalares do Hospital Regional de Toledo à Central Estadual de Regulação de Leitos Hospitalares; Desenvolver ações de orientação e aperfeiçoamento dos fluxos, estruturando adequado e oportuno acesso a atenção hospitalar, de média e alta complexidade (leitos de UTI e demais especialidades a serem definidas), avaliando a possibilidade de oferecer adequado acesso a procedimentos eletivos e de urgência, com diminuição do tempo de espera, conforme demandas identificadas pela Rede de Atenção a Saúde, bem como, desenvolver ações visando fortalecer o vinculo entre os usuários do serviço hospitalar e as Equipes de Atenção Primária em Saúde, buscando a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar.

302 - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

			2022	2023	2024	2025	Total
Programa:	**5 - ATENÇÃO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE**	**Total Programa:**	**7.256.990,87**	**8.161.862,77**	**8.528.389,51**	**9.256.219,84**	**33.203.462,99**

Objetivo: PROMOVER NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA, ZOONOSES E SAÚDE DO TRABALHADOR, AÇÕES DE PREVENÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE E CONTROLE.

Código	Tipo	Nome da ação	Unidade de Medida					
Município de Toledo				3.394.846,02	3.790.281,67	3.960.492,76	4.298.489,37	15.444.109,82
14	Atividade: AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR			3.394.846,02	3.790.281,67	3.960.492,76	4.298.489,37	15.444.109,82
				0,000	0,000	0,000	0,000	

Outras Unidades e Medidas

Descrição complementar: Vigilância Sanitária: Realizar vistorias em todos os estabelecimentos comerciais, industriais e prestadores de serviços e de interesse à saúde, para liberação da licença sanitária e vistorias de rotina nos mesmos locais; Realizar vistorias técnicas para anuência à instalação de indústrias, loteamentos e lançamento de efluentes; Atender as denúncias/reclamações sobre Setor Regulado; Controlar a qualidade da água utilizada em piscinas e sistemas de abastecimento de água; Desenvolver o VigiÁGUA, VigiAR e o VigiSOLO; Realizar busca e apreensão de produtos e coleta de amostra para análise fiscal; Realizar palestras e orientações à população; Encaminhar processos para registro de produtos no Ministério da Saúde; Acompanhar o controle da raiva canina; Implementar, em parceria com universidades, iniciativa privada e órgãos governamentais, ações de zoonoses (especificamente cães); Vigilância e cobrança efetiva das indústrias poluentes de Toledo; Fiscalização de empresa de dejetos industriais; Implementar ações de Vigilância Ambiental; Implementar os projetos das DANTs e propor novos nesta área; Implantação do protocolo online para pedidos de vistorias e renovação de licença sanitária, implantação da impressão online da licença sanitária para estabelecimentos licenciados; Implementar o registro de ações e informações atualizados, através dos sistemas de informação; Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador: Participar, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; Participar, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; Avaliar o impacto que as tecnologias provocam à saúde; Implementar e estruturar a rede de saúde do trabalhador; Informar as empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; Participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; Requerer ao órgão competente a interdição de máquina de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores; Apoiar e fomentar a criação e execução das ações, projetos e programas da CISEA (Comissão Intersetorial de Educação Ambiental) Decreto n.º 1007 de 2020; Reforçar o quadro institucional de servidores na vigilância em saúde; Promover assistência à saúde dos servidores ativos através da CAST - Caixa de Assistência dos Servidores Públicos Municipais de Toledo.

305- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Município de Toledo				3.862.144,85	4.371.581,10	4.567.896,75	4.957.730,47	17.759.353,17
15	Atividade	AÇOES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	**Outras Unidades e Medidas**	0,000	0,000	0,000	0,000	

Descrição complementar: Realizar as investigações de doenças de notificação obrigatória (doenças transmissíveis e que podem causar epidemia e doenças do trabalho), doenças não transmissíveis, violências, acidentes e surtos (alimentar sistema de informação - SINAN); Realizar codificação e investigação de óbitos (alimentar Sistema de Informação de Mortalidade - SIM), monitorar os óbitos e suas causas; Realizar o monitoramento de nascimentos (alimentar sistema de informação de nascidos - SINASC); Gerenciar e desenvolver ações relacionadas à imunização (Programa Nacional de Imunização - PNI), bem como distribuição de vacinas, controle da rede de frio, acompanhamento das coberturas vacinais, orientações e assessoria às UBS; Estruturar as campanhas de vacinação e bloqueios; Encaminhar e acompanhar exames de doenças de notificação obrigatória ao Laboratório Central do Estado - Lacen; Dotar de estrutura física, administrativa e de recursos humanos a área de vigilância epidemiológica; Manter o registro de ações e informações atualizados através dos sistemas de informação; Fornecer orientação técnica permanente para os que tem a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como seu fatores condicionantes; Realizar o controle de vetores para evitar as seguintes doenças endêmicas: Malária, Leishmaniose, Febre Amarela, Dengue, Zica Vírus, Chikungunya, Doença de Chagas entre outras; Acompanhamento dos casos notificados; Intensificar as ações através de campanhas e palestras aos profissionais de saúde, como forma de orientação e prevenção, assim como manter os serviços de rotina como as visitas domiciliares, tratamento e eliminação/controle de possíveis criadouros e hospedeiros de vetores; Atuar na prevenção e monitoramento permanente de epidemias, intensificando campanhas e ações da vigilância epidemiológica em parcerias com os Governos Estadual e Federal; Desenvolver estudos para construção de um boletim epidemiológico; Proporcionar condições para atender com eficiência e eficácia o enfrentamento a COVID-19 e sua imunização; Investir em ações preventivas de conscientização no trato a doenças transmissíveis; Articular ações das ESF para melhorar índices epidemiológicos do território atendido; Ampliar o número de ACE.

304 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Total Geral:	**174.639.396,65**	**178.408.772,42**	**185.965.490,43**	**199.821.958,61**	**738.835.618,11**

ANEXO III – RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
LEI Nº. 2.022, DE 16 DE MARÇO DE 2010
ÓRGÃO OFICIAL CERTIFICADO DIGITALMENTE
A Secretaria de Comunicação de Toledo (PR) dá garantia de autenticidade desta documento, desde que visualizado através do site
www.toledo.pr.gov.br

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO

Resolução nº 37/2021

Toledo, 17 de dezembro de 2021.

Dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022 - 2025.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Toledo, em Reunião Extraordinária do dia 17 de dezembro de 2021 e, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis Nacionais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal 2.094, de 26 de fevereiro de 2019 e atendendo ao princípio da participação e do controle social;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022 - 2025.
Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

TEOMAR ROQUE JANTSCH
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Central de Conselhos Dorival Moreira da Silva, Rua Santo Campagnolo, 1216, Edifício Alberto Santos Dumont, sala 103 – Centro – Toledo/Pr 85.905-030
Fone (45) 99105-0265 **E-mail** cmstoo@gmail.com

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO

SECRETARIA DE
POLÍTICAS PARA INFÂNCIA,
JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E
DESENVOLVIMENTO HUMANO

PLANO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA DE TOLEDO – PARANÁ

2022 a 2025

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO……... 4

2. IDENTIFICAÇÃO……..……..... 5

3. MARCO SITUACIONAL 10

3.1 Diagnóstico do Município de Toledo …….... 12

3.1.1 Aspectos geográficos 12

3.1.2 Aspectos populacionais 19

3.1.2.1 Evolução da População do Município de Toledo de 2016 à 2021 21

3.1.2.2 Estrutura de distribuição etária e sexo da população 22

3.1.2.3 IDH – Índice de Desenvolvimento Humano- Toledo – 2000 e 2010 24

3.1.2.4 Expectativa de vida 26

3.1.2.5 População por Raça e /ou Cor 27

3.3 Aspectos socioeconômicos 29

4. JUSTIFICATIVA 30

5. MARCO LEGAL 31

5.1 Marco Internacional 33

5.2 Marco Nacional 34

5.3 Marco Estadual 37

5.4 Marco Municipal 43

5.4.1 Considerações sobre a implementação da Política da Pessoa Idosa em nível local 43

6. OBJETIVOS DO PLANO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOS IDOSA 48

6.1 Objetivo Geral 48
6.2 Objetivos Específicos 48
7. DIRETRIZES E PRIORIDADES 48
7.1 Conferências Municipais 50
7.2 Nomeação de Conselheiros Municipais 51
8. INDICADORES, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA 53
8.1 Monitoramentos das Propostas 53
9. EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA – PLANO DE AÇÃO ……..……..... 61
9.1 Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano 61
9.2 Assistência Social 70
9.3 Saúde 81
9.4 Educação 86
9.5 Planejamento e Habitação 87
9.5.1 Acessibilidade Urbana 89
9.6 Esportes e Lazer 90
9.6.1 Esporte e Lazer para Pessoas Idosas 91
9.6.2 Formulação de Política Pública de Esporte e Lazer direcionadas à Pessoa Idosa no Município de Toledo 93
9.7 Cultura 100
9.8 Segurança e Mobilidade Urbana 113
9.9 Segurança Alimentar e Nutricional 116
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 121

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa subsidia a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e refere-se ao período de 2022-2025**,** é um documento que fundamenta, regulamenta e orienta a proposição e execução de políticas públicas do município, é um instrumento, de garantia e defesa de direitos que pretende criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações, metas e estratégias para assegurar o atendimento e a proteção integral voltado às pessoas idosas do município de Toledo.

Este documento está sendo atualizado nesse ano de 2022, enquanto uma demanda do município de Toledo, no sentido de organizar as ações e estratégias voltadas ao atendimento da pessoa idosa, é uma atribuição da Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano, com a participação do Conselho Municipal do Direitos da Pessoa Idosa - CMDI, e de diversos representantes das secretarias setoriais que atendem a pessoa idosa.

A construção desse documento conta com a identificação, marco situacional, diagnóstico, justificativa, marco legal, com destaque para o marco internacional, marco nacional, marco estadual, marco municipal, traz também objetivos, diretrizes e prioridades e os eixos estratégicos, com plano de ação, através das seguintes secretarias: Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano, Assistência Social, Saúde; Educação, Planejamento, Habitação e Urbanismo; Esportes e Lazer; Cultura, Segurança e Mobilidade Urbana, Secretaria da Administração, bem como ao final apresenta indicadores, monitoramento e avaliação do documento para nortear as diretrizes e constante aprimoramento das ações.

Sendo instrumento de Gestão, o Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa deve ser utilizado constantemente para análise dos serviços, a fim de rever metas e ações para aprimorar a rede de atendimento ao idoso em nosso município.

2. IDENTIFICAÇÃO

1.1 PREFEITURA MUNICIPAL	
Nome do Prefeito: Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt	Mandato do Prefeito: Início: 01/01/2021, Término: 31/12/2024
Endereço da Prefeitura: Rua Raimundo Leonardi, 1586, Centro CEP; 85900110	Telefone: (45) 3196-2140
email: gabinete@toledo.pr.gov.br	Site: www.toledo.pr.gov.br

1.2 Nome do órgão gestor: Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano	
CNPJ: 76.205.806/0001-88	Lei e data criação: Lei nº 2.344, 15 de julho de 2021
Responsável: Jennifer Thays Chagas Teixeira	Ato de nomeação da gestora e data: 01/01/2022
Endereço: Rua: México nº 150 – Jardim Gisela	CEP: 85905-370
Telefone: (45|) 3196-2406	E-mail: gabinetesmdh.toledo@gmail.com
Site: www.toledo.pr.gov.br	

1.3 FUNDO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA	
Número da Lei de Criação: nº 2.360	Data criação: 09 de dezembro de 2021
CNPJ: 76.205.806./0001-88	
Nome da ordenadora de despesas do FMDI:	Jennifer Thays Chagas Texeira

1.4 CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA	
Número da Lei de Criação: nº 2.359	Data: 09/12/2021
Nome do Presidente: Martha Regina Rohr	Mandato: 2020 - 2023
Nome do Vice Presidente: Clóvis Lothar Bremer	
Secretária Executiva: Heloisa Heiss Giaretta	Telefone:(45) 3196-2401
Endereço: Rua: México, nº 150 – Jardim Gisela	Email: smdh.conselhos@gmail.com

1.5 CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA Fonte: DECRETO Nº 189, de 8 de julho de 2021- Nomeia os membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo.			
SEGMENTO	**Nome do Conselheiro**	**Representatividade**	**Titularidade**
GOVERNAMENTAL	José Correia de Matos	Secretaria da Administração	Titular
	Sandro Augusto Consorte	Secretaria da Administração	Suplente
	Martha Regina Rohr	Secretaria da Assistência Social	Titular
	Jean Michell Fagundes Bispo	Secretaria da Assistência Social	Suplente
	Anésio José Vitto	Secretaria da Cultura	Titular
	Cleonice Dumke	Secretaria da Cultura	Suplente
	Hiojhana Dalpra	Secretaria da Educação	Titular
	Fabiana Bedun Sackvil	Secretaria da Educação	Suplente
	Marcia Franciele Spies	Secretaria de Esportes e Lazer	Titular
	Joice Cristiane Lopes	Secretaria de Esportes e Lazer	Suplente
	Edilza Gomes Coutinho	Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano	Titular
	Aline Katucia Back Turmina	Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano	Suplente
	Eliana Rebellato	Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo	Titular
	Luciane Graziele de Souza Leonardi	Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo	Suplente
	Inês Terezinha Pastório	Secretaria da Saúde	Titular
	Taylon Eduardo Pereira	Secretaria da Saúde	Suplente
	Magda Ritter	Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana	Titular
	Gabriela Priamo Rodrigues	Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana	Suplente

1.5 CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA Fonte: DECRETO Nº 189, de 8 de julho de 2021- Nomeia os membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo.			
NÃO GOVERNAMENTAL	Gilmar Antonio Pozza	Grupo de Idosos São José Operário – Pioneira	Titular
	Janir Margarete Schuler Pozza	Grupo de Idosos São José Operário - Pioneira	Suplente
	Benedito Galvão da Silva	Grupo de Idosos Perseverantes da Paz - Jd. Maracanã	Titular
	Antonio Godino Neto	Grupo de Idosos Perseverantes da Paz - Jd. Maracanã	Suplente
	Marlene Ivani Potrich da Silva	Grupo de Idosos São Joaquim e Santa Ana – Linha Floriano	Titular
	Inezio Dalagostinho	Grupo de Idosos São Joaquim e Santa Ana – Linha Floriano	Suplente
	Ineiva Terezinha Kreutz	Instituição de Ensino Superior - UNIOESTE	Titular
	Cristiane Carla Konno	Instituição de Ensino Superior - UNIOESTE	Suplente
	Lusineide Clemente Benício Leal – Lar Irmãos Dentzer	Entidades Sociais de Atendimento às Políticas de Atenção à Pessoa Idosa	Titular
	Geonice Martins Fedel APA _ Lar dos Idosos	Entidades Sociais de Atendimento às Políticas de Atenção à Pessoa Idosa	Suplente
	Fátima Aparecida Lessa – SerToledo Sindicato dos Servidores	Organizações Civis que atuam na defesa e garantia de direitos da pessoa idosa	Titular
	Maria Ernestina Terra da Silva – SerToledo Sindicato dos Servidores	Organizações Civis que atuam na defesa e garantia de direitos da pessoa idosa	Suplente
	Francisco Antonio Rauber – APP Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná	Organizações Civis que atuam na defesa e garantia de direitos da pessoa idosa	Titular

1.5 CONSELHEIROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA Fonte: DECRETO Nº 189, de 8 de julho de 2021- Nomeia os membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo.			
A L	Paulo Fabro - APP Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná	Organizações Civis que atuam na defesa e garantia de direitos da pessoa idosa	Suplente
	Clóvis Lothar Bremer	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB	Titular
	Mariane Siqueira da Motta	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB	Suplente
	Noelir de Fátima Machado Kolling	Associação de Moradores de Bom Princípio	Titular
	Josiellen Kamila Kolling	Associação de Moradores de Bom Princípio	Suplente

1.6 COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO – Resolução nº 27/2022 de 16 de Agosto de 2022	
SECRETARIA	REPRESENTANTES
Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano	Edilza Gomes Coutinho/Suzamar Stéfani Jandrey Dorfschmidt
Secretaria da Assistência Social	Rachel Lúcia Rech/Martha Regina Rohr
Secretaria da Saúde	Valdenice Leite de Souza/Inês Terezinha Pastório
Secretaria da Educação	Luci Graciela Kuhn
Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo	Tainara Aline da Silva
Secretaria de Esportes e Lazer	Marcia Franciele Spies / Joice Cristiane Lopes
Secretaria da Cultura	Anesio José Vitto
Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana	Magda Ritter
Secretaria da Administração - Segurança Alimentar e Nutricional	Vanessa Gesser
Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDI	Gilmar Antonio Pozza, Clovis Lothar Bremer, Lusineide Clemente Benicio Leal e Francisco Antônio Rauber.

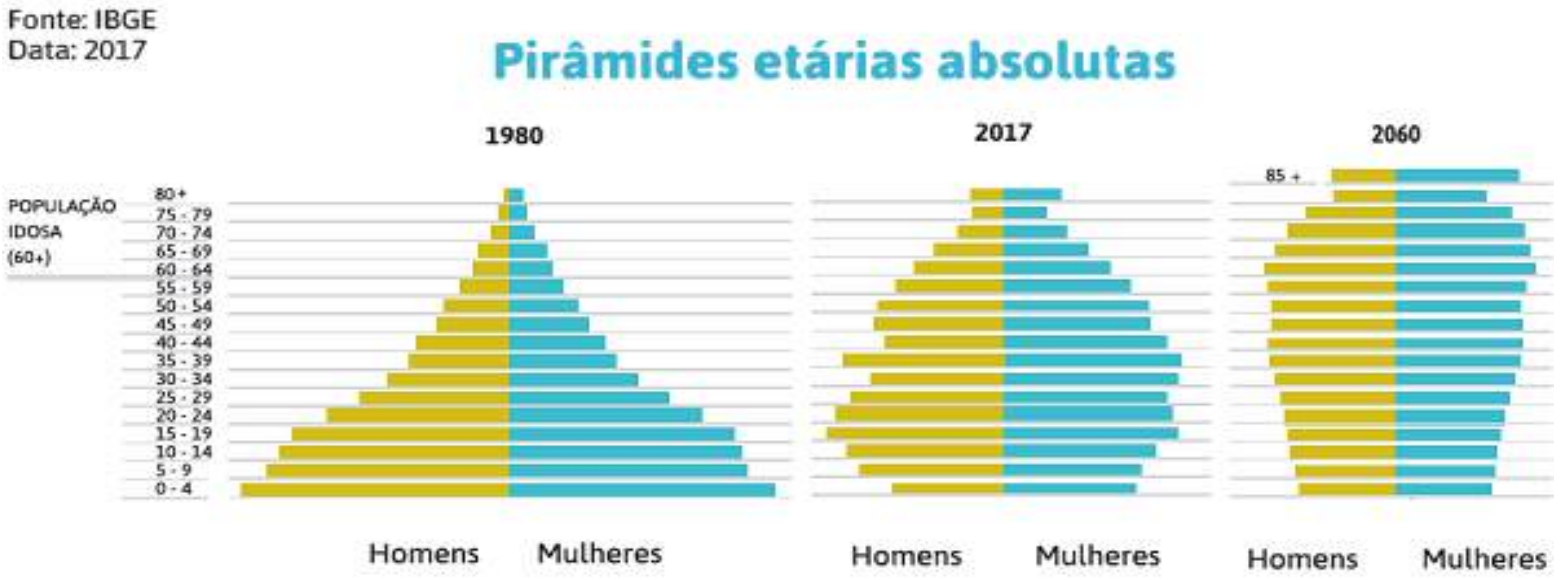
3. MARCO SITUACIONAL

O envelhecimento é um processo sequencial, cumulativo, irreversível e não patológico da vida de todo indivíduo (SPIES, 2019), é um fenômeno que ocorre em escala global, esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade. Fatores estes, que juntos, resultam numa grande quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens.

Estimativas das Nações Unidas apontam que a população idosa no Brasil estará entre as seis maiores do mundo em 2025, precedida por China, Índia, Rússia, EUA e Japão (GOLDMAN, 2000). Assim como o nascimento, o envelhecimento deve ser encarado como uma etapa natural do desenvolvimento, uma vez que não se inicia subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interações de processos sociais, médicos e comportamentais durante toda a vida (SPIES, 2019), são únicos para cada pessoa, sendo resultado da interação dos fatores genéticos e ambientais (SILVA, 2009).

Informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o aumento da população idosa tem mudado o formato da pirâmide etária em relação ao ano de 1980. Essa transição demográfica, modifica a forma da pirâmide etária, a base composta por jovens, fica estreita e o topo, representado por idosos, aumenta. Esta mudança será ainda mais significativa em 2060, quando aproximadamente 1/3da população brasileira será de pessoas idosas, conforme ilustrado abaixo.

Figura 1 – Pirâmides Etárias.



O Brasil está em franco processo de envelhecimento, até a década de 50 ou mesmo 60, as características demográficas do país indicavam uma população bastante jovem, com altas taxas de fertilidade e taxas de mortalidade que apenas começavam a diminuir. A partir de então, teve início um processo de redução das taxas de fertilidade que, nos últimos anos, vem se acelerando.

A expectativa de vida dos brasileiros tem aumentado de ano para ano. Conforme pesquisa realizada em julho de 2018 pelo IBGE, a previsão é de que, até o ano de 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 9,2% para 25,5%, o que demanda políticas públicas intersetoriais e transversais, para assegurar o respeito e cumprimento dos direitos da pessoa idosa do Brasil.

A partir de dados disponíveis nas fontes de informações oficiais, tais como: IBGE - Censo Demográfico 2000 e 2010; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS; Censo SUAS 2012; Censo SUAS 2013; IPEA 2002; Centro Operacional do Idoso do Ministério Público do Paraná- 2010; Disque Idoso Paraná; Disque 100 da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, bem como dos disponibilizados pelo Estado do Paraná ou disque 181. Utilizaram-se também dados em nível municipal.

Estudos apresentados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística confirmam o fenômeno de envelhecimento populacional em nosso país. Em 1970 o percentual da população idosa sobre a população total era de 5,06%, em 1980 de 6,06%, em 1990 de 7,06%, em 2000 corresponde a 8,06%, mas a estimativa a população idosa em 2010 era 7,3%, poderá chegar 40,3% em 2.100. Para 2025 é de 15%3 e a previsão é que até 2060, o percentual de pessoas idosa chegará a 25,5%.

Segundo o Censo 2010 do IBGE a população total de Toledo é de 119.313 habitantes, destes 11.975 são pessoas idosas, ou seja, tem 60 anos ou mais, representando total de 10,03% da população do município. Do total de 11.975 idosos, 5.347 são homens e 6.628 são mulheres, a população feminina é 10% maior do que a masculina.

Segundo dados do IBGE, o estado do Paraná é o 7º estado no ranking das unidades da federação, no que se refere à longevidade.

3.1 Diagnóstico do Município de Toledo

3.1.1 Aspectos Geográficos

O Município de Toledo situa-se na Região Oeste do Paraná, no Terceiro Planalto Paranaense, também chamado de Planalto de Guarapuava. Sua extensão é de 23.128 km², correspondendo a 11,44 % da área total do Estado do Paraná. A região Oeste limita-se ao Sul pelo rio Iguaçu, ao Norte pelo rio Piquiri, a Leste pelo rio Guarani (afluente do rio Iguaçu) e a Oeste pelo rio Paraná; e faz fronteira com os países Paraguai e Argentina. Toledo foi desmembrado do município de Foz de Iguaçu no dia 14 de dezembro de 1952. Sua área territorial consiste em 1.195,580Km² e a distância do município até a capital é de 536,60 Km. A Região Oeste do Paraná está dividida em três microrregiões: a de Toledo, Cascavel e Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade Polo da microrregião, sendo chamado assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao número de habitantes, o comércio e a indústria ser mais expressivo.

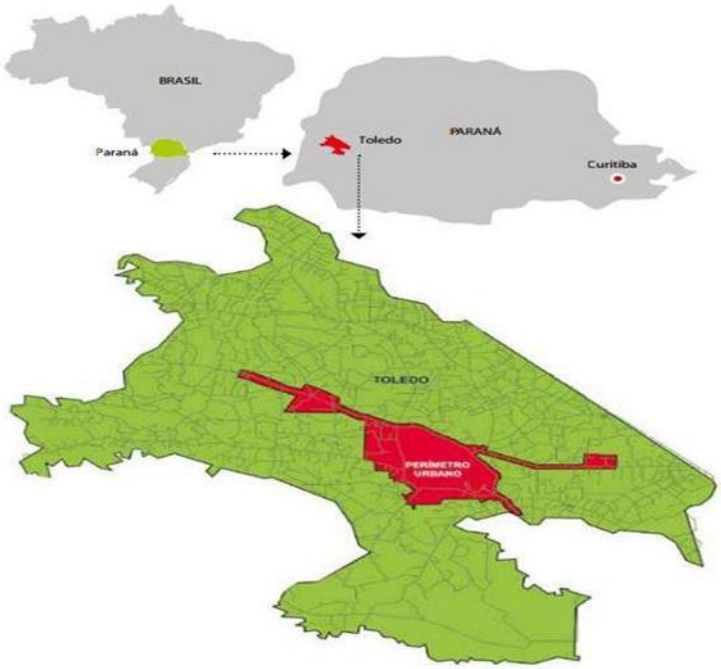


FIGURA 02- Mapa de Localização do Município de Toledo
FONTE: Plano Diretor/2015

O Município limita-se ao Norte com os municípios de Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul com Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste com Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; a Oeste com Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste (Fonte: Mapa das reservas oficiais do Município de Toledo - 1º semestre de 1996).

FIGURA 03 – Limites Do Município De Toledo

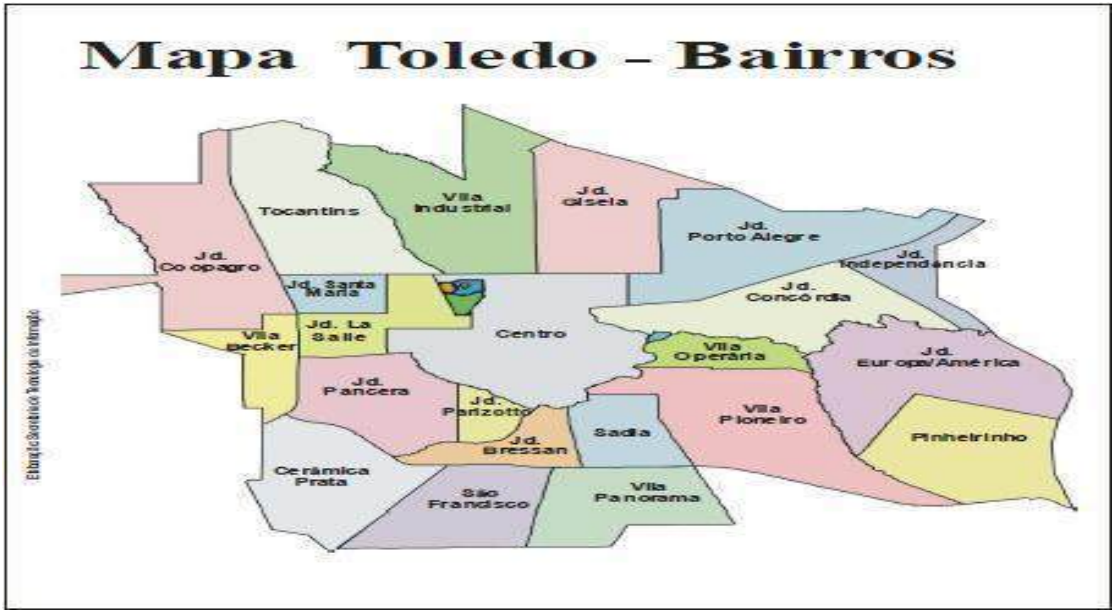


FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG 92010)

Do total da Área Territorial do município, podemos afirmar que 54,564 km² é de área Territorial Urbana, contendo 25 bairros, que são: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre, Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera, Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro, Pinheirinho, Vila Operária, Centro, Cristo Rei, Jardim Panorama II e Usina.

FIGURA 04 – Mapa Geopolítico do Município de Toledo



Fonte: Prefeitura Municipal de Toledo, 2021.

Ainda em relação a divisão administrativa, Toledo possui 09 distritos, os quais são: Concórdia do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Novo Sarandi, Novo Sobradinho, São Luiz do Oeste, São Miguel, Vila Ipiranga, Vila Nova e Bom Princípio.

QUADRO 01 - Área Geográfica dos Distritos – Toledo 2019

DISTRITO	ÁREA GEOGRÁFICA
Concórdia do Oeste	45,21 km²
Dez de Maio	117,80 km²
Dois Irmãos	49,48 km²
Novo Sarandi	66,13 km²
Novo Sobradinho	45,53 km²
São Luiz do Oeste	66,85 km²
São Miguel	57,35 km²
Vila Ipiranga	32,58 km²
Vila Nova	110,11 km²
Toledo - sede	616,95 km²
Total	**1.198,607 km²**

Fonte: Departamento de Estatística da Prefeitura de Toledo.

Com base na classificação climática de Wladimir Koeppen de 1993, pode-se dizer que o clima de Toledo é subtropical úmido mesotérmico, com verões quentes e geadas pouco frequentes, com tendência de concentração das chuvas nos meses de verão, sem estação seca definida (Fonte: IAPAR).

O relevo do município é ligeiramente ondulado ao centro, Norte e Leste quase plano, no Nordeste e Sudoeste pouco acidentado. O Nordeste existe uma pequena elevação com o nome de Serra de São Francisco, a Leste de Dez de Maio, entre esta vila e Linha União. Ao Sudoeste, encontra-se a pequena Serra das Palmeiras, que se localiza entre o Município de Ouro Verde do Oeste e a localidade de Cerro da

Lola. A ondulação do relevo toledano é quase simétrica, assinalada pela existência de quatro espigões paralelos, ou semiparalelas, que funcionam como divisores de água. Todos esses espigões situam-se na direção Oeste-Leste e canalizando as águas na grande bacia do Paraná.

A altitude do Município é de 547 metros acima do nível do mar, com latitude sul 24º45’ e longitude oeste 53º42’. O ponto mais elevado fica entre o Distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado, com a altitude de 687 metros (dados da folha MI – 281/4 do Ministério do Exército – Departamento de Engenharia e Comunicações – Diretoria de Serviço Geográfico Região Sul do Brasil).

Quanto ao solo do Município, na sua maioria, é do tipo latossolo roxo (terra roxa), com boa capacidade de retenção de água, ventilação e permeabilidade. É um tipo de solo caracterizado pelas rochas eruptivas (vulcões), muito fértil, favorável à exploração agrícola, entretanto necessita das práticas de conservação de solo para o controle da erosão.

Em relação à vegetação o município de Toledo, no início era coberto por enormes extensões de pinheirais interrompidas apenas por manchas de campo, conhecida como campina. Devido à exploração desenfreada da madeira e com a mecanização agrícola dos anos 70, atualmente as áreas de mata nativa não passam de 5% no município, com destaque para pequenas reservas e mata ciliar, que está sendo recuperada com o plantio de espécies nativas para proteger os mananciais e a fauna aquática. As áreas de reflorestamento com eucalipto, pinus e araucária somam aproximadamente 2.700 hectares. As áreas existentes como preservação ambiental são: Complexo Turístico do Rio São Francisco, Parque Ecológico Diva Paim Barth, Parque Linear de Toledo, Parque dos Pioneiros, Viveiro Municipal e quatro Reservas Particulares do Patrimônio Natural, totalizando uma área de 923 hectares, com cobertura de floresta nativa e fauna silvestre diversificada.

Na Hidrografia, todos os rios que compõem a hidrografia de Toledo correm no sentido leste-oeste. As principais bacias hidrográficas são as do Rio São Francisco e do Marreco (centro), do Guaçu e Dezoito de Abril (ao norte), Rio Santa Quitéria (sul). O Rio Toledo é considerado o mais importante, uma vez que corta o perímetro urbano da sede do Município e também suas águas são utilizadas para o abastecimento de água tratada pela SANEPAR (Serviço de Saneamento do Paraná). O Rio Toledo possui uma extensão de 27 km, sendo que a sua nascente fica ao leste da cidade, entre o distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado. As sangas que compõem

a bacia hidrográfica do Rio Toledo são: Sanga Perdida, Sanga Golondrina, Sanga Guarani, Sanga Manaus, Sanga Pinheirinho, Sanga Capellari, Sanga Lajes. Para integrar a bacia hidrográfica do Rio Toledo à cidade, foi desenvolvido um projeto de recuperação ambiental do rio, e faz parte deste, o Projeto Parque Linear, que objetiva a integração das margens do rio na malha urbana.

O Município de Toledo está situado em uma região de colonização recente. Sua efetiva ocupação deu-se nas décadas de 1940 e 1950, tanto que em 1960 havia apenas cinco municípios na região: Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo, Guairá e Guaraniaçu. Toledo surgiu quando a Industrial Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A – "MARIPÁ", começou a explorar uma área de terra adquirida dos ingleses – Fazenda Britânia. A atividade inicial era a exportação de madeira para Argentina e Uruguai. Progressivamente a Maripá organizou um plano de colonização, fundamentado em pequenas propriedades (em média 10 (dez) alqueires paulistas), com o objetivo de implantar uma estrutura de propriedade que garantisse a produção para a subsistência e que, pela diversificação, estimulasse uma economia de mercado capaz de reforçar as relações capitalistas de produção. Para tanto havia um produtor e um consumidor em potencial. Eram as famílias de pequenos proprietários do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, fundamentalmente descendentes de alemães e italianos, detentoras de tecnologias herdadas dos seus ancestrais europeus.

O desenvolvimento de Toledo se deu de uma forma acelerada. Inicialmente convergente em torno da economia das comunidades agrícolas, o que emprestou à sociedade um forte espírito gregário. Posteriormente, na passagem da década de 1960/1970, a modernização 16 agrícola imprimiu novas relações no campo e a especialização agrícola favoreceu a monocultura e a concentração da propriedade, ocasionando o êxodo rural e a acelerada urbanização. O comportamento demográfico do Município e da Região comprova este quadro. Toledo recebera seu primeiro contingente de colonizadores em 1946. Já em 1951 fora decretado Município, que veio a ser instalado oficialmente a 14 de dezembro de 1952.

A suinocultura, que era atividade complementar para os pioneiros, foi desenvolvendo-se na década de 50, levando à fundação do Frigorífico Pioneiro S/A. O Frigorífico teve seu controle acionário adquirido pela empresa Sadia no ano de 1964, a qual passou a influir decisivamente na atividade, a qual passou a influir decisivamente na atividade, atualmente Empresa BRF – Brasil Foods. A produção não só é um dos principais itens do PIB (Produto Interno Bruto) como também um símbolo do Município, evidenciado com a realização anual

da Festa Nacional do Porco no Rolete, hoje prato típico de Toledo e do Paraná. A avicultura também teve um grande impulso, a partir do ano de 1979, com a implantação da produção avícola em moldes industriais, representando em valores, o maior item de produção do Município. Outros segmentos se destacam, indicando uma diversificação de atividades: pecuária de leite, piscicultura, indústria de bebidas e têxtil, metalúrgica, farmacêuticas e outras.

A cidade apresenta ótimos índices de qualidade de vida. A sociedade desperta para a necessidade de preservação e recuperação dos recursos naturais e para a promoção do desenvolvimento sustentável, apresentando indicadores de evolução nos mais diversos setores, como por exemplo, esporte, cultura e gastronomia. O crescimento de Toledo tem gerado desafios que estão sendo enfrentados com atenção voltada à preservação e ampliação da qualidade de vida (Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013).

3.1.2 Aspectos Populacionais

O espaço que compreende hoje o Município de Toledo e municípios vizinhos como Marechal Cândido Rondon, Nova Santa Rosa, Pato Bragado, Maripá, até março de 1946, era considerado um sertão desabitado. Com o início da colonização, a partir de 1946 até 1949, não houve um aumento significativo da população, devido às dificuldades iniciais e da falta de infraestrutura. Mas com a abertura de estradas, venda de terras, propagação dos planos de colonização, no início dos anos de 1950, houve uma expansão demográfica expressiva. Em 1990 e 1993, ocorreu o desmembramento de áreas, respectivamente com a criação dos municípios de Ouro Verde do Oeste e São Pedro do Iguaçu.

A redução de habitantes, em Toledo, foi de 8.752. As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelas frentes pioneiras de colonização, que representaram os fatores de crescimento do Município. Estas frentes oriundas, fundamentalmente, das zonas de colonização do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, vieram em busca de novas fronteiras agrícolas. Assim, até 1970 o crescimento demográfico e, também, econômico se deu em função da expansão das fronteiras agrícolas. É por esta razão que a maioria absoluta da população se concentrou no meio rural, 78,24% em 1970.

Com a progressiva modernização agrícola e a consequente especialização do setor, voltada à produção de grãos para a exportação, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por profundas transformações na região. O modelo de desenvolvimento associado, pelo qual optou-se em nível nacional, atrelou a produção agrícola à demanda do mercado e impôs tecnologias emanadas dos interesses do capital internacional. A urbanização de Toledo está fortemente associada ao êxodo rural na Região Oeste do Paraná. Em 1970, Toledo concentrava, apenas, 21,76% da sua população no meio urbano. Já em 1980, este contingente populacional aumentou para 52,89%; ou seja, mais de 50% da população encontrava-se na área urbana do município, em 1991 para 76,30%; em 1996 para 84,20% e em 2000 para 87,49%. É óbvio que o rápido crescimento urbano não se deve exclusivamente ao deslocamento da população rural para a cidade. A expansão do setor industrial também atuou como agente de atração de mão de obra regional. Apesar de todo esse crescimento populacional na área urbana, o Município de Toledo tem um dos melhores índices de qualidade de vida da Região Oeste.

Com relação à população Absoluta, segundo o Censo de 1980, o extremo oeste paranaense já era a segunda microrregião em população absoluta com o número de 18.960.709 habitantes e Toledo, nessa microrregião, o terceiro Município possuindo 81.282 habitantes. Em 2000, segundo a contagem realizada pelo IBGE, a população absoluta do Oeste do Paraná atingiu o número de 1.138.582 habitantes. Atualmente o município de Toledo conta com uma população total de 144.601 habitantes (IBGE, 2021).

A seguir podemos observar a população censitária segundo tipo de domicílio e sexo no ano de 2010.

Tipo de Domicílio	Masculinos	Feminino	Total
Urbano	54.625	55.634	108.259
Rural	5.712	5.342	11.054
Total	58.337	60.976	119.313

FONTE IBGE – Censo Demográfico (2010)

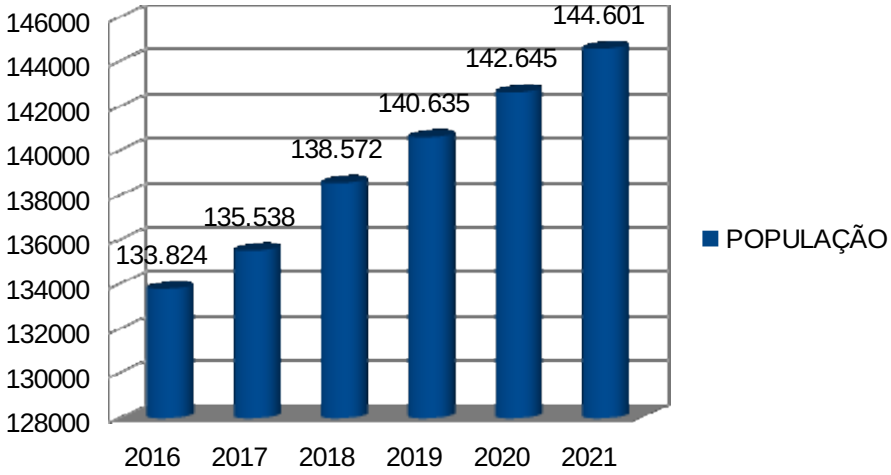
A formação do povo toledano se deu pela influência de grupos nacionais, estrangeiros e mistos (descendentes de alemães, italianos, portugueses e japoneses nascidos no Brasil, em Toledo ou não). Na evolução histórica, a formação étnica do Município de Toledo, é de origem quase toda sulista, deu-se com a migração de colonos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, numa porcentagem muito pequena, do Paraná.

Quanto aos aspectos Socioeconômicos, o Município de Toledo apresenta uma realidade marcada por transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteraram o perfil da cidade. A evolução socioeconômica expressa mudanças no desenvolvimento, que se deu de forma acelerada, passando de uma economia agrícola para uma economia diversificada, em função do processo de urbanização e do aumento considerável da população.

3.1.2.1 Evolução da População do Município de Toledo de 2016 a 2021.

ANO	POPULAÇÃO
2016	133.824
2017	135.538
2018	138.572
2019	140.635
2020	142.645
2021	144.601

Fonte: IBGE - 2021



O IDH-M é construído a partir de diversas informações cruzadas, dimensionando as condições sociais da população, para tanto se utilizam os dados de esperança de vida, escolaridade, analfabetismo e renda, assim este índice é a síntese que possibilita visualizar o grau de desigualdade de determinado município ou estado, quanto mais próximo de 1 (um), menores serão as desigualdades sociais. O significativo desempenho econômico do Município reflete a combinação dos resultados positivos que vêm sendo registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços, apresentando um crescimento do IDH-M de 42,49% nos últimos 20 anos.

O Município de Toledo apresenta uma realidade marcada por transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteram o perfil da cidade. Neste contexto o município tem se destacado com ótimos índices de qualidade de vida, comprovados a partir do seu índice de desenvolvimento humano (IDH) e dos serviços oferecidos à população, que motivam seu crescimento e desenvolvimento, O IDH mede a saúde, a educação e o padrão de vida de uma população.

Em 2020, segundo o site da Prefeitura Municipal de Toledo, o município ficou no 3º lugar no IDH entre as 120 maiores cidades do Paraná. O município de Toledo tem apresentado os dados positivos relacionados aos critérios avaliados por esse indicador, já que no ano de 2010, quando ocorreu o censo, apresentou índice maior que o do Estado do Paraná, que foi de 0.650 e 0,749, respectivamente, abaixo observa-se o IDH do município de Toledo nos anos de 2000 e 2010.

3.1.2.2 Estrutura de distribuição etária e sexo da população

A marcante redução na fecundidade aliada ao aumento da expectativa de vida tem importantes efeitos sobre a estrutura de distribuição etária da população. No quadro abaixo, fica evidente essa observação, quando olhamos para o ano de 2010 e 2020. Porém Toledo vem tendo um crescimento em todas as faixas etárias, exceto na faixa etária de 10 a 19 anos, onde se observa redução de 8,26% dessa população. É na população acima dos 50 anos que se observa o maior percentual de crescimento, comprovando estudos já realizados sobre o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo.

	2010			2020			
FAIXA ETÁRIA	Masculino	Feminino	TOTAL	Masculino	Feminino	TOTAL	**% de aumento total da população de 2010 em relação a 2020**
0 a 4 anos	3.742	3.755	7.497	4.524	4.313	8.837	17,87%
5 a 9 anos	4.129	4.027	8.156	4.452	4.290	8.742	7,18%
10 a 14 anos	5.032	4.899	9.931	4.441	4.499	8.940	-9,97%
15 a 19 anos	5.415	5.435	10.850	5.113	5.010	10.123	-6,70%
20 a 29 anos	11.141	11.097	22.238	11.906	11.925	23.831	7,17%
30 a 39 anos	9.225	9.694	18.919	11.869	12.089	23.958	26,65%
40 a 49 anos	8.587	9.366	17.953	9.632	10.202	19.834	10.48%
50 a 59 anos	5.719	6.075	11.794	8.470	9.603	18.073	53.24%
60 a 69 anos	3.070	3.647	6.717	5.406	6.211	11.617	72,95%
70 a 79 anos	1.701	2.066	3.767	2.527	3.366	5.863	55.65%
80 anos e mais	576	915	1.491	1.121	1.706	2.827	89,60%
TOTAL	**58.337**	**60.976**	**119.313**	**69.461**	**73.184**	**142.645**	**19,55%**

Fonte; IBGE e DigiSUS.2020

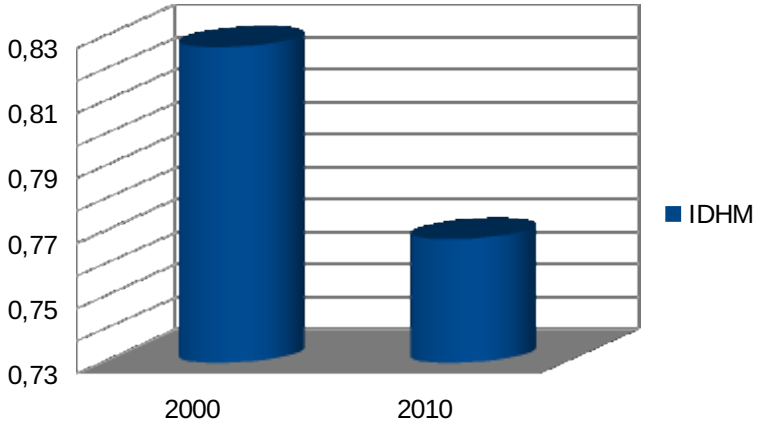
Os dados mostram que o envelhecimento populacional no mundo e no Brasil alcançará cifras recordes, nunca, nem de perto, vistas na história da humanidade. As economias mundiais e nacionais terão que lidar com uma estrutura etária desfavorável do ponto de vista da produtividade e as diferentes nações terá que se preparar para as consequências de uma alta razão de dependência demográfica (ALVES. 2019).

A população idosa necessita de cuidados mais específicos. No processo de envelhecimento, o corpo humano não possui a mesma energia de antes, nem os órgãos funcionam com a mesma eficiência. É necessário que haja políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa e maior atenção a esses indivíduos, para que tenham um envelhecimento saudável e ativo, e possam estar cada vez mais integrados à sociedade.

3.1.2.3 IDH – Índice De Desenvolvimento Humano – Toledo – 2000 e 2010

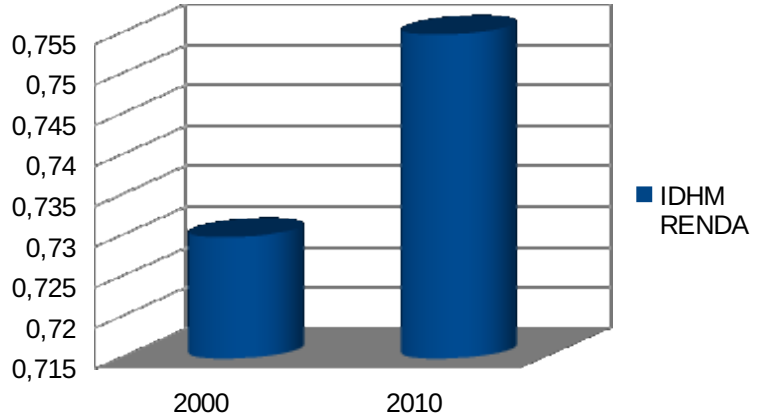
ANO	IDHM
2000	0,827
2010	0,768

FONTE: IBGE Apud IPARDES
Caderno Estatístico (2019)



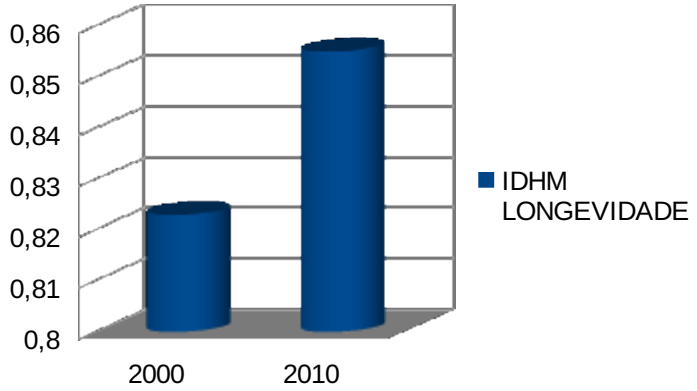
ANO	IDHM RENDA
2000	0,730
2010	0,755

FONTE: IBGE Apud IPARDES
Caderno Estatístico (2019)



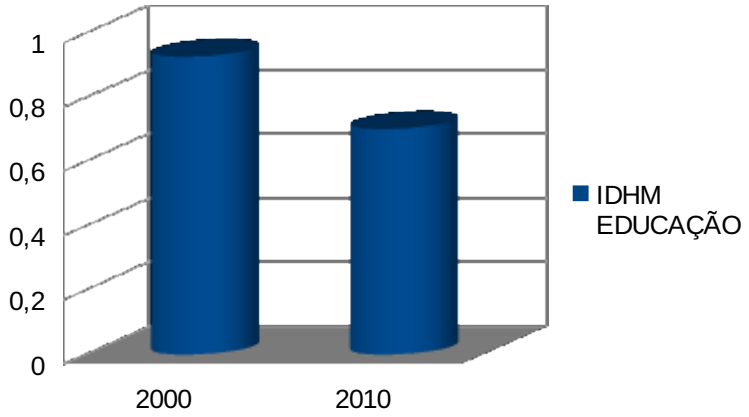
ANO	IDHM LONGEVIDADE
2000	0,823
2010	0,855

FONTE: IBGE Apud IPARDES
Caderno Estatístico (2019)



ANO	IDHM EDUCAÇÃO
2000	0,927
2010	0,702

FONTE: IBGE Apud IPARDES
Caderno Estatístico (2019)



O significativo desempenho econômico do município reflete a combinação dos resultados positivos registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços. Após superar a marca de 100 mil habitantes. Segundo consta no IPARDES (2013), Toledo desfruta do índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – de 0,768, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

3.1.2.4 Expectativa de vida

A expectativa de vida ao nascer vinha aumentando ao longo dos anos. No Brasil, em 2019, as expectativas de vida ao atingir 80 anos foram de 10,5 para mulheres e de 8,7 anos para os homens, enquanto que, em 1940, estes valores eram de 4,5 anos para as mulheres e 4,0 anos para os homens. Porém com a pandemia, houve alteração desse cenário.

O brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida em 2020 por causa da pandemia de Covid-19. Em média, bebês nascidos no Brasil em 2020 viverão 1,94 anos a menos do que se esperaria sem o quadro sanitário atual no país. Ou seja, 74,8 anos em vez dos 76,7 anos de vida anteriormente projetados.

Esse cálculo do impacto da pandemia provocada pelo vírus SARS – CoV2 - Covid19 na sobrevida da população foi feito por uma equipe de pesquisadores liderados pela demógrafa Márcia Castro, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Harvard. A expectativa de vida, ou seja, a estimativa de quantos anos uma determinada população nascida em um dado ano deve viver, é um importante indicador de qualidade de vida e um dos componentes no cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das nações[4].

Segundo o IBGE, no ano de 2018 a expectativa de vida no Estado do Paraná, era de 77,77 anos de vida, cerca de um ano e meio superior **à <u>média</u> <u>nacional, de 76,3 anos.</u>**

Em relação ao município de Toledo, os dados referentes ao último censo de 2010, a expectativa de vida da população do município estava estimada em **76,3 anos de vida.**

José Eustáquio Diniz Alves Brasil, Envelhecimento Populacional, mundo, ONU. Portal doEnvelhecimento e Longeviver. 17/06/2019.

3.1.2.5 População por Raça e/ou Cor

Em relação à população por raça e/ou cor, se mantém os mesmos dados já apresentados pelo censo de 2010, tendo em vista que o censo de 2020 foi cancelado por causa da situação internacional de pandemia pelo novocoronavírus, instalado no Brasil e no mundo em final de 2019.

Segundos dados de pesquisa realizada pelo PNAD — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a população do Paraná é composta basicamentepor brancos, negros e indígenas. No Brasil colonial, os colonizadores espanhóis foram os primeiros a iniciar o povoamento no território Paranaense.Os portugueses e seus descendentes são a maioria da população do Estado. Existe também uma grande e diversificada população de descendentes de imigrantes, italianos, alemães, poloneses, ucranianos, japoneses e árabes.

Em Toledo, o indicador raça demonstra o modelo de colonização que o município viveu, onde o grande predomínio de pessoas era oriundo do Rio Grande do Sul e também de Santa Catarina, principalmente de origem alemã e italiana. Com o percentual de 69% predominante da população da raça branca, e em seguida, 27% da população da raça parda, conforme demonstrado no quadro abaixo.

QUADRO 11 – População Censitária Segundo Cor/Raça – Toledo, 2010.

COR/RAÇA	POPULAÇÃO
Branca	82.467
Preta	3.474
Amarela	1.029
Parda	32.269

Indígena	74
Sem declaração da cor/raça	-
TOTAL	119.313

Fonte: IBGE – Censo Demográfico

Tendo em vista que o último recenseamento da população ocorreu há mais de 10 anos, não temos dados atuais relacionados aos grupos étnicosem Toledo, porém se sabe que é um número bastante significativo, que se utilizados serviços de saúde no município. Para a construção do último Plano Municipal de Saúde, houve um levantamento extraoficial, dando conta de que havia em Toledo mais de 2.000 estrangeiros no ano de 2017, residindo nomunicípio, e em sua grande maioria, vindos do Haiti.

De acordo com informações repassadas, por lideranças da Embaixada Solidária de Toledo, atualmente dados extraoficiais dão conta de que exista uma média de 2.500 trabalhadores, pois muitos não tem documentos. A maioriadessa população é de haitianos, africanos e venezuelanos, respectivamente. Relata-se que em 2019 havia em torno de quatro mil estrangeiros, em Toledo, mas nos últimos dois anos (2020 e 2021), muitos migraram para outros municípios da região.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 2019, revelam que Haitianos, venezuelanos e colombianos são as três principais nacionalidades que formavam o grupo de imigrantes no Brasil no ano de 2018. As análises realizadas sobre imigração e refúgio no país, feitascom base na série histórica de 2010 a 2018 mostraram o seguinte panorama[5]:

Série histórica de 2010 a 2018 a partir de cinco bases de dados do governo federal: da Polícia Federal (Sistema de Tráfego Internacional e Sistema Nacional de Registro Migratório); do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Coordenação Geral de Imigração/ Conselho Nacional de Imigração) e do Ministério da Economia (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados/ Carteira de Trabalho e Previdência Social).

3.1.3 Aspectos Socioeconômicos

Citamos as principais Atividades Econômicas e de Organização Social deToledo:

<table>
<tr>
<td>Agropecuária
- Estabelecimentos de Piscicultura.
- Estabelecimentos de produção suína.
- Estabelecimentos com plantel de frango de corte.
- Estabelecimentos com produção de leite</td>
<td rowspan="2">Meio Ambiente
- Arborização urbana
- Ajardinamento público
- Viveiro municipal
- Florir Toledo
- Programa TooReciclando
- Estações de Sustentabilidade
- Programa Toledo Cidade Limpa - Caçambas
- Veterinário Mirim
- Programa de Recuperação de Nascentes
- Programa de Recuperação de Mata Ciliar e Bioenergia
- 11 Parques para lazer e visitação.</td>
</tr>
<tr>
<td>Indústria, Comércio e Serviços
- Indústrias
- Estabelecimentos Comerciais
- Empresas de prestação de serviços
- Indústrias de Transformação</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastronomia
- 5 Restaurantes Populares

- Festa Nacional do Porco no Rolete
- 28 festas típicas gastronômicas</td>
<td>Cultura
- 3º maior Teatro Municipal do Paraná
- Museu Histórico Willy Barth
- Casa de Cultura
- CEU das Artes - Centro de Artes e Esportes Unificados de Toledo
- Centro Cultural Oscar Silva (Biblioteca Pública)
- Circo da Alegria</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">Esporte
- 01 Estádio Municipal
- 02 Piscinas Públicas
- 10 Ginásios Poliesportivos
- 11 Campos Sintéticos
- 11 Campos de Grama
- 03 Arenas Esportivas
- 01 Pista de Bicicross
- 01 Pista de Skate
- 01 Academia
- 85 Academias da Terceira Idade
- 01 Centro de Artes Marciais
- 01 Pista de Motocross
- 01 Pista de Arrancada
- 01 Centro Olímpico
- 01 Complexo Esportivo</td>
</tr>
</table>

4. JUSTIFICATIVA

Considerando o Art. 230, da Constituição Federal, de 1988, onde prevê que "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida", assim como o Estatuto do Idoso que estabelece em seu Artigo 3º "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária".

E, Art. 4º "Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1o É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso."

Este Plano Municipal representa um importante instrumento de mobilização municipal e suas diretrizes articuladas de responsabilidade do Município e dos diversos atores sociais, que renovam o compromisso pela promoção, proteção e defesa do direito das pessoas idosas

O Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa será um instrumento de garantia e defesa de direitos que pretende criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas para assegurar o atendimento e a proteção integral voltado às pessoas idosas do município, com vigência para o período de 2.018 a 2.021.

Conforme discorre BAPTISTA (2000): o plano permite o delineamento de decisões de caráter geral, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e delimita responsabilidades. Assim se justifica a elaboração e revisão sistemática e permanente do plano com vistas a formulação e monitoramento da política de atendimento da pessoa idosa no município de Toledo.

5. MARCO LEGAL

Para Spies (2019) o envelhecimento populacional também tem sido um dos maiores problemas do Estado Contemporâneo. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas nos últimos anos é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população vem acontecendo de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 e, apontam 32 milhões de idosos em 2020 (LIMA &VERAS, 2003). Não nos restam dúvidas, que uma das maiores conquistas advindas do século XX para a humanidade foi o aumento da expectativa de vida, e via de regra, essa aspiração pela longevidade também é um dos maiores desafios do século XXI, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

A concepção que predominava no Brasil, no início do século XX, era a de segregação das pessoas idosas, originando a prática de internações em asilos, que proliferaram nesse período, numa lógica que oculta direita sociais, políticos e econômicos

Os anos 1960 inauguraram um trabalho pioneiro no Serviço Social do Comércio (SESC), voltado para pessoas idosas, em um cenário no qual predominava o assistencialismo. O primeiro reflexo no Brasil, no que se refere às mudanças radicais da visão do envelhecimento impactando a legislação, foi na Constituição Federal promulgada em 1988, na qual os movimentos constituintes imprimiram o conceito de “participação popular”.

A Constituição reverteu a política assistencialista em curso na década de 1980, adquirindo “uma conotação de direito de cidadania”, acrescentando que essa década representou um período rico para a organização dos idosos e a comunidade científica, com a realização “de inúmeros seminários e congressos, sensibilizando dessa forma os governos e a sociedade para a questão da velhice”.

Visando assegurar os direitos das pessoas idosas algumas Leis foram criadas, sendo o primeiro instrumento legal a Constituição Federal promulgada em 1988 que em seu artigo 230, aponta que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes sua participação na Comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida e a dignidade humana.

A garantia dos direitos dos idosos na Constituição Federal está expressa em diversos artigos, a partir de então com a garantia de direitos sociais ali estabelecidos e visando a regulamentação destes, foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social, em 1993 (LOAS) - Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (alterada pela Lei 12.435 de 6 de julho de 2011) que em seu artigo 2º tem como um dos objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

Através da LOAS que o idoso com 65 anos ou mais e à pessoa portadora de deficiência que comprovarem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, passam a ter direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é a garantia de 1 (um) salário-mínimo mensal.

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, sancionada em 1994, nasceu com concepção avançada para sua época, porém não conseguiu ser aplicada em sua totalidade. Esta lei também priorizou o convívio em família em detrimento do atendimento asilar, e definiu como pessoa idosa aquela maior de 60 anos de idade (em países da Europa, por exemplo, idosos são aqueles com 65 anos ou mais).

No Estado do Paraná, a Política Estadual do Idoso foi instituída pela Lei nº 11.863 de 23 de outubro de 1997 e manteve a mesma redação da Política Nacional do Idoso.

A partir de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso - Lei nº. 10.741, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O Estatuto do Idosa busca garantir a proteção dos direitos fundamentais ao idoso e em seu Artigo 9º aponta como obrigação do Estado a efetivação de Políticas Públicas que garantam a pessoa idosa à proteção à vida e a saúde, para um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

. No "Art. 15. § 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência."

“Através da Lei nº 14.423, de 22 de Julho de 2022, altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e idosos” pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente.

A Política supracitada também sofreu influência das discussões nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, evidenciando não só o idoso como um sujeito de direitos, mas preconizando um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades

físicas, sociais, econômicas e políticas. Essa lei foi resultado de discussões e consultas por todo o país, com ampla participação de idosos, gerontologia e a sociedade civil em geral.

5.1 Marco Internacional

Nos países desenvolvidos, as políticas públicas voltadas à população idosa começaram a ganhar expressão na década de 70, pois seus processos de envelhecimento já se encontravam em estágio avançado. Tinham por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção social, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A manutenção de sua renda sido equacionada pelos sistemas de seguridade social (Pasinato, 2004).

Destaca-se que o primeiro marco legal relativo à pessoa idosa é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948, que em seu artigo 25 prescreve os direitos dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (UNESCO, 1998, p. 5)

Em 1992, a Assembleia Geral aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento, cujo *slogan* foi a promoção de uma sociedade para todos os idosos (ONU, 1999).

Esta década foi a década decisiva para a visão de um idoso de direito e protagonista de sua história. Essa preceptiva foi construída a partir das discussões e fóruns dentre outros eventos que ocorreram em nível mundial, que foram disseminadas em todos os países vinculados a ONU e estes vem buscando promulgar políticas e ações pertinentes a essa população especificas na garantia de direitos e dignidade humana.

5.2 Marco Nacional

Este item foi construído com base no Plano Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Paraná (ANO). Neste sentido segundo o Plano Estadual no Brasil, a Constituição Federal de 1988 declara todos os direitos e deveres dos cidadãos, independentemente da idade, e destaca alguns artigos da Carta Magna referente à idade:

Artigo 3º, Inciso IV – Dispõe que o objetivo fundamental do estado é "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação".

Artigo 7º, inciso XXX – Proíbe "diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil"

Artigo 14º, parágrafo 1º, Inciso II, alínea "b" Faculta o direito de voltar aos maiores de 70 anos.

Artigo 201°, Afirma que a Previdência Social atenderá, entre outros eventos, a cobertura de doenças, invalidez, morte e idade avançada (inciso I) Estabelece, ainda, o tempo de contribuição para homens e mulheres e trabalhadores rurais (parágrafo 7°).

"Artigo 203°, afirma que a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social", e relaciona, entre seus objetivos, "a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice" (inciso I). Assegura, também "um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei". Artigo 229° Determina que "os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade".

Artigo 230° Dispõe que "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida". Estabelece que "os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares" (parágrafo 1º) e garante a gratuidade dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos (parágrafo 2º).

O referido Plano Estadual também cita outras legislações pertinentes à pessoa Idosa: Código de Defesa do Consumidor (1990), o Estatuto do Ministério Público da União (1993), a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, (1993), a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa (2006).

Destaca-se a Política Nacional do Idoso, Lei Nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto Nº 1.948 de 03 de Julho de 1996, assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Considera idosa a pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade. Rege-se por princípios e diretrizes, atribui a coordenação nacional da política do idoso ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social, cria os conselhos nos três níveis de governo, nacional, estadual e municipal, organiza a gestão prevendo implementação nas políticas de assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e turismo e justiça.

O Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, reforça e amplia a todas as pessoas a partir dos 60 anos de idade, os direitos já assegurados nas leis anteriores, estabelecendo também, deveres e medidas de punição.

Segundo o Plano Estadual, o Estatuto do Idoso é uma lei que faz uma correta leitura do envelhecimento no Brasil, reconhecendo que significativa parcela desses sujeitos tem os seus direitos violados, da esfera familiar à pública, com precários acessos a serviços e à efetiva participação social e econômica. O Estatuto do Idoso além dos Direitos Fundamentais aborda Medidas de Proteção, Política de Atendimento ao Idoso, o Acesso à Justiça, os Crimes relativos à pessoa Idosa. O Plano Estadual cita que: *...para que o Estatuto tenha reflexos efetivos na vida das pessoas, é imprescindível o trabalho com famílias, com as comunidades e os movimentos sociais, a fim de estabelecer um envolvimento com a rede protetiva dos direitos da pessoa idosa nos municípios, pois é ali onde vive esta população. Às demais instâncias cabem a articulação e o financiamento das estruturas capazes de atender adequadamente às características próprias do envelhecimento.*

Outro marco legal instituído para a proteção integral dos direitos da Pessoa Idosa foi a criação do Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa- PNDPI, o qual foi criado como um compromisso da década do envelhecimento 2020 – 2030. O Pacto consiste em um compromisso a ser assumido pela União, pelos Estados e pelos Municípios, de cumprimento de atuação em seus eixos

estruturantes e observância das diretrizes das leis, portarias e programas que contribuem para a defesa e efetivação dos Direitos da Pessoa Idosa.

Diante dos dados obtidos, há uma necessidade de implementação de políticas públicas dos direitos da pessoa idosa nos Estados e Municípios para ampliação da rede de Conselhos Municipais de Direitos da Pessoa Idosa e Fundos Municipais do Idoso.

Desta forma, o Pacto Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI) tem por objetivo geral assumir um compromisso formal entre os governos federal, estadual e municipal de implementarem as principais políticas públicas que visam à promoção e defesa dos direitos das pessoas idosas, políticas essas previstas no estatuto do idoso. E tem como objetivos específicos:

- Difundir a Política Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em especial o Estatuto do Idoso, em território nacional.
- Ampliar o número de Conselhos dos Direitos das Pessoas Idosas;
- Reduzir o índice de violência contra a pessoa idosa.

O Pacto consiste em um compromisso a ser assumido pela União, pelos Estados e pelos Municípios, de cumprimento de atuação em seus eixos estruturantes e observância das diretrizes das leis, portarias e programas que contribuem para a defesa e efetivação do Direitos da Pessoa Idosa. As diretrizes legais a serem observadas na implementação do Pacto são as seguintes:

- Década do Envelhecimento Saudável ONU – 2021/2031, com observância em suas áreas de ação: combate ao preconceito etário, ambientes amigáveis aos idosos, alinhamento de sistemas de saúde cuidado em longo prazo;
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;
- Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso;
- Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019,

Ainda, ao subscreverem o Pacto, os dirigentes das diferentes unidades federativas deverão observar os seguintes eixos estruturantes:

- Fomento à criação de Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa Idosa;

- Reativação dos Conselhos de Direitos existentes;
- Instituição e regulamentação de Fundos Municipais do Idoso;
- Capacitação de Conselheiros;
- Promoção de ações articuladas com o Pacto Nacional; e
- Fortalecimento das redes de proteção e atendimento à pessoa idosa.

Ademais, ressalta-se que duas ações estratégicas serão estipuladas como metas prioritárias para o ano de 2021: a criação de Conselhos e Fundos da Pessoa Idosa nos Municípios que ainda não os possuem. Posteriormente, em uma segunda fase, as ações estratégicas serão direcionadas para os estados e municípios com Conselhos formados, mas que não possuem Fundos e nem Conselheiros capacitados.

5.3 Marco Estadual

O Estado do Paraná institui em 23 de Outubro de 1997, a Política Estadual do Idoso através da Lei Nº 11.863, e cria o Conselho Estadual do Idoso, CEDI/PR, já o Fundo Estadual da Pessoa Idosa foi criado pela Lei Nº16. 732/10 e regulamentado através do Decreto Nº9118/10**.** Segundo o Plano Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Paraná, em 2013 a Resolução Nº04 do Conselho Estadual do Idoso, CEDI, de 25 de Outubro de 2013, regulamentou a captação, a destinação e a aplicação de recursos do Fundo Estadual – FIPAR/PR, tornando possível a efetivação de ações via Fundo, com Deliberação do Conselho e execução do órgão gestor, que é a Secretaria a que se encontra vinculado. Empregando deste modo o Fundo como um órgão de natureza contábil, que segundo o Plano Estadual, tem finalidade de captação repasse e aplicação de recursos destinados a proporcionar o devido suporte financeiro à implantação, manutenção e desenvolvimento de programas, projetos e ações voltados à pessoa idosa, no âmbito do Estado do Paraná. Destacamos que dia 25 de outubro de 2022, o Conselho Estadual do Idoso CEDI, completou 25 anos.

Os Princípios da Política Estadual estão mencionados no Artigo 2º:

Art. 2º. Na execução da política estadual do idoso, observar-se-ão os seguintes princípios:

I – o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo a sua plena convivência familiar e participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II – a divulgação dos conhecimentos quanto ao processo natural de envelhecimento, através dos meios de comunicação;

III – o tratamento ao idoso sem discriminação de qualquer natureza;

IV – o direcionamento ao idoso como o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – o fortalecimento e a valorização dos vínculos familiares, de modo a evitar o abandono da pessoa idosa à ação pública ou internações inadequadas e/ou desnecessárias em estabelecimentos asilares;

VI – a formulação, a coordenação, a supervisão e a avaliação dos serviços ofertados, dos planos, programas e projetos no âmbito estadual, regional e municipal;

VII – A criação de sistemas de informações sobre a política e os recursos existentes na comunidade, bem como seus respectivos desempenhos;

VIII – o estímulo aos estudos e às pesquisas relacionados às condições reais e às melhorias da qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento;

IX – a descentralização político-administrativa, mediante o estímulo, a criação e o funcionamento de conselhos municipais para o atendimento ao idoso.

As Diretrizes da Política Estadual estão elencadas no Artigo 3º:

Art. 3º. A implantação da política estadual do idoso é competência dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada, cabendo:

I – Na área da Promoção e Assistência Social:

a) a prestação dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;

b) o estímulo à criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência da família, grupos de convivência, centros-dia, casas lares, condomínios da 3ª idade, oficinas ocupacionais, atendimentos domiciliares e outros;

c) a promoção de simpósios, de seminários e de encontros específicos;

d) o planejamento, a coordenação, a supervisão e o financiamento de estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;

e) a priorização e a garantia da eficácia do atendimento nos benefícios previdenciários e sociais;

f) o desenvolvimento de outras ações que se fizerem necessárias na área.

II – Na área da Saúde:

a) a garantia ao idoso da assistência à saúde nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS;

b) a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do idoso, mediante ações específicas;

c) a adoção e a aplicação de normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares com fiscalização pelos gestores do SUS;

d) a elaboração de normas de serviços geriátricos;

e) o desenvolvimento de formas de cooperação entre entidades internacionais, Ministério da Saúde, Secretarias da Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e entre Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) o oferecimento, em parceria com sociedades científicas e órgãos de formação, de meios de capacitação de recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

g) a realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinados agravos à saúde do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;

h) a adequação dos serviços de saúde do Estado para o atendimento e tratamento do idoso;

i) a difusão à população, de informações sobre o processo de envelhecimento;

j) a capacitação de agentes comunitários para o atendimento ao idoso;

l) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

III – Na área da Educação:

a) a adequação dos currículos, das metodologias e dos materiais didáticos aos programas educacionais destinados aos idosos;

b) a inserção nos currículos mínimos nos diversos níveis de ensino formal, conteúdos voltados ao processo de envelhecimento de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) o desenvolvimento de programas educativos e em especial a utilização dos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

d) o desenvolvimento de programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

e) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

IV – Na área do Trabalho:

a) a garantia de mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho, nos setores público e privado;

b) a criação e o estímulo à manutenção de programas de preparo para a aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos do afastamento, para que tenham realmente acesso aos seus direitos sociais e previdenciários;

c) a criação de mecanismos que favoreçam a geração de emprego e renda, destinados à população idosa;

d) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

V – Na área da Habitação e Urbanismo:

a) a destinação, nos programas habitacionais, de unidades em regime de comodato ou de locação subsidiada ao idoso, submetido o previamente a uma avaliação técnica pelos órgãos envolvidos, na modalidade de casas, lares e condomínios da 3ª Idade;

b) a garantia, nos programas habitacionais, da inclusão do desenho universal, proporcionando a acessibilidade e vida independente ao idoso;

c) o direcionamento aos projetos arquitetônicos e urbanos de modo a atender às normas de acessibilidade ao meio físico, voltados às necessidades do idoso;

d) a exigência aos Municípios de adoção das normas das alíneas “a”, “b” e "c", deste inciso, à habitação e urbanismo;

e) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

VI – Na área da Justiça:

a) a promoção, a defesa e a garantia ao idoso do pleno exercício de seus direitos;

b) a informação à pessoa idosa a respeito da legislação pertinente à área da Justiça;

c) a prestação dos serviços de advocacia gratuita ao idoso carente de recursos econômicos, com prioridade e eficiência, objetivando a proteção de seus direitos e acesso à Justiça;

d) a eliminação, através dos mecanismos legais, de toda e qualquer prática de discriminação ao idoso;

e) o estímulo à criação de sociedades civis na defesa dos direitos e da cidadania do idoso;

f) o dever de todo o cidadão em denunciar às autoridades competentes qualquer procedimento de negligência ou de desrespeito aos direitos do idoso;

g) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

VII - Na área da Cultura, Esporte e Lazer:

a) a garantia ao idoso na participação do processo de produção, reelaborarão e fruição dos bens culturais;

b) a garantia de acesso ao idoso aos locais e eventos culturais mediante programação especial, em âmbito estadual;

c) a promoção de atividades culturais aos grupos de idosos;

d) a valorização do registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) o incentivo à criação de programas de lazer, esporte, turismo e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade;

f) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

VIII - Na área da Segurança Pública:

a) a inclusão, nos currículos dos cursos das Academias de Polícia Civil e Militar, de conteúdos voltados aos direitos e necessidades do idoso;

b) a capacitação e a orientação aos agentes da Secretaria de Estado responsável pela segurança pública para um atendimento adequado ao idoso;

c) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

IX - Na área da Ciência e Tecnologia:

a) o estímulo à criação e a manutenção das universidades abertas da 3ª Idade;

b) o estímulo e o apoio à realização de pesquisa e estudos na área do idoso;

c) o incentivo à criação de cursos de especialização nas áreas de geriatria e gerontologia;

d) a sugestão para a inclusão da Gerontologia como disciplina curricular nos cursos superiores;

e) outras atividades que se fizerem necessárias na área.

Com vista ao exposto com base em dados estadual, se faz importante situar e apresentar o marco municipal, conforme item a seguir.

5.4 Marco Municipal

5.4.1 Considerações sobre a implementação da política da pessoa idosa em nível local

O processo de implementação de determinada política pública é sempre um desafio para os gestores, pois é nessa etapa do ciclo da política que, de fato, se concretiza na prática. Para Saraiva e Ferrarezi (2006, p. 34), trata-se da preparação para pôr em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão executá-la.

Na visão de Arretche (2001: p. 46), a implementação corresponde à outra fase da "vida" de um programa na qual são desenvolvidas as atividades pelas quais se pretende que os objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados. Na concepção de Pires (2016: p. 193), a implementação compreende todo o conjunto de decisões e ações desempenhadas entre o lançamento de uma política governamental e a percepção dos seus resultados, envolvendo, simultaneamente, atividades de execução, (re) formulações e tomada de decisão sobre as ações necessárias.

Dessa forma, a implementação não pode ser concebida como um processo simples e automático, pois envolve uma complexidade política, social e institucional para sua efetivação; um processo não linear e complexo, no qual várias decisões centrais são tomadas, envolvendo diversos atores, com potencial para alterar o conteúdo e a forma das políticas (PIRES, 2016, p.193).

Nessa perspectiva, o sucesso dessa implementação está diretamente relacionado ao seu desenho e arranjos escolhidos, compreendendo as articulações e configurações que são elaboradas ainda na fase de planejamento com os atores de interesse na política e se desdobram nas demais etapas do ciclo. Entretanto, é quase impossível que a implementação de determinada política ou programa ocorra exatamente de acordo com o desenho e os meios previstos, pois é grande a distância entre os objetivos e o desenho de programas tal como concebidos por seus formuladores originais, pois tais programas são resultado de uma complexa combinação de decisões de diversos atores. (ARRETCHE, 2001, p. 45,47).

Apesar da existência das diretrizes estabelecidas pelos formuladores das políticas e programas, o processo de implementação propriamente dito se dará, de fato, na prática, conforme os recursos e ações desenvolvidas pelos implementadores da política no local onde estas acontecem. Esses implementadores possuem margem de autonomia para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos bens e serviços a serem oferecidos, o que lhes confere a prerrogativa de fazer a política conforme os seus referenciais (ARRETCHE, 2001, p. 48). Esses aspectos da implementação podem adotar características positivas ou negativas dependendo de quais referenciais serão utilizados pelos implementadores, o que será refletido diretamente nos resultados e impactos da política.

Outro fator de extrema relevância no processo de implementação de políticas públicas é a intersetorialidade. É notório o entendimento que a maioria dos temas abordados em políticas públicas são originados de problemas cuja causa é multifatorial e envolvem uma complexidade de fatores que nem sempre são considerados pelos formuladores da política. Dada esta complexidade, o processo de formulação e implementação dessas políticas deveriam se dar com a participação dos órgãos setoriais de interesse no tema da política, mas na maioria das vezes isso não acontece, comprometendo de forma significativa os resultados da política. A intersetorialidade é tanto mais efetiva quanto mais a integração for pensada desde o planejamento até o monitoramento das políticas públicas (LOTTA E FAVARETO, 2016, p. 54)

Na visão de Pires (2005: 67), a forma mais intuitiva e inicial, por meio da qual o termo intersetorialidade adentra nossos debates, é pela constatação de que os problemas sociais reais, para os quais se dirigem as políticas públicas, são necessariamente

multifacetados e não obedecem às divisões setoriais das burocracias públicas. De acordo com Lotta e Favareto (2016: p. 54) a intersetorialidade é construída pela conjunção de saberes e experiências para formulação, implementação, monitoramento ou avaliação de políticas públicas buscando alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.

A primeira Lei Municipal que dispôs a respeito da política da pessoa idosa foi a Lei nº 1.347 de 12 de junho de 1987, que instituiu o "Conselho de Promoção do Idoso de Toledo", posteriormente reestruturado pela Lei "R" nº 18, de 25 de maio de 1994, passando a denominar-se Conselho Municipal dos Direitos do Idoso, também denominado pela sigla "CMDI". Decreto nº 189, de 8 de julho de 2021, nomeia os membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo que é composto por 18 (dezoito) membros titulares e respectivos suplentes nomeados pelo Prefeito Municipal.

A legislação municipal em vigor é a Lei nº 2.359, de 09 de dezembro de 2021, que Art. 1º - dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo. Art. 3º Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, com caráter permanente, paritário, deliberativo, controlador, consultivo e fiscalizador da política de defesa dos direitos da pessoa idosa, vinculado administrativamente à Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano – SMDH.

Conforme parágrafo único do Art. 3º – Considera-se pessoa idosa, para os efeitos desta lei, pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos.

Dentre as competências do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa estabelece prioridades de atuação e de definição da aplicação dos recursos públicos federais, estaduais e municipais destinados às políticas sociais básicas de atenção à pessoa idosa, delibera, monitora e avalia os instrumentos de planejamento orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentários Anual e demais propostas) estabelecimento da Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa no Município de Toledo, em conformidade com a legislação pertinente, em especial a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), a Lei nº 14.423, de 22 de Julho de 2022, altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente, a Lei Federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948, de 3 de junho de 1996, a Constituição Federal e a Lei Estadual nº 11.863, de 23 de outubro de 1997. A referida Lei aborda princípios e diretrizes,

cria o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDI, sua estrutura e funcionamento, e em seu artigo 17 institui a Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa:

Art. 17 – Fica instituída a Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, órgão colegiado de caráter deliberativo e avaliativo composto por delegados representantes do poder público e da sociedade civil. A Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa realizar-se-á a cada 3 (três) anos, por convocação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, devendo, preferencialmente, acompanhar o calendário das Conferências Nacional e Estadual sob a coordenação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, mediante regimento interno próprio.

A composição do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa está composta paritariamente por **18 (dezoito) membros titulares e respectivos suplentes nomeados pelo Prefeito Municipal:**

Art. 5º – O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa será composto pelos seguintes membros:

I – um representante de cada um dos seguintes órgãos da administração pública municipal:

a) Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano;

b) Secretaria de Assistência Social;

c) Secretaria da Saúde;

d) Secretaria da Educação;

e) Secretaria de Esportes e Lazer;

f) Secretaria da Cultura;

g) Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo;

h) Secretaria Segurança e Mobilidade Urbana;

i) um representante das Associações de Idosos do Município de Toledo;

j) um representante das instituições de ensino superior do Município de Toledo;

l) um representante das entidades sociais de atendimento às políticas de atenção ao idoso, escolhido dentre as cadastradas no CMAS e eleito dentre elas, em assembleia;

m) um representante das organizações civis que atuem na defesa e garantia dos direitos do idoso;

n) um representante da OAB – Ordem dos Advogados do Brasil - Subseção de Toledo.

O Fundo Municipal foi criado pela lei 2118 de 26 de dezembro de 2012, atualmente regulamentado pela Lei nº 2360 de 09 de dezembro de 2021 que dispõe sobre o Fundo Municipal dos Direitos do Idoso de Toledo.

Art. 2º - O Fundo Municipal dos Direitos do Idoso tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações relacionadas a Programas de Atendimento e de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa, executadas de acordo com as deliberações do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, coordenadas pela Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano.

Parágrafo único - Os recursos do Fundo serão administrados segundo os planos de ação e de aplicação aprovados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.

Art. 3º - O Fundo Municipal dos Direitos do Idoso ficará subordinado diretamente à Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano, com orientação técnico-contábil prestada pelo setor de contabilidade do Município.

A partir da primeira legislação municipal que regulamentou a política municipal do idoso foram realizadas Conferências, uma Assembléia e nomeados Conselheiros Municipais conforme segue:

6. OBJETIVOS DO PLANO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

6.1 Objetivos Geral

O Plano Municipal da Pessoa Idosa tem como objetivo geral planejar e assegurar os direitos da pessoa idosa através das políticas públicas municipais promovendo a autonomia, protagonismo, integração e participação efetiva na sociedade, conforme as normativas vigentes.

6.2 Objetivos Específicos

- ✓ Promover ações integradas nas diversas políticas voltadas à pessoa idosa de Toledo;
- ✓ Dar visibilidade e garantia de dignidade a pessoa idosa do município de Toledo;
- ✓ Fortalecer o controle social exercido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa;
- ✓ Proporcionar subsídios a respeito das condições de vida das pessoas idosas residentes no município de Toledo;
- ✓ Delinear propostas que possam fortalecer a permanência da pessoa idosa em convivência familiar;
- ✓ Contribuir com o processo de implementação e aprimoramento da política municipal da pessoa idosa; e
- ✓ Estabelecer forma de implementação e monitoramento das deliberações da Conferência Municipal da Pessoa Idosa.

7. DIRETRIZES E PRIORIDADES

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.824, de 04 de Janeiro de 1994, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Podemos destacar enquanto princípios e diretrizes, conforme o Art. 3°, a política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

A Política Nacional do Idoso, no Art. 4º, trata das diretrizes, temos:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os

aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

O Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa é um instrumento de planejamento estratégico que contempla propostas para a execução e o monitoramento da política municipal de atendimento e de defesa dos direitos da pessoa idosa. É destinado à promoção, proteção e defesa do direito da pessoa idosa e representa o compromisso de oferecer prioridade a essa temática.

Considerando a lei nº 2.359, de 9 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo, destaca-se que o Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, deverá observar:

I - As deliberações das Conferências Municipais dos Direitos da Pessoa Idosa e as Conferências Municipais das Políticas Setoriais referentes ao atendimento e defesa de direitos da população idosa;

II - Metas estabelecidas no Plano Plurianual;

III - Metas estabelecidas no Plano de Governo; e

IV - Metas dos Planos das Políticas Setoriais respectivas ao atendimento e defesa de direitos das pessoas idosas no âmbito do Município.

7.1 Conferências Municipais

Ano	Evento
2006	I Conferência Municipal dos Direitos do Idoso
2008	II Conferência Municipal dos Direitos do Idoso

Ano	Evento
2010	III Conferência Municipal dos Direitos do Idoso
2015	IV Conferência Municipal dos Direitos do Idoso
2018-2019	V Conferência Municipal dos Direitos do Idoso
2020-2021	Não houve conferência em decorrência do estado pandêmico causado pelo vírus SARS – CoV-2 (COVID-19)

Fonte: Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo

7.2 Nomeações de Conselheiros Municipais

- ✓ **2007 / 2009 -** Resolução n º 01/2009
- ✓ **2009 / 2011** – Resolução nº 03/2009
- ✓ **2011 / 2013** – Resolução nº 08/2011
- ✓ **2013 / 2015** – Resolução nº 11/2013
- **2015 *2017*** – Resolução nº 23/2015
- **2018 / 2020** – Resolução nº 07/2018
- **2021 / 2023** – Resolução nº 17/2021

Fonte: Conselho Municipal dos direitos da pessoa Idosa de Toledo

Em 15 de março de 2019 foi realizada a última Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa no município de Toledo, o tema central da V Conferência foi "Os desafios de envelhecer no Século XXI e o papel das Políticas Públicas". Os objetivos da Conferência foram:

I. Debater medidas que garantam os direitos fundamentais da pessoa idosa como saúde, assistência social, previdência, moradia, transporte, educação, cultura, esporte e lazer;

II. Debater as políticas públicas promovidas pela União, Estado e Municípios, assegurando os direitos fundamentais da pessoa idosa, garantindo um envelhecimento digno, sem qualquer forma de discriminação, de violência e de violação dos direitos humanos da pessoa idosa;

III. Propor medidas para o fortalecimento dos conselhos de direitos da pessoa na efetivação dos direitos fundamentais, das políticas públicas e seu controle social;

IV. Eleger na V Conferência Municipal, os delegados que participarão na VII Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa;

O documento tem 141 páginas e versa sobre:

1. PROCESSO PREPARATÓRIO PARA REALIZAÇÃO DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS;
2. RELATÓRIO DA V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA;
3. QUADROS DAS DELIBERAÇÕES DA V CONFERÊNCIA MUNICIPAL;
4. QUADROS DAS PROPOSTAS PRIORITÁRIAS DA V CONFERÊNCIA MUNICIPAL;

Eixo 1 – Direitos Fundamentais Na Construção/Efetivação Das Políticas Públicas;

Eixo 2 – Educação: Assegurando Direitos e Emancipação Humana;

Eixo 3 – Enfrentamento da Violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa;

Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das Políticas Públicas.

Podemos destacar que foram 55 propostas apresentadas como Deliberações da V Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. Conforme o regulamento foram 18 propostas definidas como prioritárias.

Segue monitoramento das 18 propostas prioritárias:

Destaca-se que o município de Toledo, no dia 16 de agosto de 2022, assinou o Pacto Nacional de Implementação dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI), com deliberação pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – (CMDI), para a implementação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI) com o objetivo de ampliar ainda mais sua atenção junto a esse público, que já representa aproximadamente 15% dos toledanos.

Este projeto consiste em estimular a criação de Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI) nos municípios onde ainda não há um, ou reativar os que estejam inativos, além de capacitar os conselheiros municipais, difundir a Política Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, o Estatuto da Pessoa Idosa e demais legislações, fomentar a criação dos fundos municipais, reduzir o índice de violência contra as pessoas idosas e fortalecer as redes de proteção e atendimento à pessoa idosa.

Ocorreram capacitações nos dias 13 a 20 de setembro de 2022, sendo duas etapas a capacitação, com o Curso para Implementação da RENADI, realizadas de forma virtual pela Coordenação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), Secretaria Nacional de Promoção e Defesa Direitos da Pessoa Idosa (SNPI) e pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Concluindo desta a programação de uma nova capacitação até fevereiro de 2023, com o público alvo conselheiros do CMDI, representante de Organização da Sociedade Civil (OSC) e representante de equipamento governamental.

8. INDICADORES, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DA PESSOA IDOSA

8.1 Monitoramentos das propostas da V Conferência Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa / Ano 2019

01	**PROPOSTA**	**Reduzir a idade mínima de 65 para 60 anos, para o acesso ao Beneficio de Prestação Continuada (BPC).**
	EIXO	Eixo 1 – Direitos Fundamentais na construção/efetivação das políticas públicas

	ESFERA DE GOVERNO	Federal
	MONITORAMENTO	Nível Federal
ASSISTÊNCIA SOCIAL		
02	**PROPOSTA**	**Garantir equipe técnica formada pelos profissionais de Serviço Social, Psicologia e Direito nos CREAS para garantir o atendimento às pessoas idosas com direitos violados.**
	EIXO	Eixo 1 – Direitos Fundamentais na construção/efetivação das políticas públicas municipais
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Cumprida
09	**PROPOSTA**	**Implantar e implementar o CENTRO DIA para permanência diária de pessoas idosas com algum grau de dependência durante o dia e que seja por território e cofinanciado pelo Estado e União, considerando ser prioridade bem como considerar a instalação deste pela demanda atual e futura.**
	EIXO	Eixo 3 – Enfrentamento da violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal, Estadual e Federal
	MONITORAMENTO	O município depende de abertura de Termo de Adesão por parte do governo federal para cofinanciamento e implantação desse serviço.

10	**PROPOSTA**	**Ampliar a divulgação do número '165' para denúncias de violência contra a pessoa idosa**
	EIXO	Eixo 3 – Enfrentamento da violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Este número de telefone deixou de existir
11	**PROPOSTA**	**Ampliar o número de vagas na modalidade de acolhimento institucional para pessoas idosas na entidade APA.**
	EIXO	Eixo 3 – Enfrentamento da Violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Cumprida – em 2022 houve ampliação
13	**PROPOSTA**	**Que as equipes das ILPIs promovam o acompanhamento familiar de pessoas idosas acolhidas, visando a reinserção familiar quando possível. Eixo**
	EIXO	Eixo 3 - Enfrentamento da Violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa Municipal
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Em 2019 haviam 21 Equipes Estratégia Saúde da Família. Até Set/2022, são 25 Equipes Estratégia Saúde da Família mais 11 Equipes de Atenção Primária, totalizando 36 equipes.

SAÚDE		
03	**PROPOSTA**	**Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).**
	EIXO	Eixo 1 – Direitos Fundamentais na construção/efetivação das políticas públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Em 2019 haviam 21 Equipes Estratégia Saúde da Família. Até Set/2022, são 25 Equipes Estratégia Saúde da Família mais 11 Equipes de Atenção Primária, totalizando 36 equipes.
04	**PROPOSTA**	**Ampliar o atendimento na área de Saúde Mental e Psicossocial.**
	EIXO	Eixo 1 – Direitos Fundamentais na construção/efetivação das políticas públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Ampliou a equipe da Rede de Atenção a Saúde Mental, com os seguintes profissionais nos serviços descritos abaixo: • AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL – ASM ✓ 1 Assistente Social; ✓ 1 Médico Psiquiatra; • CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II

		✓ 1 Enfermeiro; ✓ 1 Terapeuta Ocupacional; ✓ 1 Técnico de Enfermagem; ✓ 1 Coordenação; • CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGA– CAPS AD ✓ 1 Enfermeiro; • CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL– CAPS i ✓ 2 Terapeuta Ocupacional; ✓ 1 Médico Clinico com especialização em psiquiatria; ✓ 1 Medico Psiquiatra; ✓ 1 Fonoaudióloga; ✓ 1 Assistente Social
HABITAÇÃO		
05	**PROPOSTA**	**Garantir o atendimento à pessoa idosa com no mínimo 10% das moradias com acessibilidade e adaptabilidade.**
	EIXO	Eixo 1 – Direitos fundamentais na construção/efetivação das políticas públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Não executado, pois não teve novas construção populares. A construção de 12 moradias (em parceria com a

		Itaipu) foi frustrado, pois as mesmas foram invadidas e esta em andamento judicial o processo.
RECURSOS HUMANOS / ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA		
06	**PROPOSTA**	**Promover capacitação em gerontologia para os profissionais que atuam nas políticas públicas de proteção a pessoa idosa.**
	EIXO	Eixo 2 – Educação: Assegurando Direitos e Emancipação Humana
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Cumprida
EDUCAÇÃO		
07	**PROPOSTA**	**Incluir nos currículos escolares a discussão e dismistificação da renescência (processo de envelhecimento), como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa.**
	EIXO	Eixo 2 – Educação: Assegurando Direitos e Emancipação Humana
	ESFERA DE GOVERNO	Federal
	MONITORAMENTO	Cumprida
08	**PROPOSTA**	**Ampliar a divulgação e estimular a participação das pessoas idosas no Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e implantar EJA nos locais de fácil acesso às pessoas idosas, sendo alguns dos locais CERTI´s e ILPI's.**
	EIXO	Eixo 2 – Educação: Assegurando Direitos e Emancipação Humana

	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Em planejamento para cumprimento em 2024.
SMDH		
12	**PROPOSTA**	**Promover campanhas de orientação, conscientização e prevenção de violência financeira à pessoa idosa, abordando assuntos como: empréstimos, golpes, etc.**
	EIXO	Eixo 3 – Enfrentamento da violação dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Cumprida
CMDI		
14	**PROPOSTA**	**Garantir maior fiscalização pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI) às empresas privadas que oferecem empréstimos e financiamentos à população idosa de Toledo.**
	EIXO	Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das Políticas Públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Fiscalização não está sendo feita. Há conversação junto ao PROCON para maior atenção a esta fiscalização.
15	**PROPOSTA**	**Que o CMDI fiscalize os órgãos e serviços direcionados a pessoa idosa e realize campanhas educativas e orientações com relação às situações de violência.**

	EIXO	Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das Políticas Públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Cumprida
16	**PROPOSTA**	**Que o CMDI divulgue e mobilize para fomentar a participação das pessoas idosas, como exemplos na rádio, grupos de idosos, associações de moradores e reuniões descentralizadas.**
	EIXO	Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das Políticas Públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	As ações do CMDI são divulgadas nos canais oficiais de comunicação.
17	**PROPOSTA**	**Que o CMDI organize planejamento para ir nas reuniões dos grupos de idosos de Toledo (sede e interior) para divulgação das ações do Conselho.**
	EIXO	Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação das Políticas Públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	As ações do CMDI são divulgadas nos canais oficiais de comunicação.
18	**PROPOSTA**	**Fortalecer as ações do CMDI com a garantia de capacitação continuada aos conselheiros municipais.**
	EIXO	Eixo 4 – Os Conselhos de Direitos: Seu papel na efetivação do controle social na geração e implementação

		das Políticas Públicas
	ESFERA DE GOVERNO	Municipal
	MONITORAMENTO	Planejamento para o ano de 2024.

9. EIXOS ESTRATÉGICOS PARA O ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

O Plano Municipal voltado à promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa e está estruturado nos eixos da Secretaria de Políticas para Infância. Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano, Assistência Social, Saúde, Educação, Planejamento, Habitação e Acessibilidade Urbana Esporte e lazer, Cultura, Segurança e Mobilidade Urbana, e Segurança Alimentar e Nutricional.

9.1 Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano

A Lei "R" 2344 de 15 de Julho de 2021 permitiu a reestruturação do formato administrativo atual criando a SMDH – Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano que alcança políticas públicas para todos os segmentos Infância e Juventude, Mulher, Pessoa com Deficiência, Pessoa Idosa, Imigrantes e outros Grupos Vulnerabilizados.

A defesa de direitos é um dos objetivos centrais da SMDH, voltada a atenção a diversos segmentos vulnerabilizados da sociedade, de forma a contribuir com maior visibilidade das necessidades e favorecer o acesso aos serviços públicos. Sendo um compromisso do Governo para com uma sociedade que busque justiça social e que combata as desigualdades que impactam na vida de milhares de pessoas e famílias, visando construir uma nova referência no âmbito municipal a segmentos que até então sofrem com a ausência ou baixa cobertura de atendimento do Poder Público.

Um dos objetivos da SMDH é fortalecer a articulação intersetorial das políticas públicas no âmbito do Município, entre as quais, as políticas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar, Cultura, Esporte e Lazer, Habitação, Desenvolvimento Econômico,

Trabalho e Segurança; contribuindo para a efetivação da intersetorialidade, com eficiência, eficácia e efetividade resultando em ganhos para a população em geral bem como para a Administração Pública.

A defesa de direitos dos idosos, conforme Lei nº 10.741/2003, art. 2º: o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata a lei, assegurando, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidade, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

bens e serviços, tendo com centralidade defesa de direitos da população idosa do Município.

A Lei nº 2.118, de 26 de dezembro de 2012, do Fundo Municipal dos Direitos do Idoso de Toledo, tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações relacionadas a Programas de Atendimento e de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa, executadas de acordo com as deliberações do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, coordenadas pela Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano.

Com a Lei Nº 2.360, de 9 de dezembro de 2021, que dispõe sobre o Fundo Municipal dos Direitos do Idoso de Toledo – FMDI, conforme Capítulo II Art.3º "O Fundo Municipal dos Direitos do Idoso ficará subordinado diretamente à Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano, com orientação técnico-contábil prestada pelo setor de contabilidade do Município", no Capitulo III Art.4º - "São atribuições do Secretário de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano do Município":

Parágrafo único - Os recursos do Fundo serão administrados segundo os planos de ação e de aplicação aprovados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.

O Conselho Municipal dos Direitos a Pessoa Idosa de Toledo foi instituido pela Lei nº 2.359, de 9 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a política municipal dos direitos da pessoa idosa de Toledo.

Conforme o Art. 3º - “O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo, também identificado pela sigla “CMDI”, é órgão permanente, paritário, da pessoa idosa, vinculado administrativamente à Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano – SMDH”.

Ressalta-se no “Parágrafo único - Considera-se pessoa idosa, para os efeitos desta Lei, pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos”.

A Coordenadoria de Políticas para Pessoa Idosa, entre suas atribuições, tem papel central na garantia, manutenção e o assessoramento do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDI e o Fundo Municipal dos Direitos do Idoso – FMDI.

ÁREA: Cidadania e Desenvolvimento Humano							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano**				NATUREZA: (X) Governamental			
ENDEREÇO: Rua: México , 150 – Jardim Gisela				RESPONSÁVEL LEGAL: Jennifer Thais Chagas Teixeira			
TELEFONE: (45) 3196-2400				E-MAIL : gabinete.smdh@gmail.com			
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Curso Cuidador de Idoso	Oferecer qualificação profissional.	O curso é realizado de segunda á sexta-feira, das 13h30min às 17horas	20	SENAC 160 horas	Recursos materiais e profissionais disponibilizado pelo SENAC	Gratuito	Formar profissionais com competências para atuar e intervir em seu campo de trabalho, com foco em resultados.

ÁREA: Cidadania e Desenvolvimento Humano							
Articulação intersetorial e defesa de direitos da pessoa idosa, vinculado ao CMDI	Garantir a manutenção e assessoramento do CMDI	Reuniões ordinárias (mensalmente), extraordinárias, comissões e ações vinculada ao CMDI	18	Central de Conselhos	1 - servidora municipal (Secretária Executiva)	3.1.90.11.00.00 Pessoal e encargos sociais (SMDH)	Formular, deliberar e acompanhar a execução, estabelecer as diretrizes e a definição da Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa no Município de Toledo
Projeto de Combate a violência contra Pessoa Idosa	Mobilizar a sociedade para a proteção das pessoas com 60 anos de idade ou mais, sensibilização em coibir, diminuir e amenizar o sofrimento da pessoa idosa contra violência.	Os eventos e ações aconteceram no período de 15 à 18 de junho, semana alusiva ao Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa – ***Junho Violeta***	838	Equipamentos municipais, Instituições de Longa Permanência pública e privada; empresa/comércio. Mês: Junho	Órgãos municipais, Ministério Público e Conselho da Comunidade.	Parceria e custeio do Conselho da Comunidade.	Com a parceria dos órgãos municipais e demais envolvidos atingimos os objetivos propostos no projeto, conscientizar o maior número possível de pessoas, que a violência contra pessoa idosa é crime.

ÁREA: Cidadania e Desenvolvimento Humano							
Projeto 1ª Semana da Valorização Pessoa Idosa	Promover ações de valorização, combater a invisibilidade da pessoa idosa na sociedade, oportunizando conhecer todos os serviços que estão a sua disposição dentro do município.	*A **1ª Semana da Valorização Pessoa Idosa*** Ocorreu entre os dias 28 a 30 de setembro, e 08 de outubro de 2022	913	Cadeia Pública de Toledo, Instituições de Longa Permanência, Teatro e Parque Ecológico Diva Paim Barth.	Cozinha Social, equipe da SMDH, CAPS II, Educação, Habitação, Promotoria Pública, Conselho da Comunidade	3.3.90.39.59.00 Som Valor 170,00	Oportunizar a pessoa idosa mostrar suas habilidades, numa combinação de qualidade de vida e respeito na sociedade, afirmando que a pessoa idosa não é invisível, bem como fortalecimento de laços familiares.
Projeto entre SMS/Departº de Especialidades e SMDH. Monitoramento ao acesso à Saúde da Pessoa Idosa	Ampliação do número de consultas nas especialidades às pessoas idosas; Garantir o agendamento via telefone;	Projeto acompanhando desde janeiro/2022, sendo avaliado a cada 4 meses, sendo nossos idosos acima de 80 anos atendidos em todas as especialidades; E em relação aos agendamentos estão sendo efetuados via telefone.	----	Na Central de Especialidades e via Ciscopar; Agendamento nas UBS – Unidades Básica de Saúde.	----	Específicas da SMS	Zerada a fila dos idosos acima de 80 anos, sendo que os demais também estão sendo priorizados, estando quase zeradas as filas; Redução significativa das filas de especialidades, proporcionando o agendamento sem necessidade do deslocamento do idoso á UBS.

ÁREA: Cidadania e Desenvolvimento Humano							
Monitorar junto a Secretaria de Habitação o atendimento à Pessoa Idosa com moradia. (Recanto Feliz)	Promover políticas públicas e a garantia de 10% de moradias com acessibilidade e adaptabilidade à pessoa idosa	Atualmente o município atendem 25 idosos, através do Projeto Recanto Feliz localizado Jardim Coopagro com 18 moradias; Existem em andamento o processo para implantação de mais 45 casas; E ainda em processo judicial, a reintegração de posse das 20 unidades por convênio com a Itaipu.	25	Jardim Coopagro	Equipes da Habitação	---------	Garantir à pessoa idosa o acesso à moradia e o cumprimento da legislação e porcentagem pertinente.
Articular junto à SMEL e a SMAS a oferta de atividades esportivas na cidade e interior: pilates, natação e hidroginástica.	Disponibilizar e ampliar o número de cursos e atividades esportivas	As atividades esportivas é realizada pela secretaria de esportes e lazer, a qual atende atualmente cidade e interior; As atividades de natação e hidroginástica, também são ofertadas, para além da secretaria de esporte e lazer, pelos Certis da Vila Pioneiro e Jardim Coopagro.	------	Programa contínuo	Equipe da SMEL Equipe dos Certis	---------	Garantir qualidade de vida e saúde das pessoas idosas
Transportes às Pessoas Idosas	Possibilitar o transporte de pessoas idosas do interior até os Certis	Esses transporte é oferecido pelo Programa Toledoé+Mobilidade e também o Passe Livre do Idoso	-------	Contínuo	----------	----------	Garantir à pessoa idosa o direito ao acesso gratuito ao transporte do interior até os Certis do município.

ÁREA: Cidadania e Desenvolvimento Humano							
Projeto Ensino Jovens e Adulto (EJA)	Articular juntos aos serviços de atendimento à pessoa idosa, na divulgação e participação na modalidade de ensino, (EJA).	Esta modalidade acontece nos períodos matutino, vespertino e noturno.	24	Nos seguintes locais Centros da Juventude, CEEBJA, EM Carlos João Treis, EM Anita Garibaldi e EM Eng.º. Waldyr Luiz Becker	SEED	SMED	Com o trabalho de divulgação através das Associações de Idosos, pretende-se alcançar o maior número possível de pessoas idosas do município Toledo
Projeto atividades Curriculares nas escolas voltadas a valorização da Pessoa Idosa	Inserir na rede de ensino municipal atividades curriculares voltadas a "Valorização da Pessoa Idosa".	A SMDH em parceria com SMED, iniciou o projeto no período de julho a setembro de 2022, com alunos do Pré II ao 5º ano, a SMDH disponibilizou material gráfico e audiovisual, para trabalhar com os mesmos. Após esse trabalho, os alunos elaboraram cartinhas para os idosos identificados e fizeram a visita para a entrega das mesmas nas instituições.	76 Pessoas Idosas 67 crianças	Escola Municipal São Francisco de Assis e escola Municipal Ivo Welter	SMDH, SMED e Cozinha Social	Cozinha Social (lanches)	Avaliação da SMED e SMDH superou todas as expectativas e objetivos propostos.

Articulação Intersetorial e defesa de direitos da Pessoa Idosa vinculadas ao CMDI

ROJETO/AÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	Nº DE ATENDIDOS	LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO	RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS	FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS	RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS
Campanha Idade Plena	Destinar parte do IMPOSTO DE RENDA de pessoa física e jurídica para o desenvolvimento de ações relacionadas ao atendimento da Pessoa Idosa	Anualmente acontece a divulgação nas redes sociais e junto aos Conselhos Contabilistas visando a arrecadação do Imposto de Renda destinada FMDI, sendo o limite da pessoa física 3% e de 1% pessoa Jurídica	.....	CMDI	Comissão da Campanha Idade Plena (CMDI)	Gratuito	Toda a arrecadação, é destinada para financiar programas, projetos de defesa, proteção e garantia de direitos da pessoa idosa

CAMPANHA IDADE PLENA – Distribuições de folders nos escritórios de contabilidade de Toledo - Pr



ATIVIDADES COM IDOSOS APA - Dia Mundial de Conscientização sobre Violência Contra Pessoa Idosa – JUNHO VIOLETA



1ª SEMANA DE VALORIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

ATIVIDADES COM OS IDOSOS PRIVADO DE LIBERDADE - CADEIA PÚBLICA DE TOLEDO

PARCEIRAS: Conselho da Comunidade, CAPS II, Prati Donaduzzi e Certi Pioneira – 28/09/2022





Reunião com Coordenadora Estadual da Pessoa Idosa – 23/09/2022 – Auditório da Prefeitura





9.2 Assistência Social

A Assistência Social é política pública, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Política instituída pela Constituição Federal de 1988, e regulamentadas pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

Tem entre seus objetivos, promover proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; amparo a infância em situação de vulnerabilidade, promoção ao mercado de trabalho, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, e a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal a pessoas com deficiência e pessoas idosas sem condições de prover auto sustendo nem por sua família; a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

A política de Assistência Social é organizada e executada através do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, com provisão de Serviços nos eixos de proteção social básica, proteção social especial de média e de alta complexidade, além de Programas, Projetos e Benefícios.

Atualmente o Município conta com uma Rede Socioassistencial de 29 unidades de atendimento governamentais e não governamentais organizadas territorialmente. Conta com 11 unidades que atendem pessoas idosas, conforme Tabela da Rede Socioassistencial que segue:

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CRAS - Centro de Referência de Assistência Social** **CERTIS - Centro de Revitalização da Terceira Idade**	NATUREZA: (X) Governamental
ENDEREÇO: Anexo Tabela Rede Socioassistencial	RESPONSÁVEL LEGAL: SOLANGE S S FIDELIS
TELEFONE: 3196-2501 - SMAS	E-MAIL: assessoria.smas@gmail.com

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA							
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS[1]**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Acompanhamento familiar através do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias - PAIF[2]	- Identificar famílias prioritárias para inserção no acompanhamento familiar, entre as quais: beneficiárias de programas de transferência de renda, situação de risco social, famílias em situação de extrema pobreza e pobreza, entre outras; - Executar os programas e projetos vinculados ao PAIF; - Acompanhamento pelo PAIF das famílias com membros beneficiários do BPC idoso: - Realização do mapeamento dos dados de atendimento no PAIF das famílias beneficiárias do BPC idoso; - Realização da busca ativa dos usuários com perfil de acesso ao BPC idoso; - Acompanhamento pelo PAIF das famílias beneficiárias de Programas de transferência de renda e benefícios eventuais:	Realizar atendimento particularizado, atividades coletivas e busca ativa através de visitas domiciliares com a população idosa, dos territórios de atuação dos CRAS.	781 - Total de idosos atendidos nos CRASs 987- Idosos com BPC 5.473 – Pessoas Idosas com Cadastro único	CRAS's - ação continuada	Profissionais do SUAS, lotados nos CRAS	Fundo Municipal de Assistência Social	- Garantia de permanência e acesso dos usuários idosos a programas, serviços e benefícios da Política de Assistência Social;

[1] Com relação aos dados "nº de atendidos" a referência utilizada para todos os eixos de Proteção e Serviços foi outubro de 2022

[2] O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. O PAIF é um Serviço exclusivo a ser executado pelo poder público e é desenvolvido necessariamente nos Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA							
Executaro Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV – a Pessoa Idosa	- Contribuir com acesso aos Serviços através de transporte coletivo gratuito para usuários/as que residem distantes das unidades; - Fortalecer o SCFV para pessoas idosas nos CERTIS; - Garantir transporte público gratuito para as pessoas idosas, com idade entre 60 e 64 anos, acessarem os CERTIs;	Realizar atendimento particularizado, atividades coletivas e busca ativa através de visitas domiciliares com a população idosa	357 - Total de idosos inseridos no SCFV nos CERTIs	Serviço continuado - CERTIs	Profissionais do SUAS, lotados nos CERTI's	Fundo Municipal de Assistência Social	- Contribuir no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades; - Fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário;
Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas Idosas	-Implantar o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas Idosas vinculado aos CERTI's; -Identificar nos territórios público alvo para o acompanhamento no domicílio; -Estabelecer fluxos de atendimento e acompanhamento com a rede; -Elaborar Plano de Ação para a execução do Serviço;	Realizar diagnóstico para identificar público referência para a execução do Serviço	-----	Serviço continuado	Profissionais do SUAS, lotados nos CERTI's	Fundo Municipal de Assistência Social	-Redução de situações de risco e de vulnerabilidades e violências; -Fortalecer a função protetiva da família; -Contribuir com a proteção e acesso aos serviços de políticas públicas; -- Fortalecer as relações intersetoriais visando a garantia dos direitos sociais da pessoa idosa e de sua família.

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL MÉDIA COMPLEXIDADE							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social**			NATUREZA: (X) Governamental				
ENDEREÇO: Anexo Tabela Rede Socioassistencial			RESPONSÁVEL LEGAL: SOLANGE S S FIDELIS				
TELEFONE: 3196-2501 - SMAS			E-MAIL: assessoria.smas@gmail.com				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Acompanhamento Familiar e/ou individual através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Família e Indivíduos – PAEFI[1]	- Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva; - Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família; - Contribuir para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos; - Prevenir a reincidência de violações de direitos.	Realizar atendimento particularizado, atividades coletivas e busca ativa através de visitas domiciliares com a população idosa, dos territórios de atuação dos CREAS.	73 – Total de pessoas idosas inseridas no PAEFI Idoso	Serviço continuado - CREAS	Profissionais do SUAS, lotados nos CREAS	Fundo Municipal de Assistência Social	- Romper com ciclos de violência contra pessoas idosas, bem como, reduzir os agravamentos e reincidências; - Fortalecer vínculos familiares e comunitários; - Acesso a bens e serviços da rede de proteção.

[1] PAEFI: O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, o PAEFI, é um serviço inserido no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade. Presta ações de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos.

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **APA - Associação Promocional e Assistencial de Toledo**			NATUREZA: (X) Não-Governamental				
ENDEREÇO: José João Muraro, 1890			RESPONSÁVEL LEGAL: Marlon Jonas Radons				
TELEFONE: 3278-5352			E-MAIL: associacaoapa@uol.com				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Acolhimento Institucional à Pessoa Idosa	- Garantir a ampliação da capacidade de atendimento na modalidade de acolhimento institucional para pessoas idosas, através de cofinanciamento e de credenciamento de OSCs;	Acolher e garantir proteção integral;	12 pessoas idosas acolhidas na OSC	Serviço continuado - APA	Profissionais do SUAS que trabalham na OSC	Fundo Municipal de Assistência Social	- Prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; - Proteção integral a pessoa idosa em situação de violência e com rompimento de vínculos familiares; - Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; - Possibilitar a convivência comunitária;

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE							
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**

ÁREA: POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – EIXO - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE							
Instituição de Longa Permanência - ILPI's – Grau III	- Adquirir vagas em Instituição de Longa Permanência - ILPI's privadas, custeados pelo município, para pessoas idosas que possuam grau de dependência III e estejam com os vínculos familiares rompidos;	- Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral.	05 pessoas idosas acolhidas em ILPIs	Serviço continuado - ILPI"s	Profissionais que trabalham nas ILPIs	Fundo Municipal de Assistência Social	- Prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; - Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; - Fortalecer a convivência comunitária;

REDE SOCIOASSISTENCIAL DE TOLEDO PARA ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA

	UNIDADE EXECUTORA	NATUREZA DA UNIDADE EXECUTORA				
		GOV	NÃO GOV			
1	CRAS I	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Vila Pioneiro

	UNIDADE EXECUTORA	NATUREZA DA UNIDADE EXECUTORA				
2	CRAS II	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Europa
3	CRAS III	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Coopagro
4	CRAS IV	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Panorama
5	CRAS V	X	**Nº**	- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Santa Clara IV
6	CRAS VI	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Interior do município de Toledo

	UNIDADE EXECUTORA	NATUREZA DA UNIDADE EXECUTORA				
7	CREAS I	X		- Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) - Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias – Programa Viver Bem	PSE	Territórios de abrangência anexo
8	CREAS II	X		Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC	PSE	Territórios de abrangência, em anexo
9	CERTI Coopagro	X		Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos	PSB	Jardim Coopagro
10	CERTI Pioneiro	X		Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos	PSB	Vila Pioneiro
11	APA		X	Serviço de Acolhimento para Idosos	PSE - Alta Complexidade	Abrangência Municipal

ANEXO I

TERRITÓRIOS DOS CRAS - CENTROS DE REFERENCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
ENDEREÇO DO CRAS	**BAIRROS PERTENCENTES**
CRAS I – Vila Pioneiro Rua Lopes, 54 - Vila Pioneiro 3196-2530 - craspioneira@hotmail.com	Centro, Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Alto Alegre, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Bom Jesus
CRAS II – Jardim Europa Rua Carlos Drummond de Andrade, 667 - Jardim Europa 3196-2540 - craseuropa@hotmail.com	Jardim Europa/América, Jardim Concórdia, Independência, Jardim Porto Alegre, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Carele e São Pelegrino.
CRAS III – Jardim Coopagro Rua Jose Ayres da Silva, 746 - Jardim Coopagro 3196-2550 - crascoopagro@hotmail.com	Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Planalto, Jardim Coopagro, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pasquali e Filadélfia.
CRAS IV – Panorama Rua Osvaldo Aranha, 500 - Jardim Panorama 3196-2560 - cras4panorama@yahoo.com.br	Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Filadélfia, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park.
CRAS V – Santa Clara IV Rua Ledi Fisher Maas, s/n -Jardim Santa Clara IV 3196-2570 - cras.santaclara@hotmail.com	Pinheirinho, Santa Clara IV, Santa Clara V, Barcelona, Jardim Heloisa, Jardim das Acácias.
CRAS VI – Itinerante Rua Souza Naves, 171 – Centro 3196-2580 - cras.itinerante@hotmail.com	**Distritos:** Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Vila Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho e Novo Sarandi, São Luiz, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre, Bom Princípio, Vila Rural.

ANEXO II

TERRITÓRIOS DOS CREAS - CENTRO DE ERFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
ENDEREÇO DO CREAS	TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA
CREAS I Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 167, Vila Pioneiro Telefone: 3196-2620	Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV. Distritos: São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.
CREAS II Rua Porto União, 921, Jardim Porto Alegre Telefone: 3196-2630	Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pasquali, Filadélfia, Vila Panorama, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro e Jardim Alto Alegre Distritos: Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho e Novo Sarandi.

ANEXO III

TERRITÓRIOS DOS CERTIS CENTRO DE REVITALIZAÇÃO DA TERCEIRA IDADE	
ENDEREÇO DOS CERTIS	**TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA**
CERTI - PIONEIRO R. Cap. Leônidas Marquês, 1003 - Boa Esperança Telefone: 3196-2435	Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV. **Distritos:** São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.
CERTI - COOPAGRO R. Rodrigues Alves, 618 – Jardim Coopagro Telefone: 3196-2430	Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pasquali, Filadélfia, Vila Panorama, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro e Jardim Alto Alegre **Distritos:** Concórdia D'oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho e Novo Sarandi.

9.3 Saúde

Constituição Federal em seu Art. 196 define que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, trazendo dentre as suas diretrizes o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Nesse sentido realizar atendimento preventivo e promocional à saúde, no âmbito individual e coletivo, atendendo aos idosos do município de Toledo, através de uma rede de assistência à saúde integrada e acolhedora, que incida sobre os principais agravos à saúde desta população, e resolvendo a maior parte das situações de saúde e doença, através do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção de sua saúde é direito da pessoa idosa, como dos demais cidadãos e dever do Estado.

Na área da saúde o município de Toledo, dispõe de uma rede assistencial organizada com Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na área urbana e rural totalizando 24 estruturas físicas. A Atenção Primária, conta ainda com atendimento de saúde nos dois CERTIs, no Ambulatório de Feridas e também no Pólo de Academia que fica na região do Jardim São Francisco. Estas são as principais portas de entrada no SUS, possibilitando acesso aos demais serviços oferecidos nesse sistema. Serviços que estão a disposição de toda a população, incluindo a pessoa idosa.

As principais ações realizadas pela Secretaria de Saúde são: consultas básicas e especializadas, exames laboratoriais e não laboratoriais , consultas e procedimentos odontológicos, procedimentos de enfermagem, vacina, acompanhamento do ACS, atendimento domiciliar aos idosos acamados, atendimento em saúde mental, atendimento na assistência farmacêutica, tratamento fora do domicílio, além das atividades de prevenção e promoção em saúde realizados na Atenção Primária como: controle da diabetes, hipertensão, grupos de orientação sobre o uso racional de medicamentos, importância da alimentação saudável e da atividade física para a saúde, grupos de terapias alternativas, saúde mental, e os encaminhamentos solicitados como a liberação de sessões de fisioterapia etc.

A partir da Atenção Primária é possível o acesso a outros serviços ofertados pela rede de atenção em saúde, quando houver essa necessidade. Na atenção de média complexidade os atendimentos são realizados na Central de Especialidades Municipal; Serviços de Urgência e Emergência Municipal (PAM e UPA); Ciscopar- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná; HOESP (Hospital credenciado ao SUS) e demais serviços de saúde Credenciados, contratados e/ou conveniados ao SUS, no quesito saúde mental o município encaminha par ao ambulatório de saúde mental, CAPS II em alguns casos o atendimento ocorre via Ciscopar. A atenção integral à saúde das pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial. O setor saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado.

No quadro abaixo apresentamos relatório/2021, com números relacionados aos atendimentos nos serviços de saúde do município à pessoas com 60 anos ou mais.

Mês de referência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Quantidade de idosos atendidos com procedimentos ambulatoriais*	**4.772**	**4.845**	**5.079**	**4.905**	**5.831**	**5.387**	**5.647**	**6.288**	**5.976**	**5.538**	**4.255**	**3.933**
Procedimento ambulatoriais em idosos	22.988	25.830	30.302	23.118	29.812	25.675	24.767	30.490	26.312	23.115	18.978	17.675
Mulheres	12.991	14.698	17.822	13.033	16.394	15.876	14.443	17.896	15.599	13.645	11.070	9.890
Homens	9.997	11.132	12.480	10.085	13.418	9.799	10.324	12.594	10.713	9.470	7.908	7.785
Quantidade de idosos consultados*	**4.440**	**4.434**	**4.551**	**4.322**	**4.762**	**4.605**	**4.523**	**5.449**	**5.499**	**5.656**	**5.416**	**4.840**
Consultas em idosos	7.372	7.435	8.412	7.129	8.024	8.025	7.432	9.191	8.909	9.128	8.795	7.791
Mulheres	4.284	4.386	4.986	4.174	4.742	4.909	4.390	5.475	5.171	5.395	5.215	4.474
Homens	3.088	3.049	3.426	2.955	3.282	3.116	3.042	3.716	3.738	3.733	3.580	3.317
Quantidade de idosos atendidos em exames não	**1.307**	**1.223**	**1.502**	**1.757**	**2.034**	**1.900**	**1.885**	**1.903**	**1.935**	**1.574**	**1.620**	**1.412**
Quantidade de Exames não Laboratoriais	2.227	1.830	2.393	4.040	3.502	3.332	4.845	3.004	3.329	2.568	3.285	2.252
Mulheres	1.320	1.152	1.474	2.310	2.189	2.130	2.865	1.955	2.038	1.653	1.983	1.369
Homens	907	678	919	1.730	1.313	1.202	1.980	1.049	1.291	915	1.302	883
Quantidade de idosos atendidos em exames	**1.075**	**1.184**	**805**	**848**	**1.022**	**901**	**590**	**623**	**986**	**1.228**	**1.265**	**1.093**
Exames Laboratoriais	13.295	15.031	11.893	10.276	13.395	12.783	5.840	5.317	9.761	12.673	12.812	11.483
Mulheres	7.175	8.698	6.631	5.293	7.419	7.824	3.226	2.858	5.411	6.983	7.548	6.279
Homens	6.120	6.333	5.262	4.983	5.976	4.959	2.614	2.459	4.350	5.690	5.264	5.204
Total de	**45.882**	**50.126**	**53.000**	**44.563**	**54.733**	**49.815**	**12.645**	**14.263**	**14.396**	**13.996**	**12.556**	**11.278**
Faixa etária utilizada de 60 e mais												

FONTE: Relatório Trimestral do CMDI, 2021.

Olhando este quadro, a grande maioria de atendimentos foram realizados às mulheres. Neste sentido, a saúde está implementando as ações voltadas a saúde do homem, conforme previsto na Política Nacional e Estadual de Saúde do Homem. Importante destacar que uma mesma pessoa pode demandar vários atendimentos por meses seguidos ou não. Como a maioria do atendimento da saúde é realizado por demanda espontânea, não temos como informar um número de atendimento programado.

ÁREA: SAÚDE							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **Secretaria da Saúde**				NATUREZA: (X) Governamental ( ) Não-Governamental ( ) Mista			
ENDEREÇO: Rua Carmelita Nodari, 132 Jardim Gisela				RESPONSÁVEL LEGAL: Gabriela Almeida Kurcharski			
TELEFONE: 3196-3021				E-MAIL : dpgestao.saude@gmail.com			
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO Á SAÚDE DO IDOSO	Promover e implementar ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população idosa, visando a integralidade do cuidado.	Manter abaixo de 23 a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur, em pessoas idosas. Atender 78,94% da população idosa até 2025, com no mínimo,1 consulta no ano. Realizar atividades coletivas com a população idosa, dos territórios de atuação das equipes de saúde. Vacinar, anualmente, 90% da população acima de 60 anos, contra a Influenza.	Demanda espontânea	Unidades Básicas de Saúde; CERTIs e demais serviços de Atenção Primária em Saúde; Central de Especialidades Municipal e Ciscopar; Serviços de Urgência e Emergência Municipal (PAM e UPA); HOESP (Hospital credenciado ao SUS) e demais serviços de saúde Credenciados, contratados e/ou conveniados ao SUS.	Profissionais da Secretaria de Saúde, lotados nesses locais de atendimento a população.	Fundo Municipal de Saúde	Diminuição das taxas de fraturas e melhora na qualidade de vida da pessoa idosa. Idosos sendo acompanhados pela equipe de saúde de modo a prevenir os agravos e doenças. Todas as Unidades realizando atividades de prevenção e promoção da saúde, para garantir idosos ativos e com autonomia de realização de suas atividades de vida diária. Atingir a meta de vacinação para prevenção de doenças como a influenza e assim, aumentar a expectativa de vida saudável da pessoa idosa.

9.4 Educação

As ações do Município de Toledo na Secretaria da Educação, estão voltadas à melhoria da qualidade de ensino e atendimento das necessidades de aprendizagem/desenvolvimento dos alunos da Rede Municipal de Ensino, por intermédio de um processo permanente de Formação Continuada dos professores e de todos os profissionais que atuam na Educação Infantil no Ensino Fundamental – Anos iniciais e nas modalidades: Educação Inclusiva, Educação em Tempo Integral e Educação de Jovens e Adultos – Fase I. O Departamento de Ensino, por intermédio dos assessores das áreas auxilia no assessoramento direto aos profissionais das escolas, bem como, fomenta junto as escolas a realimentação constante do Projeto Político – Pedagógico e do Regimento Escolar, com vistas as aprendizagens acadêmicas e o consequente desenvolvimento das capacidades intelectivas humanas dos estudantes, alicerçada nas bases teóricas que constam na Proposta Pedagógica Curricular da AMOP (PPC – AMOP, 2020) da região da AMOP. A Secretaria da Educação atende atualmente a 3.673 crianças nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), no Ensino Fundamental 11.213 estudantes e Educação de Jovens e Adultos (EJA), com 83 estudantes, dos quais 24 estudantes têm 60 anos ou mais.

Os idosos são atendidos na EJA, na Escola Municipal Carlos João Treis, ou nas escolas mais próximas de sua residência, onde tem-se a descentralização de algumas turmas de EJA. Esta modalidade acontece nos períodos matutino, vespertino e noturno, nos seguintes locais e horários:

- Período matutino (7h30min - 11h30min): Turma no Centro da Juventude – Jardim Europa.
- Período vespertino (13h - 17h): Turma no CEEBJA/Toledo – PR.
- Período noturno (18h - 22h): Turmas – Escola Municipal Carlos João Treis; Escola Municipal Anita Garibaldi; Escola Municipal Henrique Brod e Escola Municipal Engenheiro Waldyr Luis Becker.

A Secretaria da Educação no município de Toledo, têm como desafio assegurar o índice de permanência e aprendizagem dos estudantes, e diminuir o número de desistência e de abandono escolar, elevando o número de jovens, adultos e idosos concluintes na etapa do Ensino Fundamental.

ÁREA: Educação						
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO**: Secretaria da Educação**			NATUREZA: (X) Governamental ( ) Não-Governamental ( ) Mista			
ENDEREÇO: General Rondon, 2195 – Jd. La Salle			RESPONSÁVEL LEGAL: Marli Gonçalves Costa			
TELEFONE: (45) 3196-3500			E-MAIL: educacao@toledo.pr.gov.br			
PROJETO/AÇÃO	**LOCAL DE EXECUÇÃO**	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**METAS A ATENDER**	**DEMANDA REPRIMIDA**
Educação de Jovens e Adultos	Escola Mun. Carlos João Treis	Erradicar o analfabetismo absoluto até o final da vigência do Plano Municipal de Educação em 2024; Assegurar a oferta de vagas para a Fase I do Ensino Fundamental, aos que não tiveram acesso na idade própria; Reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional no município de Toledo	Adaptação do currículo conforme idade, aprendizagem e nível de escolarização; Conduzir e reconduzir ao sistema educativo, os idosos afastados ou que abandonaram os estudos em algum momento da etapa de formação escolar	35	50% de idosos com alfabetização inicial	21

.5 Planejamento e Habitação

No ano de 1993 foi criado o Fundo para Financiamento da Política Habitacional do Município de Toledo, através da Lei nº 1.734, de 4 de março de 1993, que é administrado pelo Conselho Municipal da Política Habitacional, criado através da mesma lei. No ano de 1995 é criada a Secretaria de Ação Social, juntamente com um Departamento de Habitação, onde aconteceu a gestão da Política Habitacional até o ano de 2007, quando foi criada a Secretaria de Habitação e Urbanismo, através da Lei 1.968 de 28 de setembro de 2007.

A Secretaria de Habitação e Urbanismo executa projetos de habitação popular sempre visando a priorização no atendimento à pessoa idosa, respeitando a normativa que exige a reserva de unidades a esse público, além de legislação própria que favorece o idoso e sua família no processo seletivo.

ÁREA: Habitação							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO**: Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo**			NATUREZA: (X) Governamental				
ENDEREÇO: Paço Municipal			RESPONSÁVEL LEGAL: Jadyr Cláudio Donin				
TELEFONE: (45) 3196-2130			E-MAIL: planejamento@toledo.pr.gov.br				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Loteamento Residencial Egon Pudell	Garantir acesso a moradia	Priorização e garantia da reserva de no mínimo 3% das unidades habitacionais do empreendimento no atendimento ao idoso, conforme Estatuto do Idoso, Portaria nº 595 de 18 de dezembro de 2013 do Ministério das Cidades e Decreto Municipal nº 522 de 08 de dezembro de 2014.	6	Rua Rudolfo Zorzo - Construção de (Residências estimativa de prazo 2023/2024)	Servidores da Secretária para seleção dos mutuários	Programa Vinculado com a Caixa Econômica Federal – Casa Verde Amarela	Redução de idosos na fila habitacional

ÁREA: Habitação							
Loteamento Residencial Lote Social	Garantir acesso a moradia	Priorização e garantia da reserva de no mínimo 3% das unidades habitacionais do empreendimento no atendimento ao idoso, conforme Estatuto do Idoso, Portaria nº 595 de 18 de dezembro de 2013 do Ministério das Cidades e Decreto Municipal nº 522 de 08 de dezembro de 2014.	8	Rua João Orestes Ruaro (Residências estimativa de prazo 2023/2024)	Servidores da Secretária para enquadramento no programa, seleção dos mutuários, acompanhamento e fiscalização das obras	Programa Vinculado com a Caixa Econômica Federal – Moradia legal	Redução de idosos fila habitacional
Recanto Feliz	Garantir acesso à moradia	Seleção de Idosos para acesso a moradia, por meio de concessão de uso de residências em nome dos municípios	18	Rua Pedro Lodi (Coopagro)/ Permanente	Servidores da Secretária para seleção dos mutuários	Fundo Para Financiamento da Política Habitacional	Redução de idosos fila habitacional
Viver Mais	Garantir acesso à moradia	Seleção de Idosos para acesso a moradia, por meio de concessão de uso de residências em nome dos municípios – Programa Vinculado a COHAPAR	40	Rua Claudio Areco (Residências estimativa de prazo 2023/2024)	Servidores da Secretária para seleção dos mutuários	Companhia de Habitação do Paraná - COHAPAR	Redução de idosos fila habitacional

9.5.1 Acessibilidade Urbana

A Secretaria de Planejamento, Habitação e Urbanismo é responsável pela liberação de alvarás de construção, aprovação de loteamento e elaboração de projetos de obras do município, portanto respeita e aplica as definições presentes na Lei municipal n° 2368/2021 que dispõe sobre o Código de Obras e Edificações do Município de Toledo, NBR 9050/2020 que trata sobre Acessibilidade

edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, que deve atender principalmente os seguintes itens, além dos demais dispostos nas legislações.

As calçadas deverão apresentar uma inclinação do alinhamento predial em direção ao meio-fio para de, no mínimo, 2% (dois por cento) e, no máximo, 5% (cinco por cento), ter largura de no mínimo 2,00 de passeio para trânsito de pedestres, em toda esquina e travessia para pedestres deverá haver rebaixos de meio-fio em rampas, composta de um acesso principal com largura de 1,20m (um metro e vinte centímetros), conforme disposto na norma brasileira de acessibilidade, ou a que vier a substituí-la. Obriga a toda a edificação uso público ou coletivo, com mais 5 (cinco) pavimentos a ter um elevador.

ÁREA: Urbanismo							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **Secretaria Planejamento, Habitação e Urbanismo**			NATUREZA: (X) Governamental				
ENDEREÇO: Paço Municipal			RESPONSÁVEL LEGAL: Jadyr Cláudio Donin				
TELEFONE: (45) 3196-2133			E-MAIL: planejamento@toledo.pr.gov.br				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Desenvolvimento de projetos que atendam as normas de acessibilidade e/ou readequando passeio e estruturas em caso de obra existente.	Melhorar a qualidade na mobilidade das pessoas idosas bem como sua qualidade de vida.	- Urbanização e calçadas; - Readequação de espaço públicos - Aplicação dos dispositivos que compõem as leis do Plano diretor municipal.	Toda a população	Vias e prédios públicos	Servidores da Secretária para o desenvolvimento de projetos e recursos orçamentário para execução das obras		Atendimento a norma de acessibilidade

9.6 Esportes e Lazer

Conforme Teixeira (2002), as ações governamentais em políticas públicas de atenção ao idoso, começaram através de iniciativas do Governo Federal nos anos 70 e até hoje tem caráter assistencial, mas, lentamente o Brasil tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos.

Com o objetivo de resgatar e valorizar o papel social do idoso, seus saberes, experiências e vivências, através de ações gratuitas que reforcem a visão da pessoa idosa enquanto cidadã ativa, proporcionando assim, fundamentos para uma qualidade de vida mais aprimorada, facilitando sua inclusão na sociedade, desde 2013 a **Secretaria de Esportes e Lazer** desenvolve atividades físicas, recreativas e de lazer para as pessoas idosas do município de Toledo por meio do Programa Idoso em Movimento.

O **Programa Idoso** em Movimento, criado no ano de 2013 e desenvolvido pela Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo, e visa atender às pessoas idosas do município viabilizando meios que valorizem a promoção da saúde, a integração social e o lazer dos grupos. As atividades de jogos, ginástica, pilates e danças são desenvolvidas de segunda a sexta-feira e finais de semana. As ações consistem em promover atividades sistemáticas acompanhadas por professores de educação física em horários diferenciados nos grupos de idosos, associações de moradores, praças, parques, ginásios de esportes e demais locais que estabelecerem parcerias com a Secretaria de Esportes e Lazer, bem como a participação dos profissionais nos dias das atividades sociais, com atividades esportivas, lúdicas e recreativas.

9.6.1 Esporte e lazer para pessoas idosas

Sob o ponto de vista da saúde e bem estar, políticas públicas para esporte e lazer estão dentre os muitos direitos sociais dos cidadãos que devem ser garantidos pelo Estado, porque quando falamos em Política Pública de esportes e lazer, falamos também em formação humana e desenvolvimento social, levando-nos necessariamente, a refletir sobre formas dos gestores garantirem o acesso a todos os seus cidadãos visando a manutenção e promoção da saúde. O aumento da expectativa de vida dos cidadãos é uma conquista da qualidade daquilo que foi adicionado aos anos, uma vez que o processo envelhecimento está diretamente relacionado ao estilo de vida. Mas, no que se

refere à gestão pública devemos levar em conta as projeções que nos indicam que o envelhecimento não é mais privilégio de poucos, e que o crescimento acelerado da população idosa é um fenômeno mundial. Uma das condições para que as pessoas tenham qualidade no seu viver é ter atividades, de modo que possam preservar suas habilidades e seus papéis sociais, os quais dependem, antes de tudo, de sua saúde, força, mobilidade e vigor.

Considerando que o processo de envelhecimento por si só pode ser uma constante ameaça à manutenção de tais condições, é que a atividade física surge como uma necessidade para preservá-las, pois é específica para este fim (OKUMA, 2007). Segundo Feix (2003), embora o acesso ao **esporte e lazer** seja definido como direito fundamental, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU) e pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 217, as necessidades primárias, como habitação, saúde, educação, alimentação e trabalho ainda são priorizadas pelos governos municipais, em detrimento do esporte e lazer, que fica em segundo plano. Mas aqui, entendemos o esporte e o lazer como uma política pública de direito pessoal, a fim de favorecer a autonomia do idoso.

Conforme explica Monteiro (2001), os idosos sedentários, por responderem muito pouco as exigências de movimento, seja por limitações de doenças e/ou de capacidade funcional, vivem desconfortavelmente e com limitações corporais importantes, tendo dificuldades ou incapacidade para realizar simples tarefas da vida diária, tornando-se dependentes de terceiros. As perdas de possibilidades de uso do corpo aumentam, gradativamente, o medo de movimentar-se, levando a pessoa a sentir menos disposição e ânimo para realizá-las, e conduzem à sensação de aprisionamento no próprio corpo.

Ao contrário, os idosos ativos sentem o bem-estar e a disposição geral, mais a aptidão física e a manutenção do desempenho das atividades da vida diária, levam a sensações corporais agradáveis, como conforto, relaxamento e ausência de dores e de cansaço, maior disposição, alteração de quadros de doenças, com supressão ou diminuição do uso de medicamentos, o que mantém a condição de eficiência, independência e autonomia. Este quadro torna o idoso mais predisposto à ação, além de viver o sentimento de domínio e controle da própria saúde, reforçando ou fazendo surgir um sentimento de autoconfiança e prazer através da apropriação de si (Okuma, 1998).

Devemos destacar as palavras de Neri (2001), quando afirma que as dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária, devido a problemas físicos, ocasionam dificuldades nas relações sociais com outras pessoas e na manutenção da autonomia, trazendo prejuízos à saúde emocional. A autora também aponta para os baixos níveis de saúde na velhice que se associam com altos níveis de depressão e angústia e com baixos níveis de satisfação de vida e bem-estar subjetivo. Para tanto, as atividades físicas vêm sendo apontada como um atenuante dos aspectos negativos relacionados ao processo de envelhecimento, pois a atividade física regular pode contribuir para evitar os problemas trazidos pelo envelhecimento uma vez que a sua prática está diretamente relacionada à promoção de saúde.

Dentre os benefícios da atividade física, Matsudo (2002) cita os mais importantes: melhora da sensibilidade à insulina, levando a um melhor controle glicêmico, que pode prevenir o desenvolvimento de diabetes, aumento da fração HDL, diminuição da LDL, redução significativa dos triglicérides. Com o envelhecimento ocorre um aumento percentual da gordura corporal e diminuição da massa muscular, porém a atividade física reduz essas modificações. Além disso, ajuda a melhorar a massa óssea quando jovem e prevenir a perda na fase adulta, diminuindo o risco de fraturas; melhora a imunidade, que pode diminuir a incidência de infecções e, possivelmente, de certos tipos de câncer além de uma melhora a função autonômica.

Levando em consideração a importância da implantação das políticas públicas de esporte e lazer os aspectos relacionados aos benefícios da pratica da atividade física associada ao processo de envelhecimento não restam dúvidas que os gestores precisam fazer a sua parte, para que através destas políticas possam traduzir seus propósitos em programas e ações, melhorando assim a qualidade de vida dos seus idosos.

9.6.2 Formulação da política pública de esporte e lazer direcionados à pessoa idosa no município de Toledo

Com um grande número de longevos e com aumento da expectativa de vida dos cidadãos no município de Toledo, a implementação da Política Pública de Esportes e Lazer, iniciou-se de forma intersetorial a partir de 2013, remetendo à ideia da necessidade de integração de diversos setores com vistas à solução de problemas históricos acerca do atendimento a pessoa idosa. Os conceitos de intersetorialidade, bem como de descentralização e de participação, constituem-se de diretrizes do que se tem denominado nova gestão social. Por gestão

social pode-se entender os processos de desenho e de implementação de políticas sociais que visem melhorar as condições e a qualidade de vida da população de forma integral e universal. (LICHA, 1999 apud REPETTO, 2004).

Em Toledo, também se concentram 36 Grupos de Idosos, entidades organizadas e sem fins lucrativos, que se reúnem semanalmente ou mensalmente para a realização de atividades sociais que envolvem jogos de mesa, momentos de oração e integração social. Esses grupos de idosos ficavam desassistidos, por não se enquadrarem na política de proteção social proposta pela secretaria de Assistência Social e que é desenvolvida nos Centros de Revitalização da Terceira Idade.

Devido à urgência de atenção a esse público que abrange aproximadamente 4.000 pessoas idosas, surgiu a necessidade de unir diversos setores na busca de soluções conjuntas, onde iniciou o trabalho da secretaria de Esportes e Lazer como Política Pública Intersetorial, uma vez que está a ação se caracteriza como um modelo de gestão que visa a superar a segmentação e a desarticulação das diversas ações públicas, em especial, as ações voltadas para grupos sociais mais vulneráveis, nesse caso, as pessoas idosas.

Para tanto, buscando colocar em prática os procedimentos preconizados na Política Nacional do Idoso (Lei Federal do Brasil nº 8.842, de 04/01/1994), que garante ao acesso ao esporte e ao lazer para o idoso, a administração de Toledo implantou em 2013 uma política pública de esportes e lazer voltada à promoção e manutenção da saúde do idoso buscando melhorar a qualidade de vida e a autonomia dessa população, e de acesso livre a todos os idosos do município. A proposta foi à criação de um setor específico dentro da Secretaria de Esportes e Lazer, implantando assim o Programa Idoso em Movimento.

A adesão e a participação ativa das lideranças dos grupos de convivência no processo e na implantação do programa contribuíram significativamente para o sucesso e proporção dessa política pública.

Dessa forma, a Secretaria de Esportes e lazer criou estratégias para o atendimento a 36 Grupos de Idosos e demais pessoas idosas interessado em participar das atividades. As atividades se concentram na cidade e no interior, nos ginásios esportivos, associações de moradores, parques e praças, sempre com acompanhamento de profissionais de educação física gerando aproximadamente 4.000 atendimentos mensais. Para que isso aconteça, a Secretaria de Esportes e Lazer dispõe de uma dotação orçamentária própria para o setor do Idoso em Movimento de aproximadamente 380.000,00 ao ano que são divididos entre repasse de convênios e compra de material e

pagamento de transporte para a manutenção do programa. Além das atividades físicas e recreativas que as pessoas idosas participam de maneira gratuita, uma vez ao mês a secretaria organiza algum evento de grande porte.

Dentre as atividades desenvolvidas ressaltamos as caminhadas da saúde, caminhada Coração de Ouro e Caminhada do Idoso. Trófeu Ivo Campagnolo de Futebol 60+, Pilates, Hidroginástica, Dança Circular, Ginástica para Idosos, Funcional para Idosos e Musculação. Jogos dos Grupos dos Idosos de Toledo, uma semana intensa de atividades envolvendo jogo de bocha, trilha, canastra, dominó bolãonzinho de mesa, truco e quatrilho. E além destas atividades a Secretaria de Esporte e Lazer, organiza festival cultural, matinês, gincanas, torneios de diversas modalidades, vôlei câmbio, aulas de pilates e passeios.

No ano de 2021, a Secretaria de Esportes e Lazer lançou o CTI - Centro de Treinamento de Idosos. Um local onde os idosos participam do treinamento de Esportes Adaptados como vôlei câmbio, basquete relógio, handebol por zona, vôlei gigante, vôlei no escuro 70+, tênis de mesa, dominó, peteca e trilha.

Por meio de Lei Municipal e de Secretaria de Esportes e Lazer, repassa recursos financeiros aos Grupos de Idosos através do Programa de Apoio aos Grupos de Idosos, desde que estes manifestem interesse em receber o recurso, e, estejam com a documentação em dia, de acordo com as exigências do Tribunal de Contas do Estado do Paraná e da Controladoria Interna do Município. Após a documentação encaminhada, é firmado um convênio entre a Secretaria de Esportes e Lazer e a entidade beneficiada. Os recursos são repassados de acordo com a quantidade de participantes dos grupos para a manutenção das atividades de lazer e inclusão social.

Em parceria com a cozinha social disponibiliza por meio do Programa de Segurança Alimentar, lanche para os grupos de idosos. Ressaltamos que para participar das atividades não é necessário ser associado a nenhum grupo. Todas as atividades são gratuitas.

ÁREA: Esportes e Lazer							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **Secretaria de Esportes e Lazer**			NATUREZA: (X) Governamental				
ENDEREÇO: Rua Protásio Alves Ginásio de Esportes Alcides Pan			RESPONSÁVEL LEGAL: Eudes Dallanol				
TELEFONE: (45) 3196-2324			E-MAIL: esportes@toledo.pr.gov.br				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Programa de Apoio aos Grupos de Idosos Legalmente Constituídos.	Promover políticas públicas de acesso ao lazer e a atividade física. Fomentar práticas de inclusão social.	As atividades são desenvolvidas semanalmente nos grupos e associações de idosos do município	4.000	Grupos de Idosos Legalmente Constituídos 10 meses	1 profissional de educação física.	27.241.0026.2-102 – Programa Esportivo, Recreativo e de Lazer para idosos.	Garantir a manutenção das atividades esportivas e de lazer dos grupos de idosos legalmente constituídos. Como resultados se espera a ampliação do acesos as atividades de lazer para idosos.

Pilates para Idosos	Fomentar a prática da atividade física por meio do Pilates.	O projeto pilates para idosos é desenvolvido duas vezes por semana em cada local. As aulas são ministradas por profissional habilitado ao método.	54	Centro Olímpico Arnoldo Bohnen Centro de Artes Marciais Gerson Bourscheidt Associação do Basquete Masculino de Toledo. Programa Continuo.	02 profissionais de educação física com habilitação em pilates.	27.241.0026.2-102 – Programa Esportivo, Recreativo e de Lazer para idosos.	Garantir o direito ao acesso as atividades esportivas e de promoção a saúde para idosos. Como resultados se espera a melhoria na saúde e qualidade de vida, na manutenção da autonomia e melhoria na saúde do idoso.
Ginástica para idosos	Fomentar atividades de ginástica para idosos com vistas a promoção da saúde e manutenção da autonomia.	As atividades acontecem duas vezes por semana em cada um dos locais para homens e mulheres acima d e60 anos.	226	Associação Frei Alceu Dez de Maio Associação do Jardim Concórdia Vila Nova Novo Sobradinho Novo Sarandi Jardim Maracanã Vila Pioneiro Clube Toledão Programa Continuo.	2 profissionais de educação física.	27.241.0026.2-102 – Programa Esportivo, Recreativo e de Lazer para idosos.	Garantir o direito ao acesso as atividades esportivas e de promoção a saúde para idosos. Como resultados se esperam a melhoria na saúde e qualidade de vida, na manutenção da autonomia e melhoria na saúde do idoso

Funcional para Idosos	Fomentar a prática da atividade física com vistas a manutenção e promoção da saúde.	O treinamento de funcional é ministrado duas vezes por semana por profissional de educação física.	50	Ginásio de Esportes Lauri Simon Centro de Artes Marciais Programa Continuo.	2 profissionais de educação física.	27.241.0026.2-102 – Programa Esportivo, Recreativo e de Lazer para idosos.	Garantir o direito ao acesso as atividades esportivas e de promoção a saúde para idosos. Como resultados se espera a melhoria na saúde e qualidade de vida, na manutenção da autonomia e melhoria na saúde do idoso.
Centro de Treinamento de Idosos	Fomentar a prática de esportes adaptados.	Os treinamentos acontecem duas vezes por semana das 13:30 às 17:30 para homens e mulheres acima de 60 anos.	80	Ginásio da Unipar Programa Continuo.	2 profissionais de educação física.	27.241.0026.2-102 – Programa Esportivo, Recreativo e de Lazer para idosos.	Garantir o direito ao acesso as atividades esportivas e de promoção a saúde para idosos. Como resultados se espera a melhoria na saúde e qualidade de vida, na manutenção da autonomia e melhoria na saúde do idoso.

FOTOS DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE ESPORTES E LAZER









9.7 Cultura

A cultura está relacionada às necessidades e ao bem-estar do homem enquanto ser individual e coletivo. Todos os seres humanos têm a capacidade de criar símbolos que se expressam em práticas culturais diversas, como nos idiomas, costumes, culinária, modos de vestir, crenças, criações tecnológicas e arquitetônicas, além de literatura, teatro, música, artes plásticas e visuais, dança, circo e cinema.

Os direitos culturais foram previstos pela primeira vez, no plano internacional, na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, que os qualificou como indispensáveis à dignidade e ao livre desenvolvimento da personalidade.

. Na perspectiva de atender ao princípio de democratização e universalização da cultura a Prefeitura Município de Toledo por meio da Secretaria da Cultura executa ações continuas como construção, ampliação, reformas e melhorias de espaços culturais e de difusão cultural, com realização de programas e atividades artísticos-culturais ligadas às artes cênicas, plásticas, visuais, audiovisuais, moda, design, música, literatura, patrimônio material e imaterial, artesanato e dança com a participação de artistas profissionais e amadores.

Dentre os programas Cultural de Toledo, Semana Farroupilha de Toledo, Festival de Curta Metragem, Festival de Dança, concursos literários, Festa Literária de Toledo, Pacotes Literários e Cartoneiras Poéticas, Feira de Arte e Artesanato/Projeto Tenda, Arte na Praça, Palco da Viola, Nossa Praça Nosso Ceu, Curta Cultura, Conta Cultura, História em Prosa, Cine na Web, Lugar de Mulher é Onde Ela Quiser, e apoio na proteção, o reconhecimento e a valorização do patrimônio cultural, natural, histórico, material e imaterial, e outros., ações e eventos executados pela Secretaria da Cultura listamos o Encontro dos Pioneiros de Toledo, festivais de música (FESTIN, Gospel, Festival Farroupilha, Rockato e outros), Festival de Teatro, Festival de Rock, Encontros de Corais, Virada Cultural.

A Secretaria da Cultura de Toledo com sede administrativa na Casa da Cultura, descentraliza programas, ações e cursos de forma territorializada e tem sob sua gestão os seguintes equipamentos públicos:

Teatro Municipal de Toledo

. O Teatro foi construído com recursos do Ministério da Cultura, do Estado e do Município, e possui 2.974,18 m2 de área construída, com 1.022 poltronas distribuídas em dois planos, sendo 777 poltronas no setor de plateia e 245 no balcão e conta também com cadeiras para obesos e portadores de necessidades especiais. Possui um palco de 400 m2, estilo Italiano. O Teatro Municipal de Toledo foi inaugurado no dia 26 de novembro de 1999, é o segundo teatro do maior Estado do Paraná, com de 2.974,18m², entre palco, plateia, camarins, salas de ensaio, salas administrativas e demais dependências, camarins, salas área total construída de ensaios e outros espaços ocupados pela administração e manutenção. Possui estacionamento próprio, tem acesso à cadeirantes e pessoas com exigências especiais. Reúne condições para receber companhias teatrais, orquestras e espetáculos de dança nacionais e internacionais.

É um espaço cultural de primeira importância por sua dimensão e pela projeção regional que o mesmo facilita para o município, que abre as portas para os talentos locais e regionais, nos diversos eventos que acontecem no espaço. Entre eles, o Festival de Inverno (Festin), que já está na sua 39ª edição. Anualmente também acontece no Teatro Municipal de Toledo, a Mostra de Circo que reúne centenas de artistas que utilizam o espaço e as luzes para proporcionar belos espetáculos aos visitantes. A Virada Cultural também é marcada pela programação com diversas atrações que acontecem no Teatro.

Mensalmente, a Secretaria de Cultura proporciona peças, apresentações e exposições. Seu hall de entrada tem sido utilizado para exposições de artes e lançamentos de livros de Toledanos e de artistas de outros municípios da região.

Casa da Cultura

A Casa da Cultura foi criada pela Lei Municipal nº. 732 de 1973. Inaugurada oficialmente em 4 de dezembro de 1976, foi a primeira do gênero a ser criada no Estado do Paraná. Abriga a sede da Secretaria de Cultura de Toledo e está estabelecida na Rua XV de Novembro, Praça da Cultura "Dr Wilson Carlos Kuhn", no centro de Toledo.

O Projeto da criação da Casa da Cultura de Toledo foi idealizado pelo professor Edílio Ferreira, que foi aprovado pelo Conselho Federal de Cultura no início de do ano de 1974 e foi inaugurada oficialmente no dia 14 de dezembro de 1976. No início de sua implantação funcionavam, nesta Casa, a Biblioteca Pública Municipal, o Conservatório Municipal de Música, o Ateliê de Pintura, o Auditório. Também eram oferecidas Aulas de Balé e Ginástica Rítmica e contava ainda com uma Sala de Exposições.

Com a criação da Secretaria de Cultura e Esportes, em 1985, a Casa da Cultura tornou-se um órgão composto de um Conservatório Municipal de Música, Escola da de Dança, Escola de Desenho e Pintura. E como funcionava na Vila Pioneiro o Espaço Cultural e Esportivo, também estava ligado à Casa da Cultura, a Banda Municipal, Coral, Grupos de Teatro e Danças Folclóricas e Tradicionalistas (CTG Chama Crioula, Collase Grupo de Dança Alemã e Figli D' Itali com Danças Italianas).

Com o objetivo de promover e difundir a Cultura em todas as suas formas de manifestações foi criado a Secretaria da Cultura, através da Lei Municipal nº. 1.800 em 14 de julho de 1997, tendo a Casa da Cultura como Sede, desde então.

Os anos foram passando, a cidade foi crescendo e a demanda de alunos também, havendo necessidade de ampliar e remodelar este espaço democrático que busca acolher a todos que procuram por aprendizagem e aperfeiçoamentos nas áreas das artes plásticas, cênica e da música, através dos cursos e oficinas de Violão Clássico, Violão, Violino, Guitarra, Viola Clássica, Violoncello, Teclado, Teatro, Pintura em Tela, Desenho, Solfejo, Pintura em Tela e em Tecido, que são oferecidos gratuitamente pela Secretaria da Cultura. A Casa da Cultura transformou-se num espaço democrático de cultura e atende a mais de 600 alunos nos cursos gratuitos, entretanto não consegue atender a

demanda crescente pela busca de novos cursos também na área da dança, teatro e formação musical. Anualmente temos uma fila de espera de mais de mil pessoas que procuram pelos cursos e não conseguem vagas pela limitação do espaço e também de professores.

Museu Histórico Willy Barth

O museu público do nosso município foi criado pela Lei Municipal nº 834 de 23 de agosto de 1976, sancionada pelo Prefeito Wilson Carlos Kuhn. No mês seguinte, pela Lei Nº 844 de 29 de setembro, passa a ser denominado Museu Histórico Willy Barth em homenagem ao pioneiro, colonizador, prefeito de Toledo e na época maior liderança no Oeste do Paraná, falecido repentinamente em 02 de abril de 1962. Embora criado e nomeado oficialmente, o Museu só foi instalado oito anos depois. Está vinculado à Secretaria de Cultura e tem como missão principal resgatar, preservar e divulgar a Memória e Histórica do Município de Toledo e região.

Localizado na Rua Guarani, nº 3843, Bairro Vila Becker – Toledo- Pr, em Sede Própria desde 1º de outubro de 2015, teve outros endereços anteriormente. Iniciou em sala provisória na Casa da Cultura em fevereiro de 1984. Em novembro de 1985, foi transferido para o 1º andar do Centro Cultural Oscar Silva, instalado em pequenas salas. No início da década de 1990, o Município de Toledo cedeu este Prédio (onde além do Museu abrigava também a Biblioteca Pública - na época ambos vinculados à Secretaria de Cultura), para a instalação da primeira universidade privada em Toledo, a UNIPAR.

Assim, com a cedência do espaço, o acervo do Museu foi transferido pra o prédio na esquina da Rua 7 de Setembro com a Rua Barão do Rio Branco (antigo Banco Meridional). Lá não houve atendimento ao público pois o acervo permaneceu em salas fechadas nos andares superiores do edifício, enquanto no térreo funcionou a Biblioteca Pública. Em 1994, o Museu Histórico Willy Barth foi transferido para o prédio Vilson Balão, (antigo Fórum, tombado pela Coordenadoria do Patrimônio Histórico e Artístico do Estado do Paraná), onde foram montadas exposições e passa a atender o público (na Rua 7 de Setembro esquina com rua Almirante Barroso) até o seu retorno para o Centro Cultural Oscar Silva (antigo prédio do Banco do Brasil) na Av. Tiradentes 1165 – Centro, no início de 1998. Instalado no primeiro andar, com acesso somente por escadas, funcionou no local por aproximadamente 17 anos. Em 1º de outubro de 2015, passa atender o público em sua sede própria, localizado na Rua Guarani, nº 3843, Vila Becker – Toledo- Pr

Em sua nova sede, o Museu conta com 1.085,80m² de área construída, tendo no térreo hall de entrada, sala de exposição itinerante, onde acontecem exposições temporárias, de artistas locais e regionais, obras de outros municípios ou via intercâmbio com outros museus, sala de multiuso para projeção, reuniões, recepção de grupos e atividades em geral, reservas técnicas do acervo de peças/objetos e sanitários. No 1º piso, dependência administrativa, reserva técnica de documentos, fotos, mapas e jornais, sala de exposição permanente com o trabalho de preservação histórica do Município retratada em documentos, fotografias, peças/objetos e áudio visual que remetam a memória dos antepassados e sala de exposição Willy Barth, expostas fotografias, roupas, peças/objetos e biografia do Pioneiro e desbravador, Willy Barth, o qual o Museu recebeu o nome.

O acervo e suas características

Todo o acervo é constituído por doações da sociedade, a partir de campanhas de sensibilização para preservação da Memória e História junto à população de Toledo. Na época da implantação do Museu foram realizadas campanhas pedindo doações para constituição do acervo, bem como visitas residenciais, especialmente nas casas de pioneiros da colonização, gravadas entrevistas (memória oral) com os mesmos e feito preenchimento de questionários com dados pessoais e da história de Toledo. O acervo do Museu constitui-se de objeto relativos ao início da colonização, imagens (Fotos e Negativos), documentos impressos e manuscritos (Mapas, cartas, jornais, relatórios, planos de colonização, documentos pessoais, livros, revistas, biografias etc.), história oral gravadas em Fitas Cassetes, VHS, CD’s e DVD’s, que somados, totalizam aproximadamente, treze mil itens.

Público alvo

A clientela do Museu é formada por visitantes atraídos pelas exposições permanentes e temporárias, que apresentam diversos aspectos sobre o processo de colonização do município, de pesquisadores que utilizam o acervo documental e fotográfico para a elaboração de trabalhos acadêmicos (TCC, teses de mestrado e doutorado), profissionais de imprensa (rádios, jornais e canais de TV) e escritores. A maior parte do público visitante é constituído por estudantes de escolas da rede pública e privada. Em parceria com a Secretaria de

Educação, o Museu atende ao Programa Conhecendo Toledo desde 1998, recebendo alunos do 4º ano abrangendo cerca de dois mil estudantes por ano somente das escolas municipais. Conta também com a parceria da Secretaria de Esporte e Lazer, no Projeto: "Meu Município, Minha História" do Programa Idoso em Movimento.

Mediante agendamento e monitoramento são atendidos outros grupos organizados como de mulheres, idosos, universitários, além da comunidade em geral, especialmente os pioneiros da colonização. É comum nas visitas diárias, a presença de familiares dos estudantes que estiveram no Museu com a turma de sua escola, que quando retornam, estão acompanhados de pais, avós e outros parentes.

Durante o ano o Museu oferece ao público, exposições permanentes, temporárias e itinerantes.

Ações desenvolvidas no Museu

Em sua trajetória, o Museu tem desenvolvido ações visando ocupar lugar de destaque na comunidade na qual está inserido, como espaço de educação alternativa e de valorização do ser humano. Desenvolve atividades que se entendem desde a recepção, arquivamento e preservação do acervo museológico, até a divulgação da História de Toledo, com exposições permanentes, temporárias e itinerantes. Destaca-se a prestação de serviço no atendimento ao público em pesquisa no setor de documentos e fotografias que resultaram na elaboração e produção de dezenas de publicações de trabalhos acadêmicos e livros, que contribuem sobremaneira na valorização de nossa Memória e Histórica.

Além da realização direta de eventos. O Museu participa diretamente da organização do Encontro dos Pioneiros, evento anula, mantido desde 1988. Lançou em 2016 o Concurso Literário de Memória, Relatos e Narrativas do Pioneirismo do Município de Toledo, o Projeto: Uma Noite no Museu, que já está com sua 5ª Edição (com crianças de 08 a 10 anos, participando de várias atividades, brincadeiras, oficinas, cinema com pipoca e dormem no museu), Programa Pioneiros na Rádio (museu leva pioneiros/pioneiras para contar um pouco de sua vivência, trajetória de vida, desde o início da colonização, na Rádio Guaçu, no Programa Guaçu Notícias de Edio Rosseto). Participa das programações do IBRAM (Instituto Brasileiro de Museu) com a Semana Nacional de Museus e Primavera de Museus.

Outras atividades desenvolvidas:

1. Projeto História em Prosa: programa de entrevistas veiculado pelas redes sociais da Secretaria da Cultura a respeito das pesquisas e estudos realizados por pesquisadores das Universidades na área da história do município de Toledo e região.
2. Exposição online “Fragmentos e vestígios da História”
3. Exposições permanentes “Toledo, terra da promissão”
4. Ruas de Toledo: curiosidades históricas sobre as ruas de Toledo

Centro de Artes e Esportes Unificados – CEU das Artes

Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU) da cidade de Toledo/PR foi inaugurado em 14/12/2012 no bairro Jardim Santa Clara IV e se trata de um projeto do Governo Federal concretizado através do extinto Ministério da Cultura (MinC). O CEU de Toledo foi o primeiro do Brasil, de um total de 360 unidades previstas para o País, das quais 23 no Paraná. O CEU desenvolve uma gestão compartilhada entre Secretaria de Cultura, Secretaria de Esporte e Lazer e Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família e comunidade local, envolvendo também voluntários que desenvolvem atividades no espaço.

O objetivo principal deste projeto é integrar em um mesmo espaço físico, ações socioeducativas promovendo a cidadania de crianças e jovens através de oficinas, programas e ações culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e inclusão digital. Durante sua implantação, o projeto teve investimento de aproximadamente R$ 2 milhões (recursos do PAC). O governo federal, por meio do Ministério da Cultura, entregou o prédio e o mobiliário e investiu na formação de gestores e lideranças comunitárias que desenvolveram um plano trabalho para as atividades no CEU.

O objetivo dos CEU’s - Centros de Artes e Esportes Unificados, é integrar num mesmo espaço físico, programas e ações culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços sócio-assistenciais, políticas de prevenção à violência e inclusão digital, de modo a promover a cidadania em territórios de alta vulnerabilidade social .

O equipamento entregue em Toledo tem 1.100 metros quadrados de área construída. O terreno total, 3 mil metros quadrados. Conta com cineteatro, para 90 pessoas; biblioteca com telecentro, um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), quadra poliesportiva, salas para oficinas, pistas de skate e de caminhada. O CEU oferece em sua estrutura cursos de desenho, artesanato, aulas de prática de esporte e teatro. Os horários de atendimento são: das 08h00 às 12h00 e das 13h30min às 17h30min de segunda a sexta-feira.

Eventualmente o espaço abre suas portas à noite e também aos finais de semana para abarcar atividades organizadas pela Secretaria da Cultura e/ou de organizações e entidades parceiras à mesma. Além dos espaços voltados para a comunidade o CEU das Artes oferece cursos profissionalizantes organizados pela Secretaria de Cultura, tais como: oficinas de artesanato, aulas de música e instrumentalização (violão, bateria, guitarra), aulas de futsal, aulas de capoeira, contação de histórias para crianças de 06 a 10 anos de idade, oficina de danças urbanas, aulas de dança do ventre e dança circular.

No ano de 2019, o projeto CEU das Artes (Centro de Artes e Esportes Unificados) passou por uma alteração de nome por meio da Portaria Nº 876 de 15 de maio de 2019 e então passou a ser denominado de Estação Cidadania – Cultura, já que sob a Medida Provisória nº 870 de 1º de janeiro de 2019 o Ministério da Cidadania passou a incorporar as atividades desempenhadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social, da Cultura e do Esporte.

Nesta esteira de acontecimentos, a gestão da Secretaria da Cultura de Toledo em paralelo com o projeto desenvolvido com seus professores dos cursos de música buscou se atentar às necessidades urgentes dos artistas independentes da cidade no segmento da música e, em 2019 desenvolveu o Estúdio Municipal de Música e Áudio de Toledo que utiliza da aparelhagem de som do cineteatro do CEU das Artes para auxiliar a população que tenha interesse em realizar gravações de seus conteúdos autorais e, assim, produzir divulgação e/ou material de portfólio para a participação de editais culturais. Este projeto opera na modalidade de fila de espera, em que os artistas agendam suas gravações por meio de cadastro eletrônico (formulário Google Forms) e a lista segue por ordem de cadastro.

Cursos Ofertados no CEU das artes:

1. Violão: (a partir dos 10 anos)

2. Bateria: (a partir dos 10 anos)
3. Futsal: (a partir dos 06 anos)

Projetos Socioculturais Desenvolvidos:

1. Capoeira: (a partir dos 05 anos)
2. Informática: (a partir dos 08 anos)
3. Oficina de Artes Circenses (Circo da magia): (a partir de 06 anos)

Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer

O Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer, está situado a Rua Doutor Cyro Fernandes do Lago, nº 85, Bairro da vila Pioneiro, inaugurado no dia 25 de junho de 2004. O nome Ondy Hélio Niederauer é uma das homenagens do Município de Toledo ao Contador, que em 1950, migrou para Vila Toledo com esposa e filhos, para trabalhar no Escritório da Colonizadora MARIPÁ, função que exerceu durante 10 anos seguidos. Foi eleito vereador na 1ª legislatura e participou ativamente na criação da Comarca de Toledo. Participou do lançamento do primeiro jornal local, "O Oeste", e nele publicava notas e crônicas semanais. Em 1992, lançou seu livro "Toledo no Paraná: a história de um latifúndio improdutivo, sua reforma agrária, sua colonização, seu progresso".

No Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer, além de auditório e salas administrativas, está instalada a Biblioteca – Extensão Vila Pioneiro, criada pela Lei nº 1.433 e institucionalizada em 30 de junho de 1988. Assim como as demais bibliotecas públicas do Município de Toledo, em 2002, passou a fazer parte da Secretaria de Educação. Em 2016, a biblioteca tem um acervo de 13.746 títulos cadastrados, além de 4.564 gibis, 4.412 leitores cadastrados e uma média de 600 leitores ativos. A média de empréstimo mensal é de 1.000 livros. Além da oportunidade de leitura de livros e jornais, oferta à comunidade em geral, o acesso à Internet.

Em 2021 o espaço do Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer, bem como, da Biblioteca Municipal de Extensão da Vila Pioneira foi passado para a gestão da pasta da Secretaria da Cultura.

Centro Cultural Oscar Silva e Biblioteca Municipal de Toledo

Com a finalidade de ampliar os espaços públicos destinados às atividades culturais, a Prefeitura do Município de Toledo, após consulta popular, adquiriu, em 1985, o antigo prédio do Banco do Brasil para a instalação do Centro Cultural, que foi inaugurado em 23 de novembro do mesmo ano.

O novo espaço cultural passou a abrigar a Biblioteca Pública Municipal, Museu Histórico Willy Barth, Conselho Municipal da Cultura, Conselho Municipal de Desportos e sala de exposições. No início da década de 1990, o poder público municipal cedeu o Centro Cultural para a instalação da Universidade Paranaense –UNIPAR em Toledo e, com isso, a Biblioteca foi transferida para um prédio na esquina da Rua 7 de Setembro com a Rua Barão do Rio Branco-Centro, antiga sede da agência do Banco Meridional, onde passou a atender o público.

Dois anos depois, terminado o prazo de empréstimo do Centro Cultural para a Universidade, a Biblioteca retorna ao seu endereço, na Avenida Tiradentes, nº1165, próximo à Praça Willy Barth, Centro.

Lei Municipal nº 1.685, de 21 de outubro de 1991, alterou a denominação do Centro Cultural de Toledo para Centro Cultural Oscar Silva, em homenagem ao cidadão brasileiro, nordestino, residente em Toledo desde 1963, como [...] escritor, historiador e jornalista, por sua atuante participação na vida política, social, cultural e educacional do Município, o reconhecimento e gratidão da comunidade toledana (extraído da Lei Municipal nº 1.685/91).

Em 2015, no dia 16 de janeiro, a Prefeitura de Toledo fez nova homenagem, em virtude do centenário da data de nascimento de Oscar Silva. A solenidade contou com a presença de três filhos do escritor, além de netos, bisnetos e familiares que vieram de outras cidades para acompanhar a homenagem.

A Biblioteca Pública Municipal foi criada, oficialmente, em 12 de dezembro de 1960, pela Lei nº 206 e registrada no Instituto Nacional do Livro em 1974, mas foi uma realidade a partir da inauguração da Casa da Cultura, onde iniciou o atendimento em 1977. Tem sua sede no Centro Cultural Oscar Silva, no centro da cidade e possui um acervo de cerca de 30 mil livros e 2 mil gibis.

Além do atendimento ao público de leitores, a Biblioteca tem participação direta na realização do Concurso de Contos Paulo Leminski, desde seu início em 1989, uma atividade conjunta entre a Prefeitura de Toledo e a Unioeste - Campus de Toledo. Esse evento tem repercussão na área cultural e literária da cidade, da região e do Brasil com participantes de outros países.

Projetos educativos-culturais desenvolvidos no espaço:

1. Projeto de Extensão: "Literaturas e leituras: caminhos e perspectivas para a formação leitora nas bibliotecas públicas de Toledo" em parceria com o CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO – CECA – da UNIOESTE; podcast "Leitura ao Pé do Ouvido", Lives Literárias, Dicas Literárias.

2. Projeto Conta cultura: contação de histórias para o público infanto-juvenil;

3. FLIT – Festa Literária e Toledo: Feira do livro, oficinas e mesas de debate, intervenções culturais, lançamentos de livros, contação de histórias.

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA DA CULTURA**					NATUREZA: (X) Governamental	
ENDEREÇO: Rua XV de novembro, 1638 - Centro					RESPONSÁVEL LEGAL: Rosselane Liz Giordani	
TELEFONE: (45) 3196-2315					E-MAIL : casacultura@toledo.pr.gov.br	
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**

Programa DIFUSÃO CULTURAL (todos os cursos com demanda de idosos)	Atender o que preconiza o Estatuto do Idoso conforme Lei 10.741,de 01 de outubro de 2003	Destinar até 05 (cinco) % das vagas para idosos em todos os cursos oferecidos pela Secretaria da cultura. Divulgar a ação entre o público-alvo (em grupos de idosos, CERTIs, etc)	36	Casa da Cultura (aulas semanais)	08 professores / 08 violões para empréstimo temporário e presencial / 02 teclados e 01 piano elétrico para empréstimo presencial e temporário / 06 violinos para empréstimo temporário e presencial / 03 guitarras elétricas para empréstimo temporário e presencial	Recursos Livres
Projeto Violão	Garantir o acesso à formação cultural, bem como se utilizar dos produtos culturais como ferramenta de lazer, conforme Lei 10.741, Artigo 23, capítulo V. Proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento do violão. Oferecer também ao aluno teoria e prática musical a fim de permitir a ele executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita.	Disponibilizar até 06 (seis) vagas no curso. Aulas práticas em grupos com orientação individual.	13	Casa da Cultura	03 professores / 8 violões para empréstimo temporário presencial	Recursos Livres

Projeto Técnica Vocal	Garantir o acesso à formação cultural, bem como se utilizar dos produtos culturais como ferramenta de lazer, conforme Lei 10.741, Artigo 23, capítulo V. Proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes, dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal.	Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica vocal	1	Casa da Cultura	01 professora / sala de aula; teclado; caixa amplificada; microfone (utilização estritamente interna)	Recursos Livres
Projeto Teclado	Garantir o acesso à formação cultural, bem como se utilizar dos produtos culturais como ferramenta de lazer, conforme Lei 10.741, Artigo 23, capítulo V. Proporcionar ao aluno uma vivência musical através do teclado, utilizando-se da leitura musical, de forma lúdica e criativa. Partindo da compreensão de um repertório musical variado, estimulando gradualmente o aprendizado técnico do mesmo	Atividades em sala, com práticas vocais, individuas e conjuntas.	6	Casa da Cultura	01 professor / 02 teclados e 01 piano elétrico para empréstimo presencial e temporário	Recursos Livres

Projeto Curso De Pintura Em Tela "Arte Na Tela"	Garantir o acesso à formação cultural, bem como se utilizar dos produtos culturais como ferramenta de lazer, conforme Lei 10.741, Artigo 23, capítulo V. Desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o desenvolvimento da sensibilidade artística, desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida	Realizar Aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de pintura a óleo sobre a tela em estudos variados de luz e sombra, cor, composição e texturas com referências na História da Arte e artistas consagrados. Participação em palestras, workshops, visita a exposição e apreciação de eventos culturais ampliando seu conhecimento artístico e cultural	10	Casa da Cultura	01 professora / materiais de pintura (telas, tintas, pinceis e afins)	Recursos Livres
Projeto Formação Do Ator	Garantir acesso a formação cultural, bem como se utilizar dos produtos artísticos fornecer elementos que desenvolvam a cidadania e a cultura	Aulas práticas, com envolvimento junto a alunos de várias faixa etárias. Desenvolver esquetes para apresentações públicas	0	Secretaria da Cultura	5	Recursos Livres

Artes em Suportes Alternativos	Garantir o acesso à formação cultural, bem como se utilizar dos produtos culturais como ferramenta de lazer, conforme Lei 10.741, Artigo 23, capítulo V. Desenvolver a socialização e as relações interpessoais; aprimorar técnicas artesanais e manuais; fortalecer a memória o pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o desenvolvimento da sensibilidade artística, desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida	Atividades artesanais em materiais alternativos; Aulas práticas de desenvolvimento de técnicas criativas e de sustentabilidade.	8	Casa da Cultura	01 professora / Materiais de pintura e bordado	Recursos Livres

9.8 Segurança e Mobilidade Urbana

A Secretaria de Segurança e Trânsito do Município de Toledo, Estado do Paraná possui dois Departamentos, um voltado especificamente à segurança e outro ao trânsito. O Departamento de Trânsito, denominado DEPTRANS – Departamento de Trânsito e Rodoviário está integrado ao Sistema Nacional de Trânsito e tem como objetivo proporcionar instrumentos e condições para que o processo de circulação de bens e pessoas desenvolva-se com padrões adequados de acessibilidade, mobilidade, segurança, fluidez e qualidade de vida.

O §2.º das disposições preliminares da Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997, CTB - Código de Trânsito Brasileiro estabelece que o trânsito, em condições seguras, é um direito de todos, e dever dos órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito, a este cabendo, no âmbito das respectivas competências, adotar as medidas destinadas a assegurar esse direito.

É nesta senda que o DEPTRANS tem adotado ações no sentido de oferecer às pessoas idosas, condições seguras de trafegabilidade proporcionando a elas o exercício da plena cidadania. Entre as ações do Departamento destacamos:

a) construções de travessias elevados de pedestres;

b) sinalização de 5% de todas as vagas de estacionamento destinadas às pessoas idosas;

c) fiscalização, junto à concessionária de transporte público, quanto à reserva de vagas destinadas à pessoa idosa, no transporte coletivo urbano;

No mesmo sentido também atua o Departamento de Segurança do Município de Toledo, Paraná:

a) realizando ações na área da segurança e bem estar das pessoas idosas, especialmente as que encontram-se em situação de rua e vulnerabilidade social;

b) Efetuar cadastramento e diligências através da patrulha Maria da Penha, atuando na proteção das mulheres idosas, vítimas de violência doméstica;

ÁREA: Segurança e Mobilidade Urbana	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA DE SEGURANÇA E MOBILIDADE URBANA**	NATUREZA: (x) Governamental
ENDEREÇO: Rua São Paulo, 750 , Jardim Porto Alegre – Toledo Pr	RESPONSÁVEL LEGAL: EUDES LUIZ DALLANOL
TELEFONE: (456) 3196-2340 / 153	E-MAIL: guardamunicipal@toledo.pr.gov.br

PROJETO/AÇÃO	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	Nº DE ATENDIDOS	LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO	RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS	FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS	RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS
Missão de credencial de estacionamento para pessoas idosas	Assegurar à pessoa idosa melhor acesso aos locais públicos, tais como banco, farmácia, mercados, prefeitura, fórum e outros, de forma mais segura.	a) Realização de campanhas orientativas e educativas com intuito de levar ao conhecimento da pessoa idosa, os seus direitos, de acordo com o CTB – Código de Trânsito Brasileiro; b) Implantação de vagas reservadas, mais próximo possível de locais de interesse das pessoas idosas, possibilitando assim menor percurso a ser percorrido, a pé, após o estacionamento do veículo;	Maior número possível da população idosa.	a) Confecção da Credencial de estacionamento – ESTAR – Estacionamento Regulamentado – Rua 7 de Setembro, 1099, Centro. b) em toda área de abrangência do município de Toledo	Servidores públicos da Secretaria de Segurança e trânsito	Recursos de arrecadação de tarifa de estacionamento – Gerenciamento de trânsito	Maior número de pessoas idosas portando a credencial de estacionamento; Proporcionar bem estar à população idosa;

ÁREA: Segurança e Mobilidade Urbana							
Intervenção e fiscalização junto à empresa concessionária de transporte público urbano.	Assegurar o direito à pessoa idosa de usar o Passe Livre no transporte público urbano.	Realização de fiscalização “in loco”, junto à empresa concessionária de transporte público municipal.	Maior número possível de pessoa idosa usuária do transporte público urbano.	Departamento de Trânsito /Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana.	Servidores da Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana	Recursos Livres	Garantia dos direitos da pessoa idosa e aumento da utilização do transporte público urbano.
Patrulha Maria da Penha atendem também as pessoas idosas nos casos de maus tratos no seio da família – principalmente as mulheres	Assegurar e preservar a integridade física, moral e psicológica de mulheres em situação de violência.	Realização de visitas, orientações, atendimento e acompanhamento a mulheres vítimas de violência.		Sede da Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana, Rua São Paulo, 750, Jardim Porto Alegre, Toledo-Paraná.	Servidores da Equipe da Patrulha Maria da Penha / Departamento de Segurança.	Recursos livres	Proteção das mulheres dosa, com vistas a atender o disposto na Lei Maria da Penha

9.9 Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional é uma estratégia ou conjunto de ações intersetoriais e participativas, e consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, de maneira que não comprometa o acesso a outras necessidades essenciais, baseando-se em práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Toledo iniciou a estruturação do sistema de Segurança Alimentar e Nutricional em 2003 com a criação do COMSEA/Toledo. Mais à frente, em 2012, houve a publicação da Lei 2.117 que dispôs sobre a Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável e definiu como seu objetivo a promoção de ações e políticas destinadas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e o desenvolvimento integral da pessoa humana. De acordo com a Lei, a política deve ser implementada mediante plano integrado e intersetorial de ações do poder público e da sociedade. Também foi estabelecido neste momento as diretrizes que regem a política, e dentre

elas, está a diretriz IV que preconiza a promoção da alimentação e da nutrição materno-infanto-juvenil e geriátrica;

Alguns anos após, em 2014, houve a publicação da Lei nº 2.186 que criou os componentes do Município de Toledo do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e definiu os parâmetros para elaboração e implementação do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, que foi criado em 2016 para exercício até 2019.

A Câmara Intersetorial Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN Municipal foi criada em 2015.

O Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional tem a cozinha social como principal equipamento para a promoção do direito permanente da população toledana ao acesso e garantia de uma alimentação adequada e saudável. A cozinha social organiza, produz e distribui alimentos para oito Restaurantes Populares, escolas municipais do perímetro urbano de Toledo, provê lanches para entidades e articula o Programa de Aquisição de Alimentos estadual e municipal.

Os idosos representam grande parte da população atendida nos restaurantes populares. Em pesquisa realizada em 2022 pelo Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional eles foram o principal público em três dos oito restaurantes. Além disso, em conversa com os pesquisadores foi relatada a importância deste equipamento devido ao incentivo a interação social, por ser um momento do dia em que saem de casa e se encontram com amigos e outras pessoas. Foi também entendido que os restaurantes populares são fundamentais para a garantia de uma alimentação saudável principalmente para aqueles que tem renda baixa e para os que moram sozinhos e que, por isso, não teriam condições de produzir uma alimentação de qualidade.

O departamento atente diariamente, em parceria com a Secretaria de Esporte e Lazer, 220 idosos nos Centros de Revitalização da Terceira Idade (CERTIs). Os atendimentos são feitos a partir da provisão de lanches saudáveis para consumo durante as atividades no centro.

Os 36 grupos de idosos do município são atendidos pela cozinha social em parceria com a Secretaria de Esporte e Lazer. Em um cronograma mensal, ajustado com a secretaria, o Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional promove a compra, o preparo e o porcionamento de cárneos para que cada grupo possa realizar confraternizações. Esta ação é assegurada pela Lei “R” nº 133, de 21 de outubro de 2014 que Institui o Programa Municipal de Aquisição de Alimentos Direto do Agricultor Familiar, no Município de Toledo e

pela Lei N° 2.394, de março de 2022 que em seu Art. 1° dispõe sobre a implementação do Programa de Apoio a Grupos de Idosos legalmente constituídos no Município de Toledo. Este trabalho ocorre de maneira intersetorial e se articula com a manutenção e valorização da agricultura familiar trazendo renda e possibilitando a permanência dessas famílias no campo.

Nessas ações rotineiramente a cozinha social também atende eventos desenvolvidos pelas secretarias municipais, este é o caso, por exemplo, dos Jogos dos Idosos de Toledo (JITO) em que são fornecidos lanches e almoço para os idosos participantes (Figura 1) nos bairros e comunidades onde o evento ocorre.

Figura 1: Foto do almoço servido nos Jogos Idosos de Toledo (JITO), edição dos 2022.



ÁREA: Segurança Alimentar e Nutricional							
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO**: Secretaria da Administração e Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional**			NATUREZA: (X) Governamental				
ENDEREÇO: Av. Maripá, 7001 - Jardim Filadelphia, Toledo - PR, 85903-590			RESPONSÁVEL LEGAL: Alexandre Gregório da Silva (Secretário Municipal de Administração)				
TELEFONE: (45) 3196-2360			E-MAIL: cozinha.social@toledo.pr.gov.br				
PROJETO/AÇÃO	**OBJETIVOS**	**ESTRATÉGIAS**	**Nº DE ATENDIDOS**	**LOCAL DE EXECUÇÃO E PRAZO**	**RECURSOS/ MATERIAIS HUMANOS**	**FONTE DE RECURSOS FINANCEIROS**	**RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**
Segurança Alimentar – Restaurantes Populares	Ampliar a oferta de refeições nutricionalmente adequadas a valores acessíveis nos restaurantes populares e gratuitamente para aqueles que necessitarem por meio de cadastro na assistência social.	Divulgar os restaurantes populares para a população idosa de Toledo e incentivar àqueles que se enquadram no perfil de renda a realizarem o cadastro na assistência social para usufruírem das refeições gratuitamente	Número indefinido de idosos atendidos, por não haver identificação no sistema	A oferta de refeições ocorre nas oito unidades dos Restaurantes Populares de Toledo e o prazo para oferta e divulgação será durante toda a vigência do plano pois trata-se de um projeto ininterrupto	Profissionais do Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional	Programa de Aquisição de Alimentos municipal, Programa de Aquisição de Alimentos estadual e operacionalizaçã o com recursos municipais através da Secretaria de Administração	Garantia da Segurança Alimentar e Nutricional para todos os idosos do município.

ÁREA: Segurança Alimentar e Nutricional							
Lanches saudáveis para grupo de idosos	Fornecer lanches saudáveis de acordo com a quantidade de idosos atendidos nos grupos	Identificar junto com a Secretaria de Esportes e Lazer os locais e periodicidade dos encontros dos grupos de idosos para produzir os lanches saudáveis e transportar até os eventos	2835/semana 6550/mês	Panificadora Social (produção) Grupos de Idosos (distribuição). O prazo para oferta será durante toda a vigência do plano pois trata-se de um projeto ininterrupto	Profissionais do Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional	Secretaria de Esportes e Lazer e operacionalizada pela Secretaria de Administração	Consolidação e fortalecimento dos encontros dos grupos de idosos em Toledo e promoção da alimentação saudável
Lanches saudáveis para os Centros de Referência da Terceira Idade (CERTIs)	Fornecer lanches saudáveis de acordo com a quantidade de idosos atendidos nos CERTIs	Organizar junto com a Secretaria de Assistência Social o cronograma para produção de lanches saudáveis e transporte deste até os CERTIs	2250/semana 10125/mês	Panificadora Social (produção) Grupos de Idosos (distribuição). O prazo para oferta será durante toda a vigência do plano pois trata-se de um projeto ininterrupto	Profissionais do Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional	Secretaria de Assistência Social e operacionalizada pela Secretaria de Administração	Consolidação e fortalecimento dos CERTIs e promoção da alimentação saudável

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994**.** Dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm . Acesso: 11/10/2022.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

CAMARANO, Ana Amélia, PASINATO Maria Tereza. **Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: como ficam as mulheres?** Rio de Janeiro: IPEA 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. **Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança.** Rio de Janeiro: IPEA 2003.
Centro Operacional do Idoso do Ministério Pública do Paraná, 2010;

Dispõe sobre **o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.
Disponívelem:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10741.htm .Acesso em: 15/10/2022.

FEIX, Eneida. **Lazer e cidade na Porto Alegre do início do século XX: a institucionalização da recreação pública.** Dissertação de mestrado,ESEF/UFRGS, 2003.

FERNANDES Maria Teresinha de Oliveira, SOARES Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** Revista de Enfermagem USP. São Paulo.

GIL, Antonio Carlos. C**omo Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo:Atlas, 2008.

GOLDMAN Sara. Nigri. **As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L. et al. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: NauEditora, 2004.

IBGE-**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, (2000, 2010 e 2018)

IBGE-In**stituto Brasileiro de Geografia e Estatística:** Disponível em:<www.ibge.gov.br > Acesso em: 04/10/2022.
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, **IPEA** – 2002

Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "**idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas"**, respectivamente;

Lei nº 2.118 de 26 de dezembro de 2012, cri o **Fundo Municipal do Idoso de Toledo;**

Lei "R" nº 18, de 25 de maio de 1994, reestruturada e passando a denominar-se **Conselho Municipal dos Direitos do Idoso,** também denominado pela sigla "CMDI".

Lei nº 1.347 de 12 de junho de 1987, que instituiu o "**Conselho de Promoção do Idoso de Toledo".**

Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre **o Estatuto do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso.**

Lei nº 11.863 de 23 de outubro 1997 – Cria **O Conselho Estadual dos Idosos**, CEDI/PR.

Lei nº 2.359, de 09 de dezembro de 2021, que Art. 1º - dispõe sobre **a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Toledo**;

Lei nº 2.360 de 09 de dezembro de 2021 que dispõe sobre o **Fundo Municipal dos Direitos do Idoso de Toledo. – FMDI.**

Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a P**olítica Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso.

LIMA. Maria Ferreira, VERAS Renato. **Saúde Pública e Envelhecimento.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de janeiro 2003.

Meleiro, M.L. de A. P., Brito, K.M.dos S.M.,& Nascimento, I.R. (2020). **Marcos legais e Políticas públicas para idosos no Brasil e no Amazonas**. – Revista Kairós-Gerontologia.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – **MDS;** Censo SUAS 2012, Censo SUAS 2013;

Organização das Nações Unidas, ONU. (1999**). Uma Sociedade para todas as idades**. Ano Internacional dos Idosos

Pacto nacional https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/**Cartilha_Pacto_Envelhecimento - RENADI**

Pasinato, M. T. (2004). **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**.

Plano Municipal de Políticas para Pessoas Idosas – Londrina PR – 2017

Plano Municipal da Secretaria de Saúde de **Toledo**– 2022 – 2023

Plano Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescentes de Toledo- 2022- 2025 – CMDCA

Plano Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – Maringá PR – 2022

SPIES, Márcia Franciele**. "Só é velho quem pensa quem é" Cuidado de si e Estética da Existência nos Grupos de Convivência de Toledo-Pr**. 2019. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo-PR.

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO

SECRETARIA DE
POLÍTICAS PARA INFÂNCIA, JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO

CMDCA
TOLEDO
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Comissão Intersetorial de Convivência Familiar e Comunitária
Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA
Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano
Prefeitura Municipal de Toledo - PR
2022

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CMDCA

COMISSÃO INTERSETORIAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO - CMDCA

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA INFÂNCIA, JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO - SMDH

PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO

Este plano foi elaborado em parceria com diversos profissionais de várias políticas públicas do município de Toledo-PR, por meio da Comissão Intersetorial de Convivência Familiar e Comunitária. E o período de aplicação desse plano será entre os anos de 2022 a 2025, com projeção de ser monitorado anualmente.

TOLEDO - PR
2022

PREFEITURA DE TOLEDO

LUIZ ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSAT
Prefeito do Município de Toledo

ADEMAR LINEU DORFSCHMIDT
Vice-Prefeito do Município de Toledo

JENNIFER THAYS CHAGAS TEIXEIRA
Secretária de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Familiar e Desenvolvimento Humano

SOLANGE SILVA DOS SANTOS FIDELIS
Secretária Municipal de Assistência Social

JULIANA ALVES MAXIMO DE SOUZA
Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)

EDMARA DE SOUZA
Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)

CRÉDITOS

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO:

COMISSÃO INTERSETORIAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E ACOLHIMENTO

Jaqueline Nadir da Silva de Souza (Secretaria Municipal da Educação)
Elis Francini Souza Coelho (Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Familiar e Desenvolvimento Humano)
Marília Borges (Secretaria Municipal de Assistência Social)
Daline Ferrari (Secretaria Municipal da Educação)
Laurentina Pavan (Conselho Tutelar I)
Lisiane Kieling (Núcleo Regional de Educação - Toledo/PR)
Maria Pelegrini Favaro Zancanaro (Núcleo Regional de Educação - Toledo/PR)
Raquel Cassol da Silva (Secretaria Municipal de Saúde)
Silvana Correa Schneider (Conselho Tutelar II)
Valmir Santiago Ramos (Conselho Tutelar I)
Sara da Rosa da Cruz (Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS)
Tatiane Vanilse Dreier (Conselho Municipal de Direitos de Crianças e Adolescentes - CMDCA)
Cássio Diego Dorfschmidt (Conselho Tutelar II)

COLABORADORES

Heloisa Giaretta (Secretaria Executiva do CMDCA)
Samara Villas Boas Gobbi (Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Familiar e Desenvolvimento Humano)
Suely Mendes de Souza (Secretaria Municipal de Assistência Social)
Monica Van De San (Secretaria Municipal de Esportes e Lazer)
Franz Menegasso (Secretaria Municipal de Esportes e Lazer)
Valdenice dos Santos Souza (Secretaria Municipal de Saúde)
Priscila Tureta (Secretaria Municipal de Cultura)
Dirce Maria Steffens Kulzer (Secretaria Municipal de Educação)

FICHA TÉCNICA - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: TOLEDO - PR.
População estimada (IBGE[1] 2021): 144.601 pessoas
População no último CENSO (IBGE 2010): 119.313 pessoas
Densidade demográfica (2010): 99,68 hab/km²

PREFEITURA MUNICIPAL
Nome do Prefeito: Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt
Endereço da Prefeitura: Rua Raimundo Leonardi, 1586
CEP 85900-110
Telefone: (45) 3196-2000

CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CMDCA
Endereço: Rua México, 150, Jardim Gisela
Nome da Presidente: Juliana Alves Maximo de Souza
Nome da secretaria executiva: Heloisa Heiss Giaretta

ÓRGÃO GESTOR DO CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CMDCA
Nome do órgão gestor: Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano.
Responsável: Jennifer Thays Chagas Teixeira
Endereço órgão gestor: Rua México, 150, Jardim Gisela
Telefone: (45) 3196-2400

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS
Endereço: Avenida Maripá, nº 5077, Centro, Toledo-PR
Nome da Presidente: Edmara de Souza
Nome da secretaria executiva: Greice Kelly Schröer da Silva

ÓRGÃO GESTOR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS
Nome do órgão gestor: Secretaria de Assistência Social
Responsável: Solange da Silva dos Santos Fidelis
Endereço órgão gestor: Avenida Maripá, nº 5077, Centro, Toledo-PR
Telefone: (45) 3196-2501

[1] Dados colhidos no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/toledo/panorama Acesso em: 19 ago 2022.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **8**

CAPÍTULO 1 **9**

1. HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO EM TOLEDO - PR **9**

1.2 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR **11**

1.3. MARCO LEGAL E MARCO CONCEITUAL **12**

1.3.1. MARCO LEGAL **12**

1.3.2. MARCO CONCEITUAL **13**

CAPÍTULO 2 **15**

2. IMPORTÂNCIA DA CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE TOLEDO **15**

2.1 CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA **15**

2.2 SERVIÇO DE ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE TOLEDO **16**

2.3 DIAGNÓSTICO DE ACOLHIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TOLEDO **27**

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS: INTERFACE DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NA GARANTIA DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA **51**

2.4.1 POLÍTICA MUNICIPAL DE CULTURA **52**

2.4.2 POLÍTICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO **64**

2.4.3 POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO **69**

2.4.4 POLÍTICA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER **73**

2.4.5 POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE **74**

2.4.6 POLÍTICA MUNICIPAL DE INFÂNCIA E JUVENTUDE **77**

2.4.7 CONSELHO TUTELAR: A DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE **82**

2.4.8 POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL **83**

CAPÍTULO 3 **92**

3. DIRETRIZES PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO **92**

3.1 DIRETRIZES **92**

3.2 OBJETIVOS DO PLANO **95**

3.3 METODOLOGIA **95**

CAPÍTULO 4 **96**

4. PLANO DE AÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PLANO **96**

4.1 PLANO DE AÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO (2022 A 2025) **96**

4.2 QUADRO DE METAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR PARA COMPOR PLANO DE AÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO (2022 A 2025) **96**

4.2.1 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL **97**

4.2.2 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE SAÚDE **108**

4.2.3 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE EDUCAÇÃO **115**

4.2.4 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE CULTURA **132**

4.2.5 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE ESPORTES E LAZER **133**

4.2.6 QUADRO DE METAS - POLÍTICAS PARA INFÂNCIA JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO **134**

4.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PLANO **137**

REFERÊNCIAS **138**

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento 2022 a 2025, foi atualizado no presente ano (2022), pela Comissão Intersetorial de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento, a qual está vinculada ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Toledo - PR.

Esse plano tem como referência o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006) o qual define como competência e atribuição dos municípios a co-responsabilidade pela execução e produção de informações sistematizadas sobre a implementação em nível local em um Plano Municipal.

O Plano Municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento, proposto para o período de 2022 a 2025, é resultado de um processo participativo de elaboração conjunta, envolvendo representantes de secretarias do governo municipal, Sistema de Garantia de Direitos – SGD, sociedade civil organizada os quais fazem parte da Comissão Intersetorial que elaboraram este Plano.

Esta atualização reconhece a importância da mobilização do município e da sociedade para que as crianças e os adolescentes sejam vistos de forma integral, com vistas à plena garantia dos direitos dentro do contexto familiar e comunitário. Nesse processo de renovação e implementação das políticas orientadas pelo Plano, percebe-se a importância das ações transversais e intersetoriais dentro do poder público e da articulação com a sociedade.

Esse Plano representa um importante instrumento para a mobilização municipal com o objetivo de gerar ações concretas e articuladas sob a responsabilidade do Município e da rede de proteção como um todo, os quais assumem o compromisso pela promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

Este documento se organiza em 4 capítulos, sendo eles:

Capítulo 1 – Apresenta o histórico da construção do primeiro plano municipal de convivência familiar e comunitária e de acolhimento em Toledo - PR (2014-2017). Faz um breve histórico do município de Toledo, expõe marco legal e marco conceitual, referente às legislações sobre a criança e o adolescente e as estratégias federais, estaduais e municipais para garantia do direito à convivência familiar e comunitária;

Capítulo 2 – Dispõe sobre a importância da convivência familiar e comunitária e do serviço de acolhimento. Também retrata o diagnóstico de acolhimentos de crianças e adolescentes no município de Toledo e apresenta sobre as políticas públicas municipais: na interface do atendimento à criança e ao adolescente na garantia do direito à convivência familiar e comunitária.

Capítulo 3 – Aborda sobre diretrizes, os objetivos e a metodologia utilizada na construção do plano;

Capítulo 4 – Apresenta o Plano de Ação do Plano Municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento, com ações a serem realizadas em curto, médio e longo prazo, bem como quais são os atores envolvidos. Indica sobre o processo de avaliação e monitoramento do Plano Municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento, indicando as atribuições e competências do município de Toledo e da rede de proteção;

Diante dos conteúdos apresentados ao decorrer deste Plano, estima-se que as ações construídas para o mesmo possam garantir a proteção integral das crianças e dos adolescentes e especialmente, a efetividade do direito à convivência familiar e comunitária.

CAPÍTULO 1

1. HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO EM TOLEDO - PR

Com o intuito de resgatar o processo histórico da construção do primeiro Plano, assinala-se que a discussão sobre a convivência familiar e comunitária e o acolhimento institucional surgiu nas reuniões do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), especificamente na reunião ordinária do dia dezenove de agosto de 2009, conforme Ata nº 35/2009 - CMDCA, momento em que foi realizada leitura da Portaria Nº 48/2009 que estabelece regras para os conselhos tutelares e entidades de atendimento que desenvolvem Serviço de Acolhimento no âmbito da Comarca de Toledo, instituída pelo Juiz de Direito e Promotora de Justiça.

A partir disso, estabeleceu-se que a Comissão formada pela Comissão Técnica do CMDCA, os representantes das entidades de acolhimento, os conselheiros tutelares e o representante da gestão da Proteção Social Especial discutiriam a Portaria nº 48/2009 e o acolhimento institucional.

Após discussões, o CMDCA elaborou a Deliberação Nº 04/2009. No decorrer deste processo realizaram-se reuniões com o Poder Judiciário, Promotoria de Justiça, Equipe do Serviço Auxiliar à Infância e Juventude (SAIJ), representantes do CMDCA, Secretário de Assistência Social e Equipe da Casa Abrigo Menino Jesus. Devido o descumprimento da Deliberação 04/2009 a Promotora de Justiça com base nos preceitos legais da Constituição Federal de 1988 e ECA propôs a Ação Civil Pública Autos 2862/2010.

Diante disso, no dia trinta de abril de dois mil e dez, realizou-se a Audiência de Conciliação em que materializou-se o acordo sobre as ações a serem realizadas e os prazos para tal, com a presença o Prefeito Municipal José Carlos Schiavinato, Advogado João Carlos Poletto, Promotora de Justiça Kátia Krüger, Presidente do CMDCA Lineu Wutzke, Secretário de Assistência Social Astor Pedro Christ, Representante do CMDCA e Casa Lar Dorcas Rejane Linck Neumann e Diretora do Departamento de Proteção Social Especial Marília Borges, além de que estabeleceu-se que o CMDCA ficaria responsável pela fiscalização do cumprimento dos itens descritos no Termo de Audiência de Conciliação.

O Termo assinalava que no prazo de 90 (noventa) dias o município deveria "elaborar Plano Municipal de Acolhimento Institucional e Familiar". Além disso, justificou-se a elaboração do Plano pelo aumento gradativo do número de crianças e adolescentes sob medida de proteção acolhimento institucional e o processo de monitoramento sobre a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), realizado pela Equipe da então Secretaria de Estado do Trabalho e Promoção Social (SETP), que exigiu a elaboração do documento. Sendo assim, no mês de julho de 2010 foi realizada reunião com representantes das instituições de acolhimento, Direção da Proteção Social Especial e representantes do CMDCA com o intuito de apresentar a proposta de Roteiro para construção do Plano.

Esse primeiro Plano teve como período de abrangência o ano de 2010 ao ano 2013. Com o fim do período, foi necessário a revisão do Plano para o período 2014-2017. Paralelamente, em março de 2014 o município pactuou Termo de Aceite para os Serviços de Acolhimento para Crianças, Adolescentes e Jovens até 21 anos, passando receber cofinanciamento Federal, intitulado Piso de Alta Complexidade (PAC I), para o Serviço de Acolhimento Institucional, o qual tem como exigência a elaboração por parte dos municípios de Plano de Acolhimento.

Diante disso, a Comissão Intersetorial de Convivência Familiar e Comunitária vinculada ao CMDCA, definiu que a revisão do Plano, então em andamento, se daria no sentido de contemplar as exigências constantes no Termo de Aceite do Cofinanciamento Federal. Ressalta-se, contudo, que o Acolhimento Institucional constitui-se como uma das medidas de proteção constantes no ECA, sendo que, garantir a convivência familiar e comunitária se materializa de forma mais ampla, uma vez que perpassa a garantia do acesso aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Sendo assim, a estrutura do Plano Municipal se constitui da seguinte forma: no item 1 há a identificação do Plano, com as informações referentes à Comissão de Elaboração; item 2 elaborou-se a introdução sob a perspectiva de resgatar historicamente a necessidade da estruturação deste documento. No item 3, consta o marco conceitual, onde realiza-se a discussão teórica sobre a história da infância e da família no Brasil, a respeito dos conceitos de família, crianças e adolescentes que embasam o Plano e sobre o direito à convivência familiar e comunitária. No item 4 tem-se a apresentação dos objetivos do documento. Já o item 5 trata da Metodologia de Articulação e Construção do Plano, onde busca levantar a discussão sobre a garantia de efetivação do Plano Municipal através do processo de intervenção, levando em conta os objetivos específicos.

A partir disso, no item 6 apresenta-se um breve histórico do município de Toledo, com o intuito de contextualizar a realidade. No item 7 tem-se a discussão sobre a interface das diversas políticas públicas no município que atendem crianças e adolescentes voltado à garantia da convivência familiar e comunitária. O item 8 dispõe sobre o Marco Situacional dos serviços de acolhimento no município de Toledo, sendo apresentado a Casa Abrigo Menino Jesus Unidade I, Casa Abrigo Menino Jesus Unidade II, Casa Abrigo para Adolescentes e Casa Lar Dorcas. No item 9 são apresentados dados referentes à situação escolar das crianças e adolescentes em acolhimento. No item 10 são estabelecidas as Metas para o período de 2014-2017 da mesma forma que explicitado no item 11 sobre o Processo de Monitoramento e Avaliação do Plano. Por fim, as Considerações Finais que sugerem a análise deste processo de estruturação dos serviços de garantia do direito à convivência familiar e comunitária e as Referências que apresentam a base teórica evidenciada no Plano.

Diante dessas premissas, a discussão que permeia a defesa e garantia dos direitos das crianças e adolescente tem como alicerce legal no Brasil o Art. 227 da Constituição Federal de 1988, o qual preconiza:

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2004a)

Isso reitera a importância da família enquanto base para a formação do sujeito que, assim como a sociedade e o Estado, possuem o dever de garantir o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos. Com base no Art. 19[2] do ECA o qual refere-se ao tema da convivência familiar e comunitária, realizou-se a proposta do Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária Acolhimento 2014 - 2017.

[2] Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

1.2 BREVE HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO – PR

O município de Toledo está localizado em uma região de fronteira e apresenta determinações diferenciadas em sua inserção na própria região Oeste do Paraná. A partir de 1946, iniciou-se a colonização de Toledo, assim como da região Oeste do Paraná, sendo que o primeiro caminhão a chegar ao Arroio Toledo, trazia trabalhadores de diversas localidades. A viagem transcorreu via Vacaria – Erechim – Chapecó – Clevelândia - Lagoa Seca - Laranjeiras do Sul (então capital do Território do Iguaçu) - Rocinha-Catanduvas - Cascavel. Chegaram em Cascavel no dia 19 de março de 1946 e faltava percorrer a distância de Cascavel até o Arroio Toledo, cerca de 45 quilômetros.

Sendo assim, coube a um grupo de desbravadores gaúchos, vindos de São Marcos a serviço da MARIPÁ (Indústria Madeireira Colonizadora Rio Paraná S/A), aportar em 27 de março de 1946 para colonizar toda a chamada “Fazenda Britânia”, transformando esta em futuros patrimônios, distritos e Municípios, a começar por Toledo (SILVA, 1985:81). O grupo acampou a margem esquerda do Arroio Toledo.

Toledo foi assim fundado, ou nasceu, em 27 de março de 1946, sendo o seu principal fundador como pessoa física o pioneiro Alfredo Pascoal Ruaro e como pessoa jurídica a (...) desbravadora MARIPÁ (SILVA, 1985:81). Apesar das dificuldades, em 1949, muitos trabalhadores vieram para a região, principalmente devido a área administrativa da colonizadora e ao trabalho espiritual de Padre Antônio Patuy (1º vigário de Toledo).

Neste momento histórico, Toledo era distrito de Foz do Iguaçu e a emancipação política deu-se no dia 14 de novembro de 1951, pela Lei nº 790, aprovada pelo governador Bento Munhoz da Rocha Neto. A primeira eleição aconteceu em 09 de novembro de 1952 e, em 14 de dezembro do mesmo ano, instalou-se o município tendo como prefeito Dr. Ernesto Dall’Oglio.

Com base na discussão de Silva (1985), a população Toledana formou-se a partir de vários grupos étnicos, tendo destaque os europeus, alemães, hispano-americanos e orientais, além dos grupos mistos. Além disso, houveram grupos menores formados por russos, poloneses, romenos, bolivianos, paraguaios e outros, que com o desenvolvimento do município modificaram-se devido a miscigenação. Os paraguaios realizaram o trabalho braçal, derrubada de matas, abertura de estradas, medições de lotes rurais onde eram forçados a trabalhos mais penosos, como a construção de jangadas nas águas do São Francisco.

No que se relaciona aos costumes, desde o início da colonização começou a predominar a maneira de viver dos pequenos fazendeiros ou proprietários rurais, de origem italiana e alemã, conservados das tradições de trabalho e da agricultura como meio de vida. Os fins de semana eram dedicados, à missa, ao culto evangélico, ao churrasco, ao chimarrão, ao bolão, à bocha, à canastra e, quando existiam muitos rios, às caçadas e pescarias.

O município de Toledo localiza-se no Oeste paranaense e apresenta uma área de 1.197 km2, sendo parte do Terceiro Planalto Paranaense, apresentando os seguintes limites geográficos: norte com Palotina e Nova Santa Rosa; ao nordeste com Assis Chateaubriand e Tupãssi; ao leste com Cascavel; ao sul com Vera Cruz d’Oeste e Céu Azul; ao sudoeste com Vera Cruz d’Oeste e Matelândia; ao oeste com Santa Helena e Marechal Cândido Rondon (Apud SPIELMANN, 2008).

A economia toledana é essencialmente agroindustrial. Possui o maior rebanho suíno do Paraná e o terceiro maior do país. Há ainda a criação de aves e leite, a produção de grãos, como soja, trigo, milho, feijão, girassol e amendoim, e ainda, algodão, fumo e mandioca. Na passagem da década de 1960/1970, a modernização

agrícola imprimiu novas relações no campo e a especialização agrícola favoreceu a monocultura e a concentração da propriedade, ocasionando o êxodo rural e a acelerada urbanização.

No início da colonização, a partir de 1946 até 1949, não houve um aumento significativo da população, devido às dificuldades iniciais e da falta de infra-estrutura.

A partir da abertura de estradas, venda de terras, propagação dos planos de colonização, no início dos anos de 1950, houve uma expansão demográfica expressiva, apresentando inclusive em decorrência das mudanças no cenário nacional o aumento da população na zona urbana.

Assinala-se que o município passou a investir na área habitacional com vistas a garantir apoio à população advinda de outras cidades e estados com o interesse de residir em Toledo.

Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a densidade demográfica é de 91,65 habitantes por km2 . A população do município está dividida em 27 bairros e 10 distritos.

No ano de 2022, a cidade de Toledo-PR foi citada na Revista Isto É[3], edição especial, como umas das melhores cidades "Top Geral de médio porte" na 5ª posição. O município apresenta elevado índice de IDH, com cerca de 0.768, segundo dados do IBGE 2010. A revista cita ainda que Toledo é um dos maiores produtores de grãos do Paraná, razão pela qual é considerado a "Capital do Agronegócio do Estado" (Isto É, 2022).

Contudo, paralelo ao crescimento acelerado da população, as expressões da questão social passam a evidenciar o desenvolvimento e aumento das desigualdades sociais. Uma das expressões da questão social se trata da dificuldade apresentada no interior das famílias para sobreviver, o que tende a prejudicar o processo de convivência familiar e comunitária. Diante disso, pretende-se resgatar os aspectos inerentes à realidade do acolhimento institucional de crianças e adolescentes que possuem suas vivências neste município e, a partir disso, planejar ações de superação desta realidade.

1.3. MARCO LEGAL E MARCO CONCEITUAL

1.3.1. MARCO LEGAL

Compreende-se como Marco Legal toda legislação que rege um determinado assunto, desde a Constituição, Leis, Portarias, Leis estaduais e municipais.

A Constituição Federal é o marco legal para a elaboração do Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária. Esta estabelece, em seu artigo 227, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, diversos direitos fundamentais, dentre eles o direito à convivência familiar e comunitária. Estabelece, ainda, a Constituição Federal, no artigo 226, que a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

Segundo o §6° do artigo 227 da Constituição Federal, os filhos havidos ou não da relação de casamento ou por adoção têm os mesmos direitos, sendo proibida qualquer discriminação relativa à qualidade da filiação. De acordo, ainda, com a norma constitucional, os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, sendo que os filhos maiores têm o dever de amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (artigo 229). E nos termos do artigo 226, o Estado deve assegurar assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos

[3] PRADO, Antonio Carlos. Edição Especial: As melhores cidades do Brasil. Revista Isto É: São Paulo, jun. 2022.

para coibir violências no âmbito de suas relações. Outro marco normativo importante é a Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990. Ela é a base para a criação ou reforma de toda e qualquer norma reguladora no campo da família e na implementação de políticas públicas. Em seu preâmbulo, e em muitos dos seus artigos, a Convenção define os direitos da criança num sentido realmente próximo da Declaração dos Direitos da Criança, da ONU, de 1959, como direito a uma proteção especial: "a criança tem necessidade de uma proteção especial e de cuidados especiais, notadamente de uma proteção jurídica, antes e depois de seu nascimento". Mais adiante, a Convenção acresce a esse direito de proteção especial, outros tipos de direitos. Para a efetivação da Convenção sobre os Direitos da Criança no País é importante a observância dos seguintes princípios: não discriminação, superior interesse da criança, direitos à sobrevivência e ao desenvolvimento e respeito à opinião da criança. Outro marco legal do Brasil é o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que determina em seu artigo 19 que toda criança e adolescente tem direito de ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária. Estabelece, ainda, como princípios a serem adotados pelas entidades que desenvolvam serviços de acolhimento familiar ou institucional, conforme o artigo 92, a preservação dos vínculos familiares e a promoção da reintegração familiar e a integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa. E nos termos do artigo 28, a colocação em família substituta far-se-á mediante guarda, tutela ou adoção. O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de 2006, é outro marco importante. Este Plano constitui um marco nas políticas públicas no Brasil ao romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fomentar a construção de um novo paradigma, o da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários, preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

É importante ressaltar que a segurança de convívio é direito reconhecido no Estatuto da Criança e do Adolescente e, mais recentemente, na Lei Federal n.º 12.435/2011, que atualizou a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. Esta conquista do ponto de vista da lei é o reconhecimento de um padrão civilizatório que se fundamenta na concepção da convivência e dos vínculos como atributo inerente à pessoa humana. Os objetivos deste Plano estão fundamentados na prevenção ao rompimento dos vínculos familiares, na qualificação do atendimento dos serviços de acolhimento e no investimento para o retorno ao convívio com a família de origem. Somente quando esgotadas todas as possibilidades para essas ações deve-se utilizar o recurso do encaminhamento para família substituta, mediante procedimentos legais que garantam a defesa do superior interesse da criança e do adolescente.

1.3.2. MARCO CONCEITUAL

Compreende-se como marco conceitual um esquema onde conste a percepção global de um assunto, onde as ideias principais se relacionam entre si.

Com a Lei Federal 8.069 de 13 de julho de 1990 - ECA é reforçado o papel da família na vida da criança e do adolescente como elemento imprescindível, dentro do processo de proteção integral. Um dos objetivos maiores do sistema de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, que aquela lei propõe instituir, articulando e integrando todas as políticas públicas, no sentido da priorização do atendimento direto desse segmento da população, como forma de garantia de direitos é

fazer com que o atendimento das necessidades básicas das crianças e dos adolescentes seja realizado como direito do cidadão-criança e do cidadão-adolescente e, ao mesmo tempo, dever do Estado, da sociedade e da família, com prioridade absoluta.

No tocante ao direito à convivência familiar e comunitária, o ECA estabeleceu no artigo 19 que toda criança ou adolescente tem direito de ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária. Esse dispositivo do Estatuto deve ser considerado, em seguida aos princípios constitucionais e convencionais, como outro marco legal basilar na construção do presente Plano. Em função desse princípio, o ECA estabelece a excepcionalidade e a provisoriedade do Acolhimento Institucional.

No campo conceitual o ECA e a proteção integral dispensada à criança e ao adolescente tem suas raízes mais próximas na Convenção sobre o direito da criança, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1989 e pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1990 (Dec. Legislativo 28). A ratificação ocorreu com a publicação do Decreto 99.710, em 1990, através do qual o Presidente da República promulgou a Convenção, transformando-a em Lei.

Em vigor desde 1990, o ECA é um marco na proteção da infância, justamente por ter como base a doutrina de proteção integral, que reforça e reafirma a ideia de "prioridade absoluta" da Constituição. Em conformidade com as disposições do ECA e suas emendas, deve-se encaminhar a criança e o adolescente a serviços de acolhimento apenas quando esgotados todos os recursos para sua manutenção na família de origem, extensa ou comunidade, sendo que o tempo máximo para reavaliação sobre a necessidade ou não de se manter a criança ou adolescente em programa de acolhimento familiar ou institucional é de 6 meses e o período de acolhimento “não se prolongará por mais de dois anos, salvo comprovada necessidade que atenda superior interesse”(art 2º).

O ECA também reafirma que a “manutenção ou reintegração de criança e adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência”, assegurando a prioridade de manutenção dos vínculos familiares e comunitários (art. 101). A família passa, então, a ser entendida como lugar natural do ser humano e ser preservada e cuidada pela comunidade e Estado com esse enfoque, que passa a cooperar com este importante papel que a família possui.

É indispensável, para tanto, que os recursos públicos cheguem diretamente aos membros da família para lhes garantir as condições de alimentar, proteger e educar o ser em desenvolvimento, já que “a falta de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar" (art. 23) - devendo, no caso, a família ser incluída em programas oficiais de auxílio.

Este é um dos maiores avanços trazidos pelo ECA, pois antes vigorava o antigo Código de Menores (Lei 6.697, de 10 de outubro de 1979), que permitia a decretação da perda ou suspensão do poder familiar na hipótese de os pais ou responsáveis estarem impossibilitados de prover as condições essenciais à subsistência, saúde e instrução obrigatória dos filhos menores.

Para garantia dos objetivos do plano nacional, o CONANDA e CNAS afirmam que é necessária a interação de todas as políticas sociais, com centralidade na família para o acesso a serviços de saúde, educação de qualidade, geração de emprego e renda, entre outros, e esta interação também buscamos estabelecer no Município.

CAPÍTULO 2

2. IMPORTÂNCIA DA CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

2.1 CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Em dezembro de 2006, o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) veio reforçar a criança e o adolescente como prioridade absoluta. E também aludir para um desenvolvimento saudável da criança e do adolescente e responsabilizar o estado e a família como co-participantes nessa empreitada, portanto, incentivar o desenvolvimento de auxílio e proteção à família.

A importância da convivência familiar e comunitária para a criança e o adolescente está reconhecida na Constituição Federal e no ECA, bem como em outras legislações e normativas nacionais e internacionais. Subjacente a este reconhecimento está a ideia de que a convivência familiar e comunitária é fundamental para o desenvolvimento da criança e do adolescente, os quais não podem ser concebidos de modo dissociado de sua família, do contexto sócio-cultural e de todo o seu contexto de vida.

Além de enfatizar o que a Constituição Federal de 1988 definiu no artigo 227, sobre o direito à convivência familiar e comunitária, o ECA, no artigo 4º, endossou a declaração, a qual diz:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

E que foi complementado pelos artigos 19 e 20 quando citam:

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

Art. 20. Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

Para as situações de acolhimento institucional, a lei estabelece um caráter provisório e de excepcionalidade. Ou seja, essa medida deve ser aplicada em último caso, depois de esgotadas todas as possibilidades.

No Capítulo II do Estatuto da Criança e do Adolescente, relativo às Entidades de Atendimento, os artigos 90 a 94 e o artigo 100 esclarecem as responsabilidades das organizações e dos seus dirigentes, no sentido de assegurar o respeito de todos os direitos da criança e sobretudo a tarefa de desenvolver ações para preservar as relações familiares.

Importa ainda referir que, para além das obrigações de natureza jurídica, existem também as obrigações de natureza simbólica e emocional, construídas pela presença, amizade, coabitação e/ou apadrinhamento. Eles podem ser profundamente poderosos, espontâneos e às vezes mais significativos do que alguns relacionamentos familiares.

Embora essas relações de espontaneidade tenham tamanha relevância, do ponto de vista jurídico estrito, elas não são suficientes para garantir direitos. Eles devem permanecer em vigor, mas serão necessários procedimentos para legitimar toda a

complexidade jurídica do julgamento e a responsabilização das funções, sejam elas de pai, mãe ou guardião.

Outro aspecto que requer observação cuidadosa, sem deixar de enxergar a família como lugar de proteção, segurança e cuidado, é que ela também pode se tornar foco de conflitos, manifestando-se como um espaço silencioso de violações dos direitos de crianças e jovens. Essa violência perpassa as mais diversas facetas: violência psicológica, violência simbólica, negligência, abuso ou violência física, agressão, exploração e violência sexual, estupro, dependência de drogas, que podem levar a consequências gravíssimas e até a morte.

Situações como casos de violência praticada por familiar ou responsável, com o qual a criança ou o adolescente convive sob o mesmo teto, prevendo o afastamento do agressor da moradia comum, muitas vezes são camufladas pelas famílias, também pelas mães quando se tratam de companheiros, padrastos ou mesmo o pai biológico, em função de serem considerados os principais ou únicos provedores do sustento de toda a família, e/ou também por dependência afetiva e até por medo.

É importante considerar que a decisão de acolhimento da criança ou adolescente da família, quando encaminhada pelo Conselho Tutelar, mesmo que seja temporária, e ainda que efetuada em situação de emergência, deverá ser comunicada ao Ministério Público e à autoridade judiciária.

O serviço de acolhimento pode ser então oferecido pelas instituições e pelas famílias acolhedoras, família-guardiã, família cuidadora ou família solidária. É necessário garantir que a criança receba as condições necessárias e favoráveis ao desenvolvimento saudável. Além disso, esforços e recursos também devem ser investidos para facilitar a reintegração familiar o mais rápido possível.

E, finalmente, quanto à questão da adoção, trata-se também de medida excepcional, irrevogável e a condição da criança reverte para o adotante com os mesmos direitos e obrigações do ECA. Esta ação deve sempre ser orientada pelo melhor interesse da criança e realizada com vistas a assegurar seu direito à convivência familiar e comunitária.

Na elaboração de programas e projetos de políticas públicas, deve-se priorizar a promoção do trabalho centrado na família, em detrimento de uma abordagem que inicia a intervenção com um exame cuidadoso do que possui, identificando suas potencialidades. Através desse potencial, promover ações libertadoras, que emancipam, que consideram e contam com a rede de apoio revelando também a necessidade de uma articulação das diversas áreas: desenvolvimento social, urbano e econômico, demandas de trabalho e renda, saneamento, segurança alimentar, saúde, esporte e lazer, cultura e educação.

Articular as ações das políticas sociais e de terceiros no sistema de garantia de direitos com a sociedade organizada é um meio de superar obstáculos, de reorganizar os programas de acolhimento, visando cumprir seu caráter excepcional e temporário, investimento na reintegração da família, preservação do vínculo entre irmãos, permanente junto com o sistema de justiça e articulação com a rede de serviços.

2.2 SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Neste item será especificado sobre o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes no município de Toledo com vistas a identificar a realidade destes e fundamentar a definição das metas deste Plano.

Até o presente momento (dezembro/2022) o município conta com três unidades de acolhimento institucional para crianças e adolescentes, conforme o texto a seguir.

2.2.1 Unidades de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

Casa Abrigo Menino Jesus - Unidade I
Coordenadora: Andréia Miranda dos Santos Trindade
E-mail: abrigostoledo@gmail.com
Usuários: crianças de 06 a 12 anos.

Casa Abrigo Menino Jesus - Unidade II
Coordenadora: Odete Ribeiro Cardoso
E-mail: abrigostoledo@gmail.com
Usuários: crianças de 0 a 06 anos.

Casa Abrigo para Adolescentes – Unidade III
Coordenadora: Níllia Kelly Simon
E-mail: abrigostoledo@gmail.com
Usuários: adolescentes de 12 a 18 anos incompletos.

2.2.2 Histórico das Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes em Toledo

No município de Toledo, conforme CESCO (2007) haviam registros em Atas do CMDCA de que a Casa Abrigo Menino Jesus entrou em atividade em 29 de novembro de 1995, no entanto, ainda segundo o documento, a entidade recebeu denúncias em relação a precariedade no atendimento à crianças e adolescentes. A Casa Abrigo era mantida pelo PROVOPAR, num espaço físico provisório. Em 2001 o CMDCA aprovou a construção de uma nova Casa Abrigo, que foi inaugurada em 13 de fevereiro de 2002.

Conforme os estudos de CESCO (2007) o município ainda contou com duas entidades não governamentais na modalidade de Casa Lar, sendo a Casa Lar Bem Me Quer, mantida pela APAE com um funcionamento datado de 2003, na qual acolhia crianças, adolescentes e pessoas adultas, que não tem nenhum vínculo familiar e com deficiência mental e a Casa Lar Dorcas, inaugurada em 2006.

A pesquisa de CESCO (2007) apontava que a Casa Lar Dorcas foi criada para atender crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 12 anos, com a possibilidade de 10 atendimentos mensais. Para adequar as condições de funcionamento, a Casa Lar Dorcas e a Casa Abrigo Menino Jesus fizeram um “acordo amigável”, no qual a primeira atenderia a demanda da faixa etária de 07 a 18 anos e a segunda de crianças entre 0 a 07 anos.

Tanto a Casa Abrigo Menino Jesus, quanto a Casa Lar Dorcas tinham a presença de “mãe social” para os cuidados com os acolhidos. Somente em 2010 ocorreu no município de Toledo o primeiro concurso para Cuidador Social.

Ainda em 2010 com o aumento da demanda pelo serviço, optou-se pela implantação de mais uma Unidade de acolhimento institucional, sendo que, a partir deste ato, a Casa Abrigo Menino Jesus atenderia 12 crianças entre 0 e 12 anos incompletos e a segunda atenderia 8 adolescentes entre 12 e 18 anos. Nesse mesmo período o Ministério Público moveu uma Ação Civil Pública, culminando em audiência de conciliação entre Ministério Público, CMDCA e Município. E algumas exigências foram estabelecidas para que fosse cumprido pelo Município, tais como, garantir em

caráter prioritário atendimento médico, inclusive especializado às crianças e adolescentes acolhidos, além de definir o acolhimento exclusivo para adolescentes em espaço físico próprio já existente. Outras exigências constavam em relação a alimentação, transporte, lazer, substituição de mobiliário para a Casa Abrigo Menino Jesus que se encontravam em mal estado de conservação contratação de equipe técnica, ampliação de vagas de acolhimento para crianças de 0 a 11 anos, aumento do repasse financeiro a Casa Lar Dorcas, além de um prazo de 90 dias para o município elaborar o Plano Municipal de Acolhimento Institucional e Familiar[1].

Ficou acordado no Termo de Conciliação que o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente ficaria responsável por fiscalizar o cumprimento dos itens descritos nos prazos acordados.

No ano de 2011 a Casa sofreu ampliação e reforma, pois a estrutura já não era suficiente para a demanda, e em 2012 o equipamento atendeu demandas excedentes em todos os meses, chegando a atender 32 acolhidos ao mesmo tempo. Assim, após deliberação do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e Ação Civil Pública instaurada pelo Ministério Público, o Poder Público implantou ao final de 2012, mais um Serviço de Acolhimento Institucional, sendo então a Casa Abrigo Menino Jesus Unidade II, com atendimento para crianças de 0 a 6 anos.

Segundo Favareto (2020), em janeiro de 2013 a gestão da SMAS definiu que a Casa Abrigo Menino Jesus seria denominada Casa Abrigo Menino Jesus Unidade I e, a nova unidade, Casa Abrigo Menino Jesus Unidade II. Ainda neste ano, avançou-se no entendimento de que as coordenações deveriam ser, de fato, coordenações e não cuidadoras residentes e assim, afastou-se a possibilidade/necessidade de residirem nas Casas.

Em 2014 o Município assumiu integralmente a demanda da Casa Lar Dorcas que deixou de executar o Serviço de Acolhimento no Município. Destaca-se que a casa lar atendia crianças de 0 a 11 anos.

Em 2015, a partir de uma Ação Civil Pública, o Município se comprometeu e garantiu uma equipe técnica a cada Unidade de Acolhimento Institucional, composta por assistentes sociais e psicólogos. No mesmo ano a Casa Abrigo Menino Jesus II que se encontrava em local alugado, foi transferida para sede própria, após passar por construção com capacidade para atender 20 crianças de 0 a 06 anos.

Em 2016 após reforma, foi reinaugurada a Casa Abrigo para Adolescentes com capacidade para 20 adolescentes de 12 a 18 anos.

Diante do exposto, o município de Toledo conta atualmente com três Unidades de Acolhimento Institucional vinculadas ao Departamento de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, todas em sede própria, com capacidade de atendimento para 20 (vinte) acolhidos cada uma, com recursos humanos adequados ao seu funcionamento, equipadas para a garantia e proteção integral de crianças e adolescentes.

Destaca-se que até o mês de maio de 2022 havia o Departamento de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, sendo que à essa Direção estavam vinculados os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e Serviços de Acolhimento Institucional. Com o processo de reestruturação administrativa tem-se o Departamento de Proteção Social Especial de Média Complexidade ao qual estão vinculados os CREAS e o Departamento de Proteção Social Especial de Alta

Complexidade ao qual estão vinculados os serviços de acolhimento institucional.

Desde meados de junho de 2022 até então o número de crianças e adolescentes inseridos no Serviço de Acolhimento Institucional tem aumentado exponencialmente, sendo que chegou-se ao atendimento da capacidade máxima nas Casas Abrigo Menino Jesus I e Casa Abrigo para Adolescentes e na Casa Abrigo Menino Jesus II houve o atendimento de número superior à capacidade.

Diante disso, no mês de setembro de 2022 foi realizado o levantamento de crianças e adolescentes acolhidos nos Serviços de Acolhimento Institucional, o levantamento estimativo em relação às possibilidades de desligamento de crianças e adolescentes dos Serviços de Acolhimento Institucional a partir da realização das Audiências Concentradas, bem como, acerca das possíveis demandas de inserções nos Serviços de Acolhimento Institucional a partir de consulta prévia juntos as unidades de Conselho Tutelar e com as equipes de PAEFI criança e adolescente dos CREAS.

Essas informações subsidiaram a decisão de gestão sobre a necessidade de implantação do novo Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

Considera-se relevante informar que o aumento exponencial da quantidade de acolhimentos, está relacionado a pandemia da Covid-19 que gerou impactos significativos nas formas de convivência no ambiente familiar, bem como no agravamento das situações de exclusão social e violências.

Considerando o exposto, destaca-se que o Serviço de Acolhimento Institucional tem como objetivo oferecer acolhimento provisório para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por meio de medida protetiva de acolhimento institucional (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Art. 101, inciso VII), em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem, extensa ou, na sua impossibilidade, encaminhamento para família substituta.

E possui enquanto objetivos específicos:

- Garantir um ambiente acolhedor e reconfortante à criança, com o intuito de amenizar os aspectos negativos do afastamento do convívio familiar;

- Garantir a manutenção dos vínculos familiares;

- Realizar trabalho de restabelecimento de vínculos entre a criança e a família quando estes já fragilizados ou rompidos;

- Evitar longos períodos de acolhimento institucional;

- Possibilitar o retorno da criança ao convívio de sua família de origem ou extensa ou, esgotadas as possibilidades, inserção em família substituta.

2.2.3 Recursos Humanos

As três Unidades de Acolhimento Institucional possuem equipe completa para execução do serviço. Além de cada Casa Abrigo contar com Coordenadora, Equipe técnica (Assistente Social e Psicóloga), Cuidadores Sociais, Assistente em Desenvolvimento Social, serviços gerais e cozinheiras, as unidades também possuem os profissionais de Nutrição, Assistente Social como Apoio Técnico, Motorista e Assistente Administrativa que prestam serviço às três Unidades. A carga horária desses

profissionais é dividida para atender as necessidades das Casas Abrigo conforme organização de escala. Conforme as Tabelas 1, 2 e 3 abaixo:

Tabela 1 - **Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I**

N°	Função	Qualificação	Carga horária	Vínculo de trabalho
1	Coordenadora	Ensino Superior – Pedagogia	40h	Contrato
1	Assistente Social	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
1	Psicóloga	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
08	Cuidador Social	Ensino Superior Completo	12/36h	Estatutário
02	Cuidador Social	Ensino Superior Completo	12/36h	Processo Seletivo Simplificado
03	Assistente em Desenvolvimento Social	Ensino Médio Completo	12/36h	Estatutário
02	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário
03	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino fundamental	12/36h	Processo Seletivo Simplificado
2	Cozinheira	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário
2	Cozinheira	Ensino fundamental	12/36h	Processo Seletivo Simplificado

*01	Assistente Administrativo	Ensino Médio Completo	40h	Estatutário
**01	Nutricionista	Ensino Superior Completo	20h	Processo Seletivo Simplificado
***01	Apoio Técnico	Ensino Superior Completo – Serviço Social	30h	Estatutária
****01	Motorista	Ensino Fundamental	40h	Estatutário

Dados do Plano de Ação de 2022.
* A servidora tem carga horária de 40 horas semanais que é divida entre a Unidade I e II conforme escala;
** A servidora é cedida pela Cozinha Social do município, pelo período de 20 horas que é dividida entre as três Unidades de Casa Abrigo;
*** A servidora presta orientação e apoio técnico às três equipes técnicas das Casas Abrigo;
**** A Secretaria de Assistência Social dispõe de quatro servidores que são motoristas que tem escala organizada para atender toda a secretaria, incluindo as Unidades de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

Tabela 2 - **Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade II**

N°	**Função**	**Qualificação**	**Carga horária**	**Vínculo de trabalho**
1	Coordenadora	Ensino Superior – Serviço Social	40h	Contrato
1	Assistente Social	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
1	Psicóloga	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
06	Cuidador Social	Ensino Superior Completo	12/36h	Estatutário
04	Cuidador Social	Ensino Superior Completo	12/36h	Processo Seletivo Simplificado
04	Assistente em Desenvolvimento Social	Ensino Médio Completo	12/36h	Estatutário

03	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário
3	Cozinheira	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário
*01	Assistente Administrativo	Ensino Médio Completo	40h	Estatutário
*01	Nutricionista	Ensino Superior Completo	20h	Processo Seletivo Simplificado
*01	Apoio Técnico	Ensino Superior completo – Serviço Social	30h	Estatutária
*01	Motorista	Ensino Fundamental	40h	Estatutário

Dados do Plano de Ação de 2022.
*Situação dos profissionais descrita conforme o quadro de Recursos Humanos da Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I

Tabela 3 – **Casa Abrigo para Adolescentes – Unidade III**

N°	**Função**	**Qualificação**	**Carga horária**	**Vínculo de trabalho**
1	Coordenadora	Ensino Superior – Serviço Social	40h	Contrato
1	Assistente Social	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
1	Psicóloga	Ensino Superior Completo	30h	Estatutário
08	Cuidador Social	Ensino Superior Completo	12/36h	Estatutário
05	Assistente em Desenvolvimento Social	Ensino Médio Completo	12/36h	Estatutário
02	Auxiliar de Serviços Gerais	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário

3	Cozinheira	Ensino fundamental	12/36h	Estatutário
*01	Assistente Administrativo	Ensino Médio Completo	40h	Estatutário
*01	Nutricionista	Ensino Superior Completo	20h	Processo Seletivo Simplificado
*01	Apoio Técnico	Ensino Superior completo – Serviço Social	30h	Estatutária
*01	Motorista	Ensino Fundamental	40h	Estatutário

Dados do Plano de Ação de 2022.
*Situação dos profissionais descrita conforme o quadro de Recursos Humanos da Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade

2.2.4 Recursos Financeiros

As despesas são realizadas com combustível, água, luz, telefone, adiantamento para atividades externas e de lazer, recursos humanos, material de higiene, limpeza, alimentação, manutenção do Equipamento.

Para o desenvolvimento das atividades são utilizados recursos próprios do município e de co-financiamento do Governo Estadual e Federal.

2.2.5 Estrutura Física

As três unidades estão localizadas em prédios próprios da prefeitura. Conforme as tabelas abaixo é possível observar a característica física de cada Unidade de Casa Abrigo.

Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I

Quantidade	Cômodo
01	Sala da Coordenação
01	Sala para a Equipe Técnica
01	Sala de acolhimento
01	Sala de TV
10	Quartos
03	Banheiro
01	Brinquedoteca

02	Depósito
01	Cozinha
01	Refeitório
01	Lavanderia
	Área externa com varanda, gramado e parquinho

Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade II

Quantidade	Cômodo
01	Sala para a Coordenação
01	Sala para a Equipe Técnica
01	Sala de acolhimento
01	Sala com banheiro para os servidores
01	Cozinha
01	Refeitório
01	Almoxarifado para alimentos
01	Almoxarifado para produtos e materiais em geral
01	Lavanderia
01	Lactário
01	Brinquedoteca
01	Sala de TV
01	Fraldário
01	Berçário
04	Quarto coletivo com capacidade para 05 crianças cada um
01	Banheiro coletivo para meninos
01	Banheiro coletivo para meninas
01	Banheiro com trocador

01	Banheiro para pessoas com deficiência
01	Garagem coberta
01	Solário
01	Playground
	Área externa com gramado

Casa Abrigo para Adolescentes – Unidade II

Quantidade	Cômodo
01	Sala para a Coordenação
01	Sala para a Equipe Técnica
01	Sala de acolhimento
01	Sala para os servidores
01	Banheiro com vestiário para os servidores
03	Quartos na Ala feminina com 02 banheiros
03	Quartos na Ala masculina com 02 banheiros
01	Sala para acolhimentos com banheiro para pessoas com deficiência
01	sala compartilhada entre espaço de convivência e atividades pedagógicas
01	Sala com banheiro para novos acolhidos
01	Cozinha
01	Refeitório
01	Depósito para alimentos
01	Área de serviço
01	Almoxarifado
01	Sala de jogos
01	Sala de visitas

01	Garagem
	Área externa com gramado

[1] - Termo de Audiência de Conciliação. Auto Nº 2862/2010, 30 de abril de 2010.

2.2.6 Rede de Serviços e Parcerias

Para o atendimento dos acolhidos tem-se uma rede de Serviços instalada, onde são realizadas parcerias, a saber:

- Da rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade da Política de Assistência Social:

CREAS I – Serviço de Atendimento e Orientação de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade e Atendimento à Indivíduos com Direitos Violados por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos – PAEFI, sendo PAEFI – Criança e Adolescente, PAEFI – Mulher e LGBTQIA+ e PAEFI – Idoso e PCD;

CREAS II – Serviço de Atendimento e Orientação de Medidas Socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade e Atendimento à Indivíduos com Direitos Violados por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos – PAEFI, sendo PAEFI – Criança e Adolescente, PAEFI – Mulher e LGBTQIA+ e PAEFI – Idoso e PCD e Serviço Especializado de Abordagem Social.

- Da rede de Proteção Social Básica da Política de Assistência Social:

CRAS - Centros de Referência em Assistência Social dos 6 territórios do município;
SCFV - Unidades de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;

- Da rede de Atenção à Saúde do Município e Estado:

Secretaria Municipal de Saúde;
UBS - Unidades Básicas de Saúde;
Consórcio Intermunicipal de Saúde;
Central de Especialidades Médicas;
Departamento de Saúde Mental – atendimento psicológico e psiquiátrico;
CAPS AD - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas;
Farmácia Escola Municipal – medicamentos básicos e especiais;
20ª Regional de Saúde – medicamentos excepcionais.

- Da rede Municipal e Estadual de Educação:
CMEI – Centros Municipais de Educação Infantil;
Escolas municipais de ensino fundamental;
Colégios Estaduais de Ensino Fundamental.

2.3 DIAGNÓSTICO DE ACOLHIMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TOLEDO

Conforme o Plano de Ação 2022 elaborado pelas três unidades de acolhimento institucional, apresentam-se os dados dos atendimentos realizados. O período apresentado através dos gráficos abaixo referem-se aos atendimentos realizados no ano de 2021, os dados são sobre o número de acolhidos, idade, gênero, localização territorial, acesso das famílias de crianças e adolescentes acolhidos aos serviços socioassistenciais, motivos do acolhimento, motivo dos desligamentos, escolaridade, composição familiar e renda da família.

2.3.1 Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I

No ano de 2021, na Casa Abrigo Menino Jesus I, foram realizados 08 acolhimentos de crianças/adolescentes, entre os meses de março e novembro.

Vale ressaltar que dentre os acolhidos, observa-se distintas faixas etárias no gráfico 01. Esse fator ocorre devido aos acolhimentos realizados de grupos de irmãos, mantendo-os juntos, para que não haja mais rompimentos de vínculos, desta forma, é comum que haja acolhidos que não se enquadram na faixa etária de atendimento desta unidade, a qual é de 06 a 12 anos incompletos. Portanto, conforme a faixa etária de atendimento da Casa Abrigo Menino Jesus I, dos 16 acolhidos, 10 acolhidos não eram do corte etário de atendimento do equipamento.

Gráfico 1 - Faixa etária das Crianças/adolescentes em acolhimento em 2021

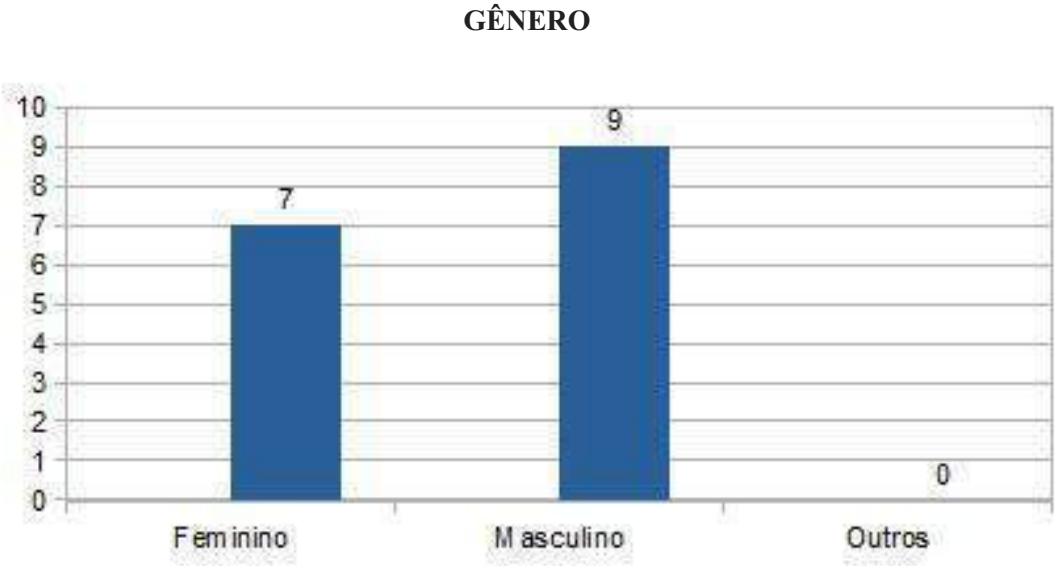
FAIXA ETÁRIA



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 2 - Gênero das Crianças/adolescentes atendidas em 2021

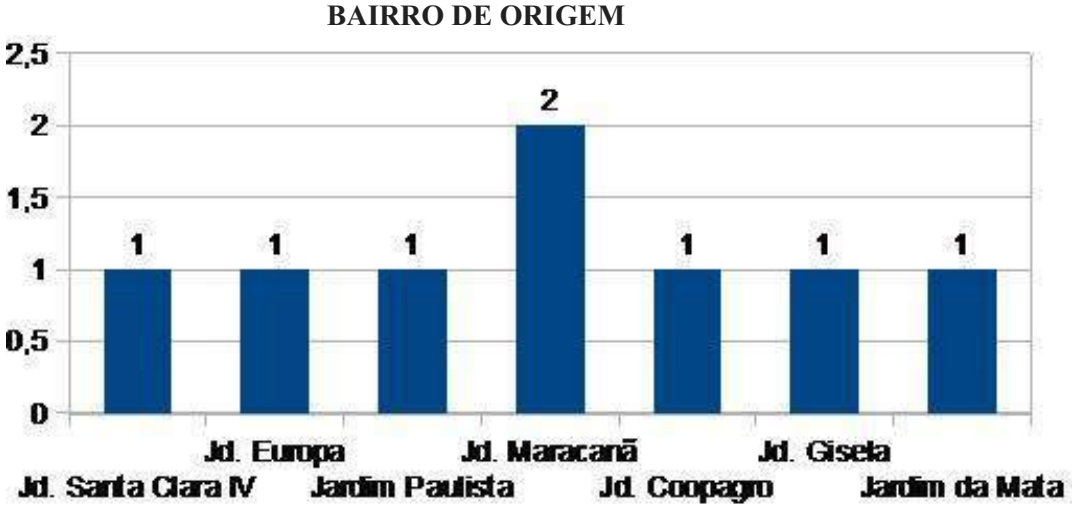
A maioria das crianças/adolescentes atendidos em 2021 são do sexo masculino conforme mostra abaixo o Gráfico 02. Sendo 9 acolhidos do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Não foi expressado pelos acolhidos outra identidade de gênero, além de homem ou mulher.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 03 - Bairro de origem das Crianças/adolescentes atendidas em 2021

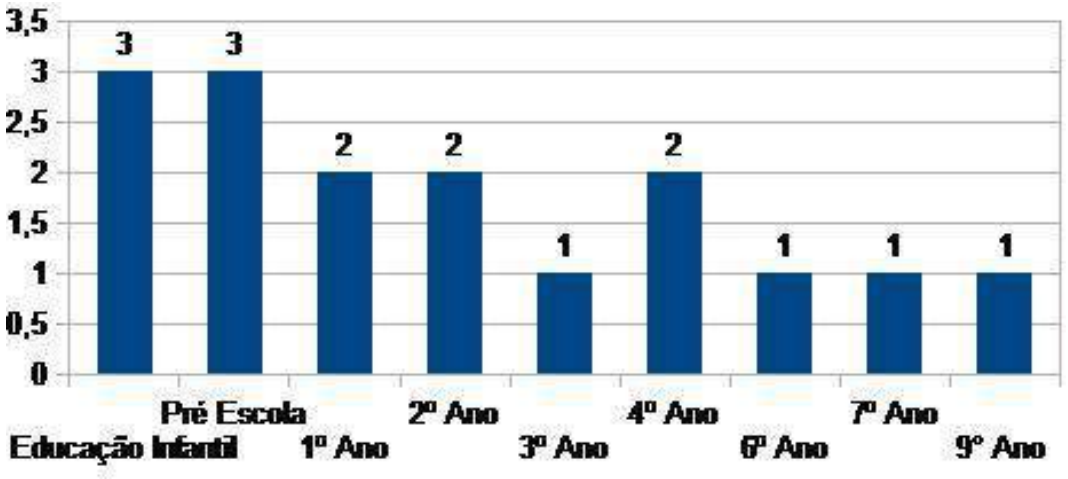
Quanto ao território de origem das famílias com crianças e adolescentes acolhidos na Unidade I em 2021, observa-se no Gráfico 3 que 01 família residia no Jd. Santa Clara IV, 01 família no Jd. Europa, 01 família no Jd.Paulista, 02 famílias no Jd. Maracanã, 01 família no Jd. Coopagro 01 família no Jd. Gisela e Jd. Da Mata.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 04: Escolaridade das crianças e adolescentes atendidas em 2021

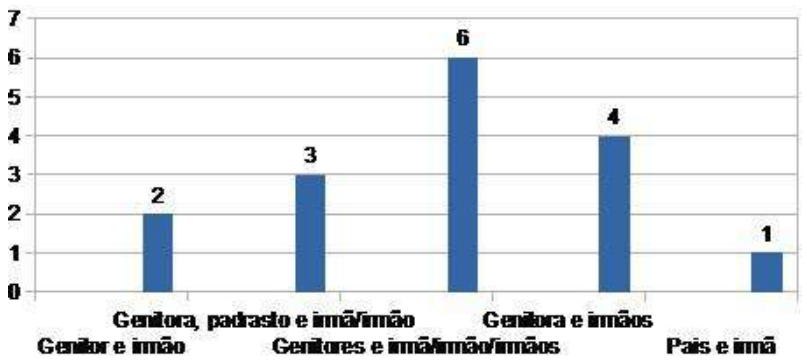
Em relação à escolaridade dos atendidos no acolhimento institucional no ano de 2021, na Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I, pode-se observar os dados expressos pelo gráfico 04. Dentre todos os acolhidos, apenas uma criança/adolescente não estava no ano letivo condizente com sua faixa etária.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 05: Composição familiar das Crianças/adolescentes atendidas em 2021

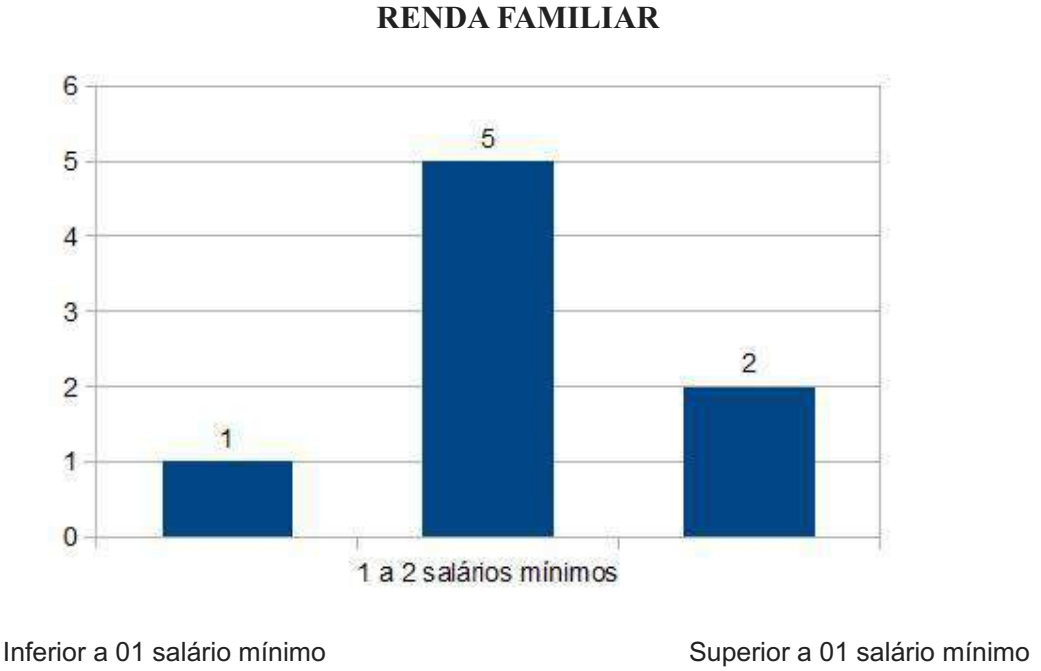
No gráfico 05 apresenta-se a relação familiar das crianças e adolescentes acolhidos em 2021, no ato do acolhimento. Das crianças/adolescentes acolhidos nesse ano, 02 residiam com o genitor e irmão; 03 com genitora, padrasto e irmã/irmão; 06 com genitores, irmã/irmão/irmãos; 04 com genitora e irmãos; e 01 com pais e irmã adotivos, totalizando 16 acolhidos e 08 famílias com diferentes composições.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 06: Renda familiar das Crianças/adolescentes atendidas em 2021

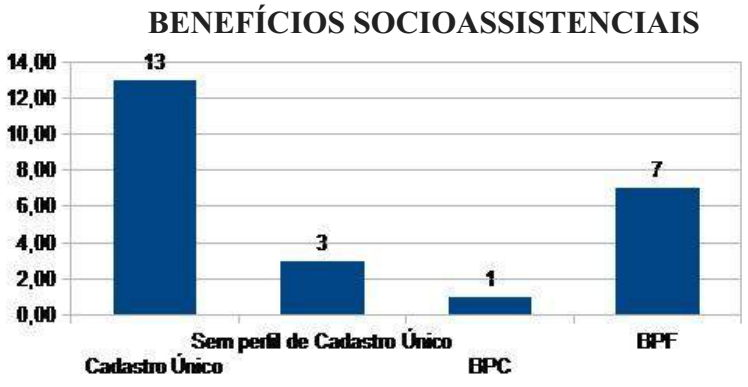
O Gráfico 06 a seguir, demonstra a renda familiar das crianças e adolescentes acolhidos no ano de 2021, no ato do acolhimento, onde 01 família possuía renda inferior a 1 salário mínimo; 05 famílias possuíam de 1 a 2 salários mínimos; e 2 ultrapassava 3 salários mínimos de renda mensal.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 07: Benefícios sociais das Crianças/adolescentes atendidas em 2021

Considerando os 16 usuários atendidos, podemos observar por meio do Gráfico 07, que 13 usuários estavam inseridos no Cadastro Único e 03 usuários não possuíam o cadastro devido sua renda ser superior a 03 salários mínimos. Dentre os 13 usuários com Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal, 07 recebiam do Programa Bolsa Família - PBF e 01 que recebe Benefício de Prestação Continuada - BPC.

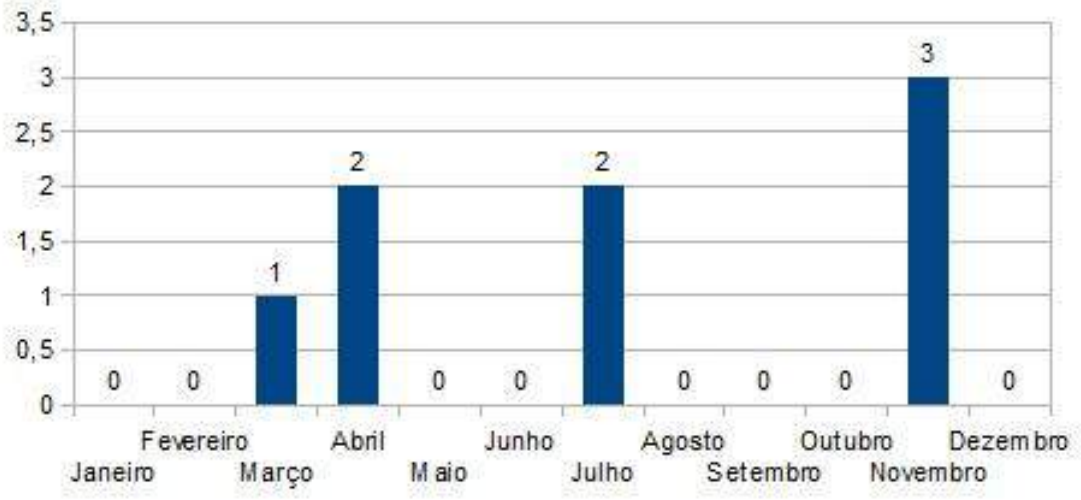


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 08: Acolhimentos de Crianças/adolescentes em 2021

Foram realizados 04 acolhimentos de crianças/adolescentes na Unidade I, entre os meses de março e novembro de 2021 como mostra o gráfico a seguir, sendo estes 03 grupos de irmãos e 01 acolhidos sozinho, totalizando 08 crianças e adolescentes acolhidos.

ACOLHIMENTOS NO ANO DE 2021



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 09: Crianças/adolescentes acolhidas por mês em 2021

No gráfico 09, pode ser observado a quantidade de acolhidos atendidos mensalmente durante o ano, atendendo de 07 a 10 acolhidos mensalmente.

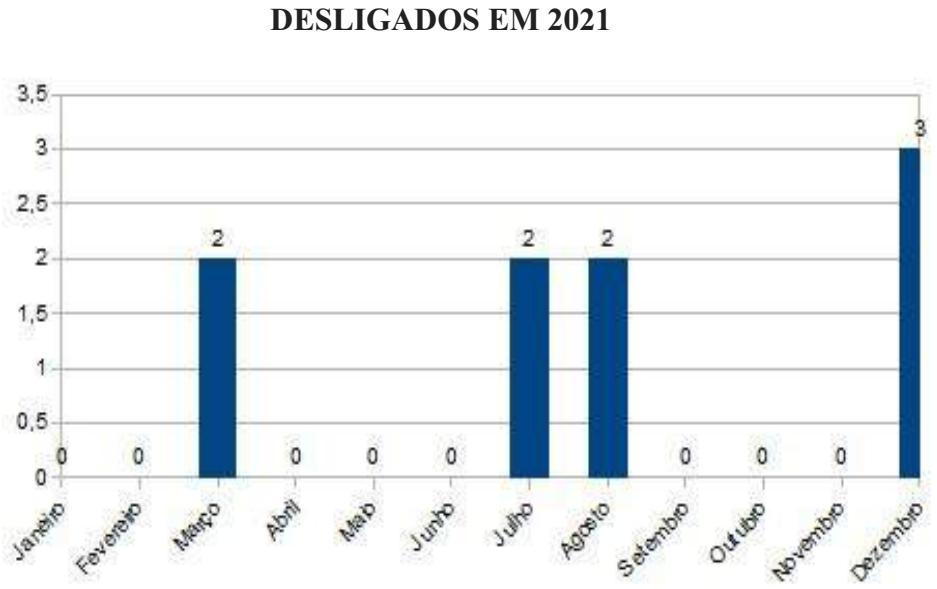
ATENDIDOS POR MÊS EM 2021



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 10: Crianças/adolescentes desligadas por mês em 2021

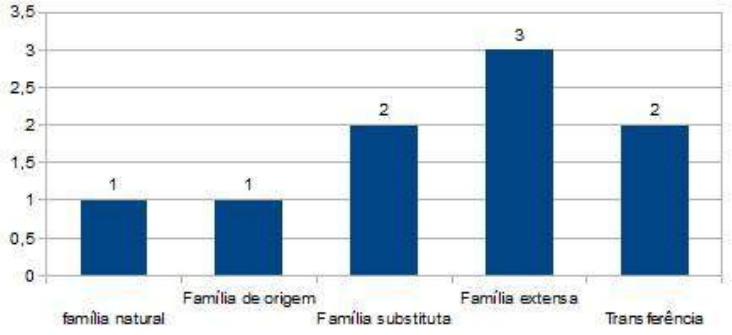
No ano de 2021, foram realizados 07 desligamentos do Serviço de Acolhimento Institucional e 02 desligamentos em julho de crianças que estavam em outra casa abrigo, mas que eram acompanhadas pela equipe técnica da Casa Abrigo Menino Jesus I. Observa-se no gráfico 10, que o maior número de desligamentos ocorreu nos meses de dezembro.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 11: Motivos dos desligamentos em 2021

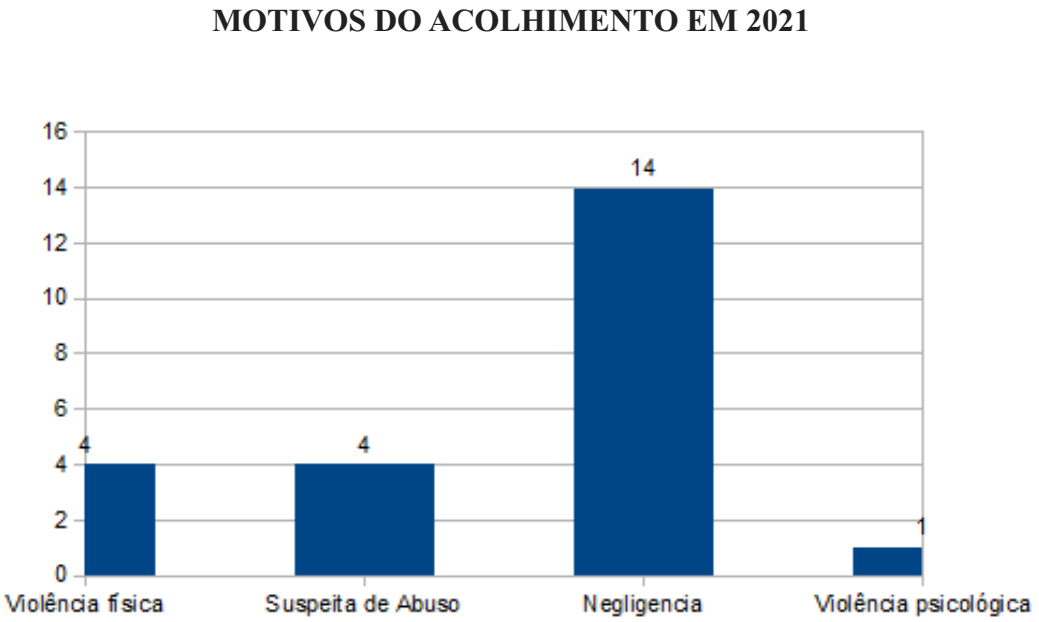
De oito desligamentos realizados em 2021, 01 criança/adolescente foi inserida em família natural; 01 criança/adolescente retornou para a família de origem; 02 foram desligadas para inserção em família substituta com fins para adoção; 03 foram inseridas em família extensa; 02 crianças/adolescentes foram desligadas devido à transferência de unidade de acolhimento. Tais informações podem ser visualizadas no gráfico 11.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 12: Motivos dos acolhimentos em 2021

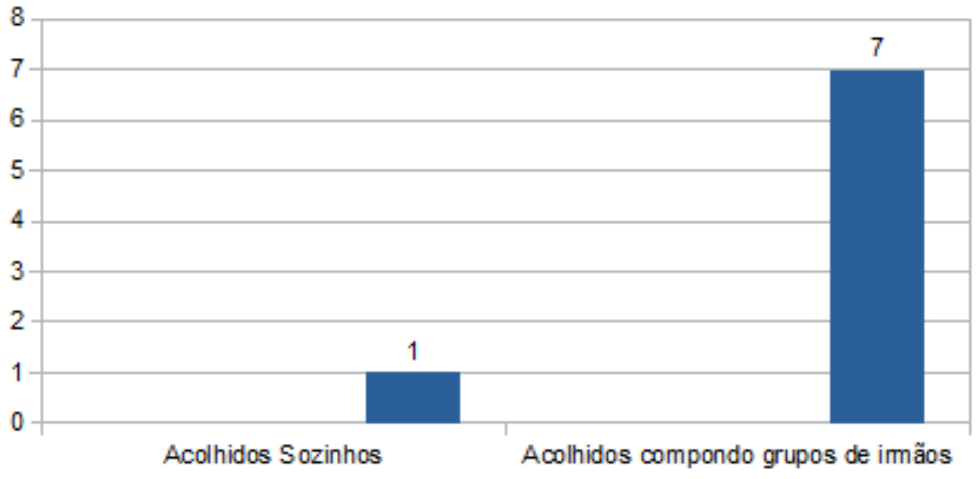
Em 2021, um dos maiores fatores motivadores para o afastamento das crianças e adolescentes do convívio familiar foram as Negligências, ocorrendo 14 acolhidos que sofreram esta violência; 04 acolhidos sofreram violência física; 04 por suspeita de abuso sexual; e 01 por violência psicológica, como verificado no Gráfico 12. Vale ressaltar, que no gráfico 12, um acolhido pode ter sofrido várias violências, como por exemplo, negligência e violência física, ou, suspeita de abuso sexual, negligência e violência psicológica.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 13: Grupo de irmãos em 2021

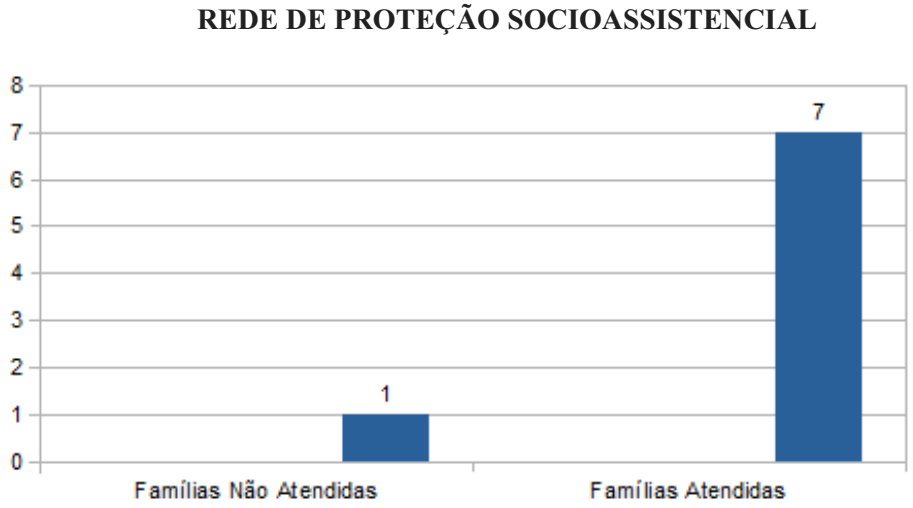
O Gráfico 13, aponta o número de crianças acolhidas que compunham grupos de irmãos. Foi acolhida 01 criança sozinha e 07 acolhidos que pertencem a grupos de irmãos.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

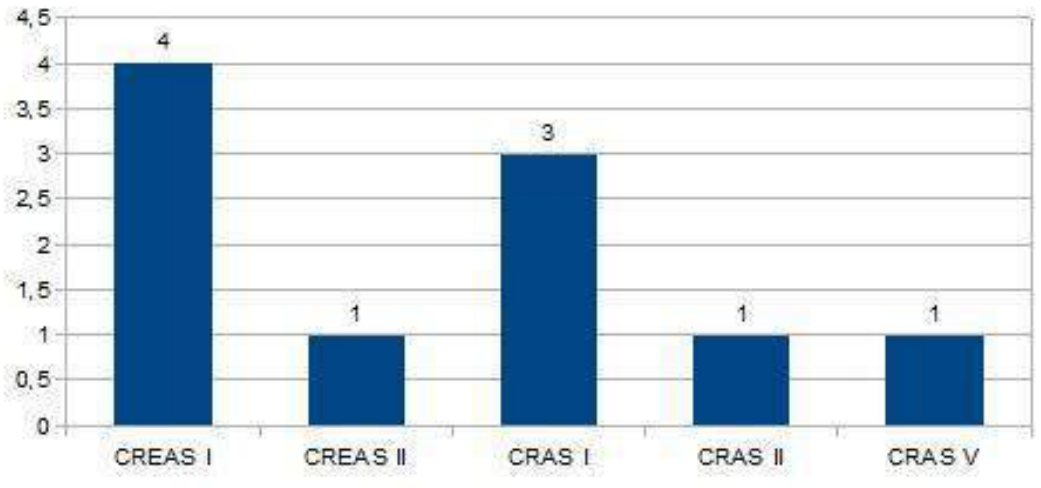
Gráfico 14: Atendidos pela Rede de Proteção antes do acolhimento em 2021

Cabe observar que dos acolhimentos realizados em 2021, apenas 01 acolhido não havia sido acompanhado pela Rede de Proteção Socioassistencial. Dentre os Serviços que realizaram esse trabalho pode-se destacar a atuação do Conselho Tutelar, Saúde, Educação e Assistência Social. No gráfico 15 são observados os equipamentos da Assistência Social que atenderam as famílias anterior ao acolhimento.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

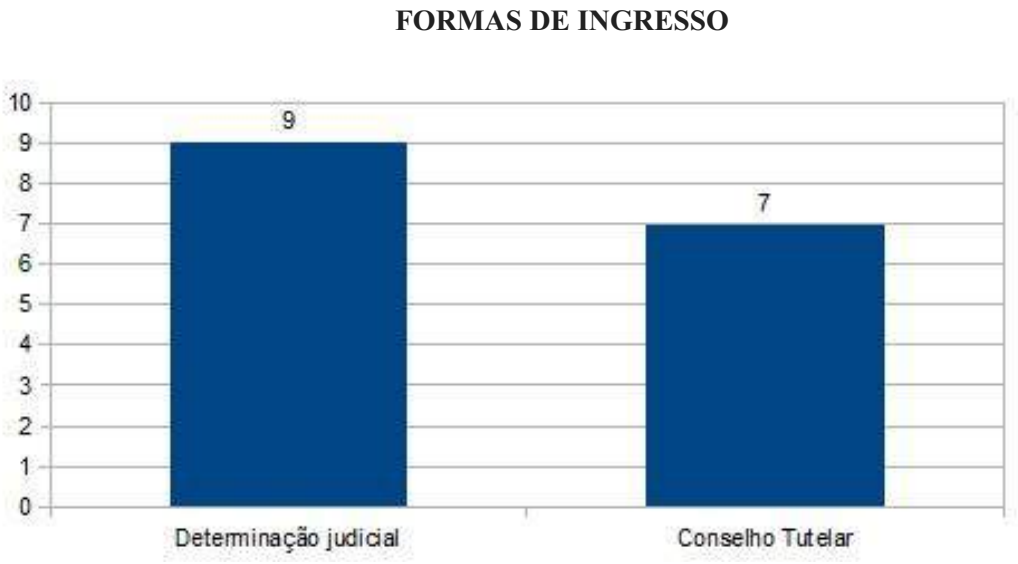
Gráfico 15: Equipamentos da Assistência Social que atenderam famílias anterior ao acolhimento



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 16: Formas de ingresso no acolhimento em 2021

Vale informar que os 16 crianças/adolescentes que foram acolhidos no ano de 2021, ingressaram no serviço de acolhimento institucional por meio da ação do Conselho Tutelar contabilizando 07 de forma emergencial e 09 ingressaram por determinação judicial, conforme demonstra o gráfico 16.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 17: Tempo de acolhimento em 2021

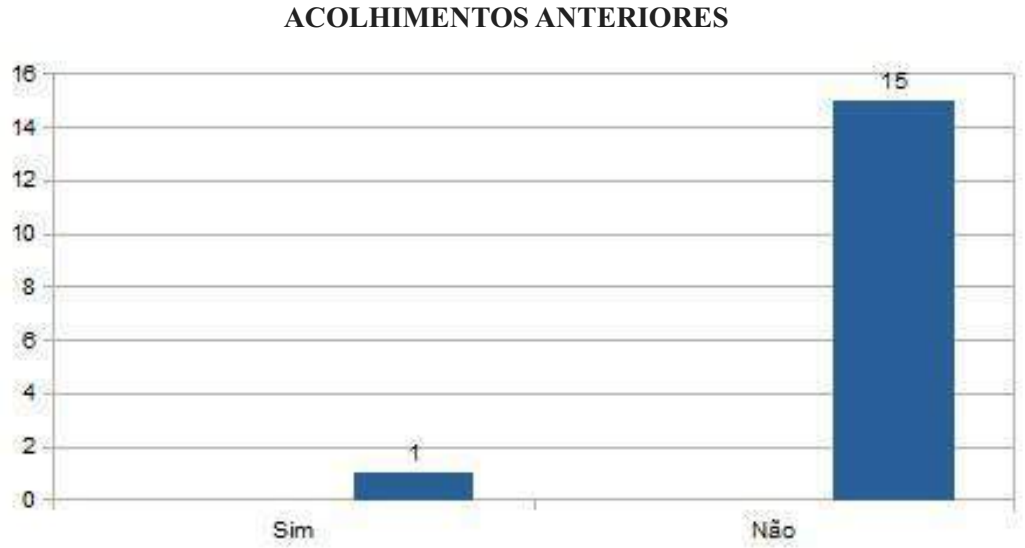
Em 2021 a Casa Abrigo Menino Jesus Unidade I atendeu um total de 16 crianças/adolescentes. Dos atendidos em acolhimento em 2021, foram atendidas 04 crianças/adolescentes que estavam acolhidas entre 1 a 4 meses; 07 crianças/adolescentes que estavam acolhidas entre 06 a 1 ano e 04 crianças/adolescentes que estavam acolhidas superior a 01 ano no ano de 2021, conforme o gráfico 17.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 18: Acolhimentos anteriores em 2021.

Dos 16 acolhidos na Unidade I em 2021, houve uma criança/adolescente que havia passado por acolhimento anteriormente e estava em família substituta, conforme gráfico 18. Houve também indicação de acolhimento em outra comarca para duas crianças que estão colhidas na CAMJI, mas por falta de família acolhedora com perfil habilitado para atender demandas específicas, as crianças não foram acolhidas naquele determinado momento.



Fonte: dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

Gráfico 19: Criança ou adolescente com deficiência.

No ano de 2021 até o momento, a Casa Abrigo Menino Jesus I tem uma criança com deficiência em condição de acamada, mas que consegue ficar a maior parte do dia em cadeira de rodas adaptadas ao formato de seu corpo, participando da rotina e convivência com outros acolhidos.



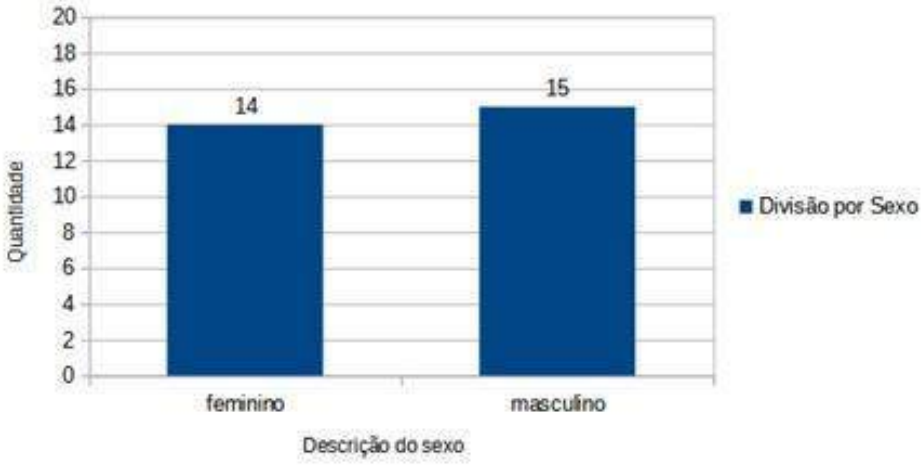
Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus I

2.3.2 Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 01 – Divisão por sexo de crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

No ano de 2021 a Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II) atendeu um total de 29 crianças. Destas 14 foram do sexo feminino e 15 do sexo masculino, conforme o gráfico a seguir.

DIVISÃO POR SEXO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS EM 2021

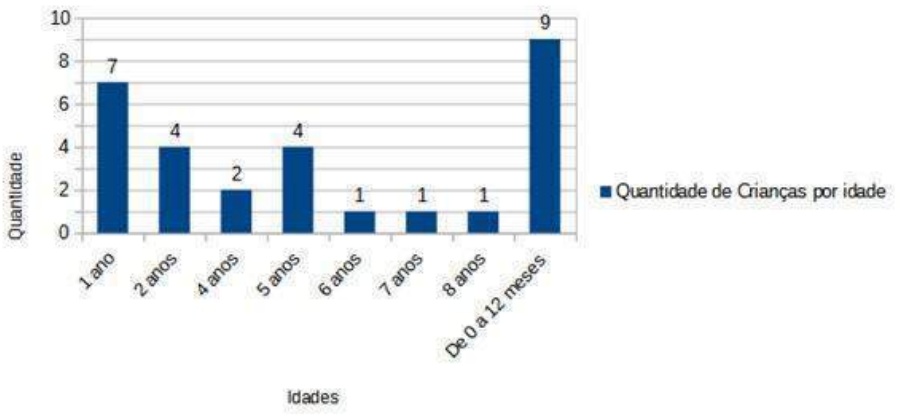


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 02 – Quantidade de crianças acolhidas no ano de 2021 divididas por faixa etária na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

É importante ressaltar que a Casa Abrigo Menino Jesus II atende crianças com idade entre 0 a 6 anos, e por vezes devido a grupo de irmãos, crianças maiores de seis anos também ficam na Casa. O gráfico 02 apresenta a quantidade de crianças por faixa etária que estiveram na CAMJ II no ano passado. Das 29 crianças que passaram pela Casa: nove crianças com idade entre 0 a 12 meses, sete crianças com 1 ano de idade, e as demais conforme o gráfico abaixo.

FAIXA ETÁRIA



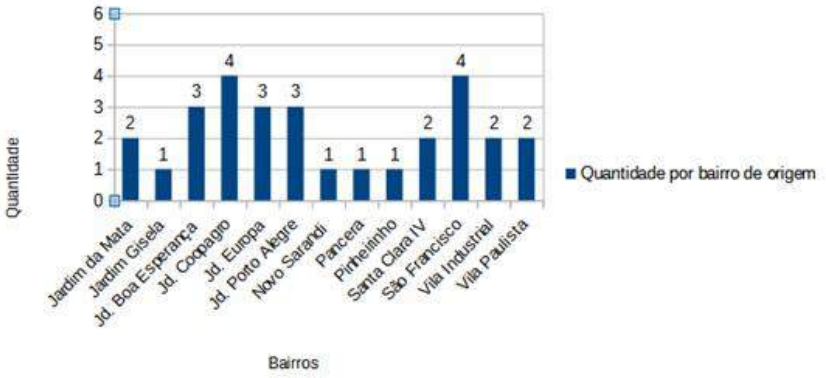
Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 03 – Bairro de origem das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa

Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Com relação ao bairro de moradia de origem dessas crianças, pode-se perceber que os bairros São Francisco e Jd. Coopagro foram os bairros que apareceram em maior número, com 4 crianças em cada um desses bairros. Na sequência apareceu o bairro Boa Esperança, Jardim Porto Alegre e Boa Esperança com 03 crianças em cada um desses bairros. Nesse último caso, há de se pontuar que trata-se de um grupo de 3 irmãos que residiam no mesmo endereço.

BAIRRO DE ORIGEM



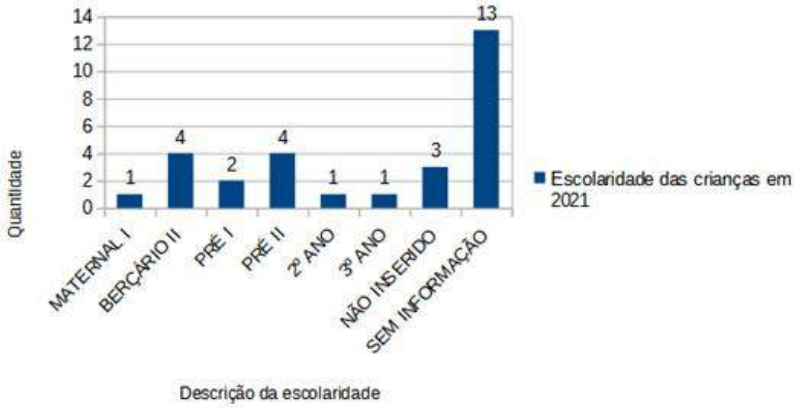
Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 04 – Escolaridade das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente à escolaridade das crianças que passaram pela casa em 2021, é importante lembrar que foi o segundo ano de pandemia, com isso muitas crianças não participaram das atividades escolares, conforme o número apresentando no gráfico 04 com a identificação "SEM INFORMAÇÃO". Tal identificação deve-se ao fato de que muitas dessas crianças já foram desligadas da Casa ainda em 2021, outras ainda tinham idade entre 0 a 2 anos.

Com relação às crianças não inseridas, tratam-se de bebês recém-nascidos que entraram na Casa Abrigo durante o ano de 2021. As demais crianças aparecem no gráfico abaixo.

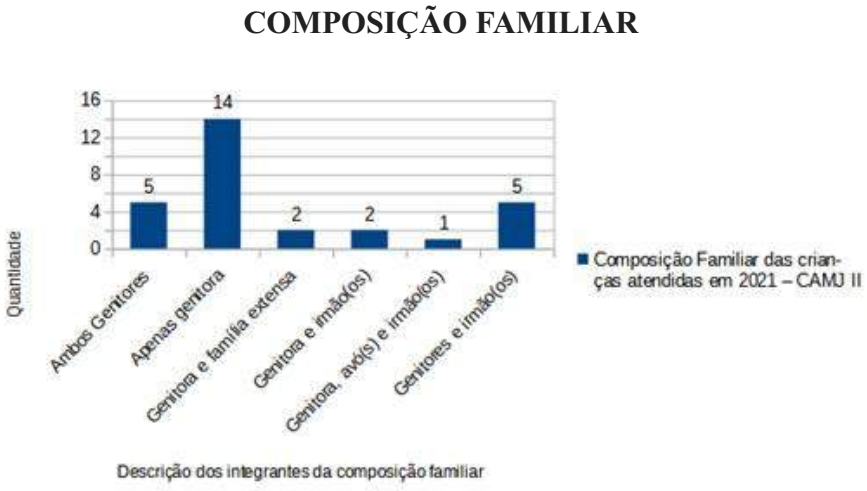
ESCOLARIDADE



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 05 – Composição Familiar das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Com relação à composição familiar das crianças que estiveram acolhidas no ano de 2021 pode-se perceber que as famílias de origem eram compostas em grande maioria (total de 14 crianças) apenas pela presença da genitora no lar. Em mesma quantidade apareceram crianças que moravam com ambos genitores (pai e mãe) e também com genitores e irmãos/irmãs. Na descrição "Genitora e família extensa" trata-se de um casal de irmãos que residia com a mãe, tios, e avós, todos na mesma casa. No gráfico 05 aparece a descrição das 29 crianças que estiveram acolhidas no ano de 2021 na CAMJ II.

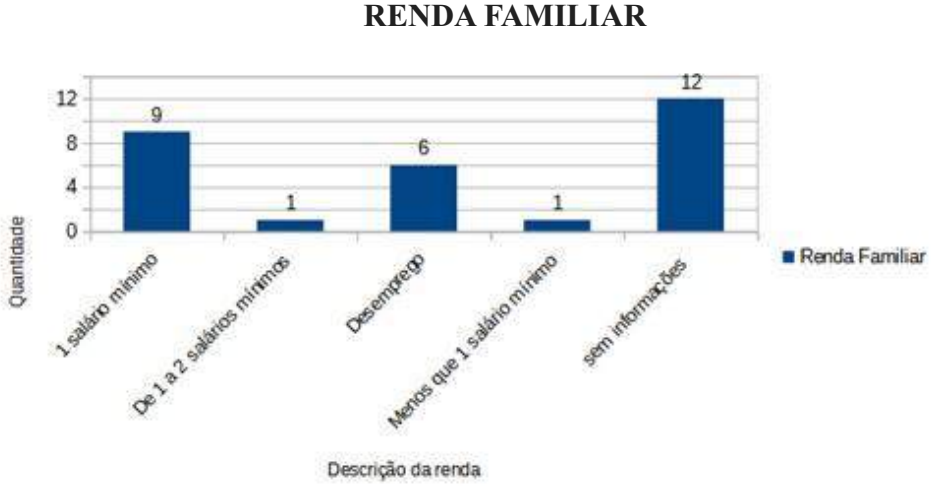


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 06 – Renda familiar das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

No aspecto referente à renda familiar a maior parte das crianças (total de 9) conviviam nos lares com renda de até um salário-mínimo. Outras 06 crianças tinham no relato de suas famílias a questão do desemprego. E em uma das famílias a renda era por dia, por isso na descrição aparece "menos que um salário-mínimo", pois no relato da família a renda era muito variável.

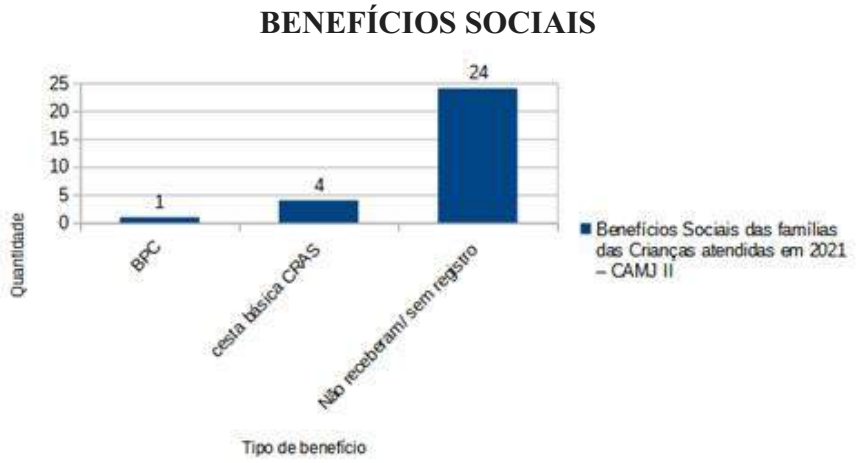
Com relação à descrição "sem informações" referem-se a famílias que foram desligadas em 2021, as quais na época não se obtiveram esses dados.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 07 – Benefícios Sociais recebidos pelas famílias das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

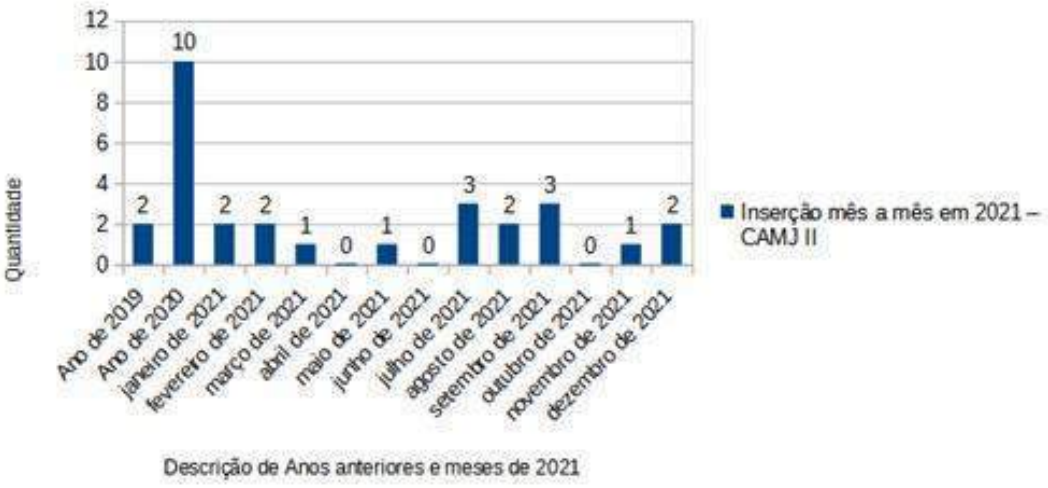
Referente aos Benefícios Sociais recebidos pelas famílias, há um grande número de crianças sem o registro desse aspecto, por isso, o total maior de 24 aparece no gráfico. Na sequência 04 famílias receberam em algum momento do ano de 2021 cesta básica, no CRAS de território onde residiam. E uma família tem em casa uma pessoa que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoa com deficiência.



Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 08 – Inserções realizadas mês a mês, das crianças acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente aos acolhimentos institucionais ocorridos no ano de 2021 foram um total de 17 crianças. Já estavam acolhidas na Casa 12 crianças inseridas nos anos anteriores. O gráfico 08 apresenta o número de crianças acolhidas em cada mês do ano de 2021 e o número que haviam sido inseridas nos anos anteriores.

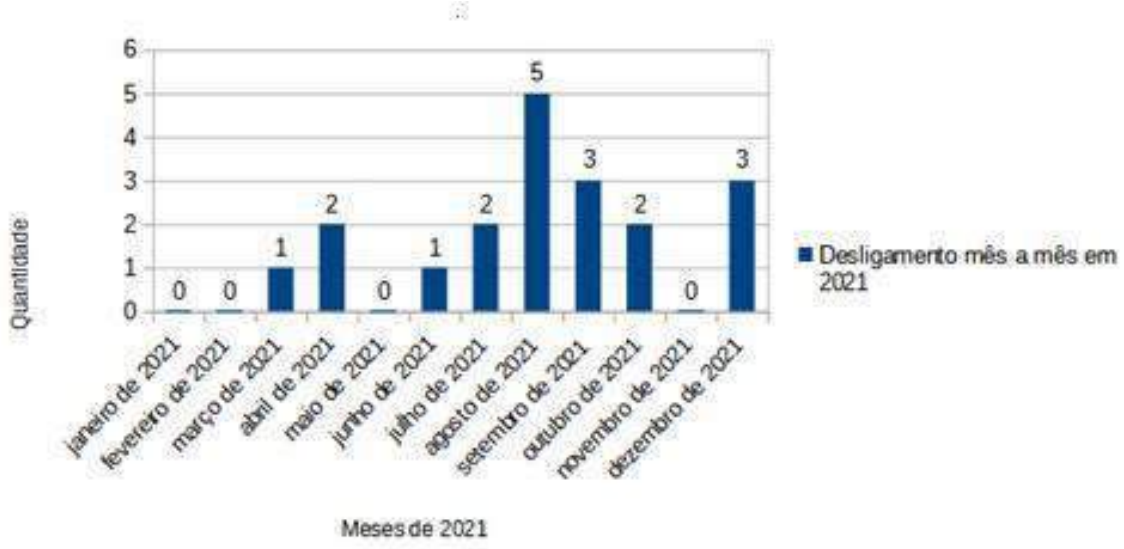


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 09 – Desligamentos de crianças que estavam acolhidas no ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente aos desligamentos ocorridos em 2021 foram um total de 19 crianças. O gráfico 09 mostra que o mês de agosto de 2021 foi o mês onde houve um maior número de saídas, seguido de setembro e dezembro do mesmo ano.

DESLIGADOS MÊS A MÊS

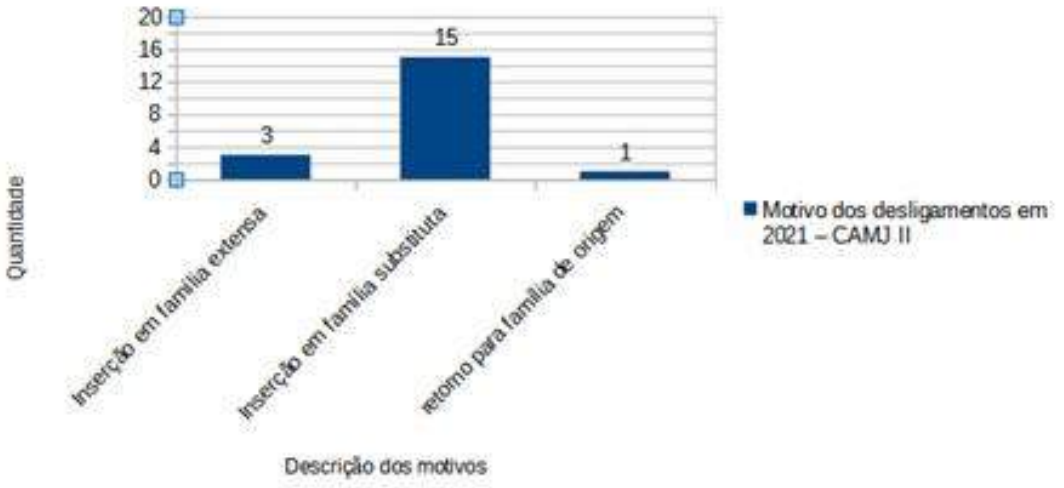


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 10 – Motivos dos desacolhimentos das crianças ano de 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente aos motivos de desacolhimento dos 19 desligamentos, 15 crianças foram inseridas em famílias substitutas, 03 em família extensa e 01 retornou para a família de origem.

MOTIVO DOS DESLIGAMENTOS

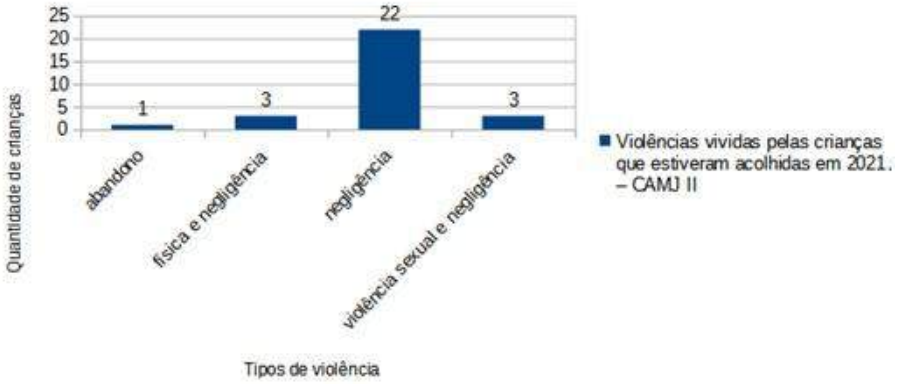


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 11 – Violências vividas pelas crianças que estiveram acolhidas em 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente às violências que levaram aos acolhimentos dessas crianças, observa-se que de maneira geral apresentam mais de um tipo de violência, e em 2021 ficou evidente um número alto de negligência. Cabe mencionar que essa negligência vem acompanhada pelo uso abusivo de álcool e drogas, pela falta de cuidados mínimos com as crianças, como por exemplo: não realizar o acompanhamento nas áreas de saúde e educação, entre outras, conforme o gráfico abaixo.

VIOLÊNCIAS



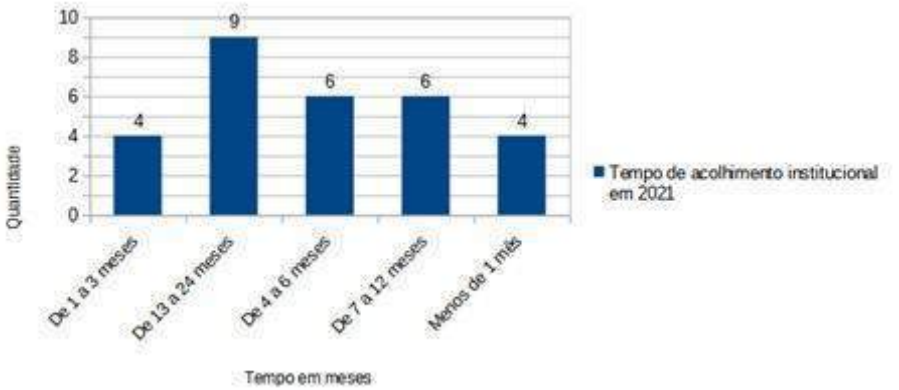
Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 12 – Tempo de Acolhimento das crianças no ano de 2021 na Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente ao tempo de acolhimento institucional: 9 crianças estiveram acolhidas por mais de um ano. E 12 crianças estiveram em acolhimento pelo período de 4 a 12 meses. Notou-se durante o ano de 2021 que algumas famílias recorreram das decisões em primeira e segunda instância, fatos esses que afetaram diretamente no tempo de acolhimento de algumas crianças. Das 04 crianças que ficaram menos de um mês na Casa Abrigo, três delas eram recém-nascidas.

Outro dado que não aparece no gráfico, é que das 29 crianças que estiveram em 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II, apenas duas crianças (casal de irmãos) já haviam sido acolhidos anteriormente no ano de 2020.

TEMPO DE ACOLHIMENTO

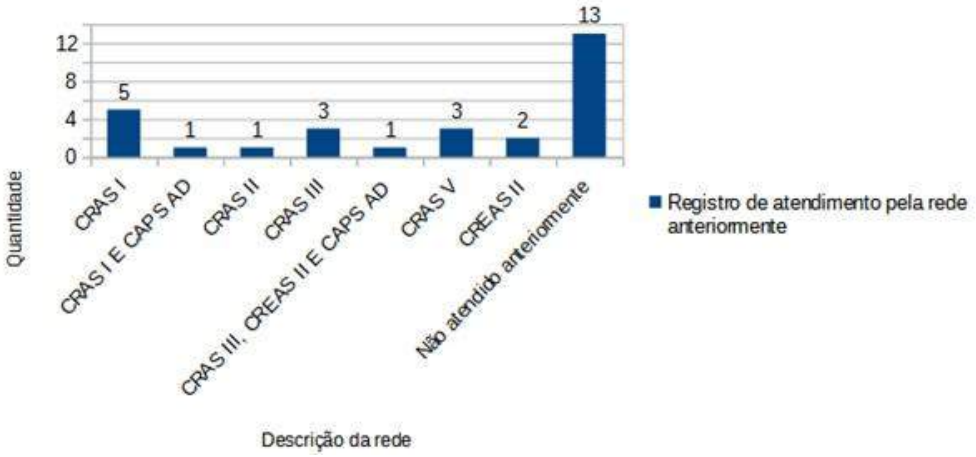


Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

Gráfico 13 – Registro de atendimento pela rede anteriormente ao acolhimento na Casa Abrigo Menino Jesus II (CAMJ II)

Referente ao registro de atendimento das famílias das crianças acolhidas em 2021 na Casa Abrigo Menino Jesus II das 29 crianças, a maioria das famílias são atendidas pela rede saúde do SUS, o qual não foi mencionado no gráfico 13. Contudo pode-se perceber que 14 crianças tinham registro de atendimento de suas famílias no CRAS do território onde residiam, além disso, algumas famílias já eram atendidas também pelo CREAS II e também pelo CAPS AD.

REGISTRO DE ATENDIMENTO ANTERIOR AO ACOLHIMENTO



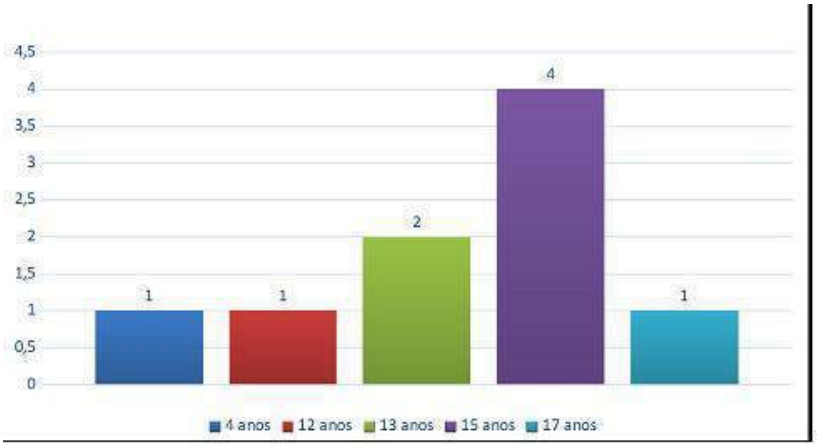
Fonte: Dados da Casa Abrigo Menino Jesus II

2.3.3 Casa Abrigo para Adolescentes (Unidade III)

Gráfico 01: Idade dos acolhidos

A faixa etária das crianças atendidas na Casa abrigo para Adolescentes (CAA) no ano de 2021 está entre quatro (04) e dezessete (17) anos de idade, conforme gráfico mostrado abaixo. Ressalta-se a prioridade da não separação de grupos de irmãos.

IDADE DOS ACOLHIDOS

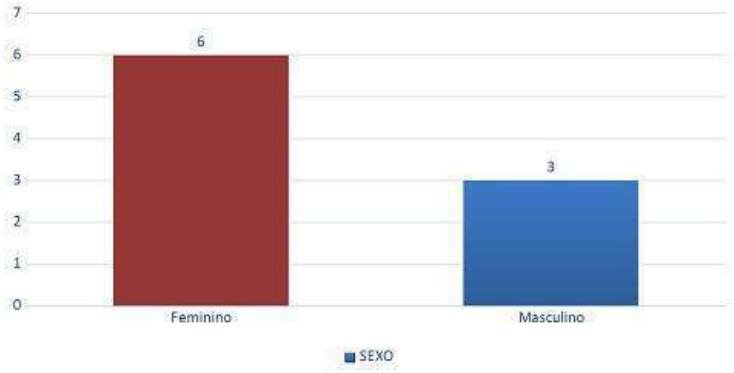


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 02: Divisão por gênero

Dentre as nove (9) crianças e adolescentes atendidos no ano de 2021, podemos observar pelo gráfico abaixo que seis (6) são do sexo feminino e três (3) são do sexo masculino.

DIVISÃO POR GÊNERO



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 03: Bairro de residência

No que se refere aos bairros de origem das crianças/adolescentes acolhidas no ano de 2021 nota-se que duas (2) residiam no Jardim La Salle, duas (2) no Coopagro, uma (1) no Jardim Gisela, uma (1) no Jardim Europa, uma (1) no Pancera, uma (1) no Centro e uma (1) no Panorama.

BAIRRO DE RESIDÊNCIA

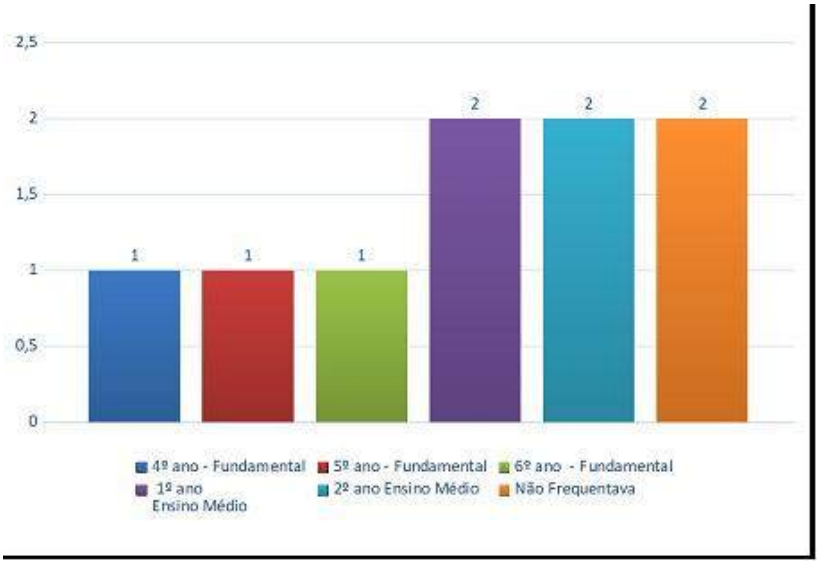


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 04: Escolaridade

Em 2021 dentre os acolhidos na Casa abrigo para Adolescentes somente dois (2) não frequentavam a Escola, dois (2) frequentavam o 1º ano do ensino médio, dois (2) frequentavam o 2º ano do ensino médio, um (1) frequentava o 4º ano do fundamental, um (1) o 5º ano do fundamental e um (1) o 5º ano do fundamental.

ESCOLARIDADE

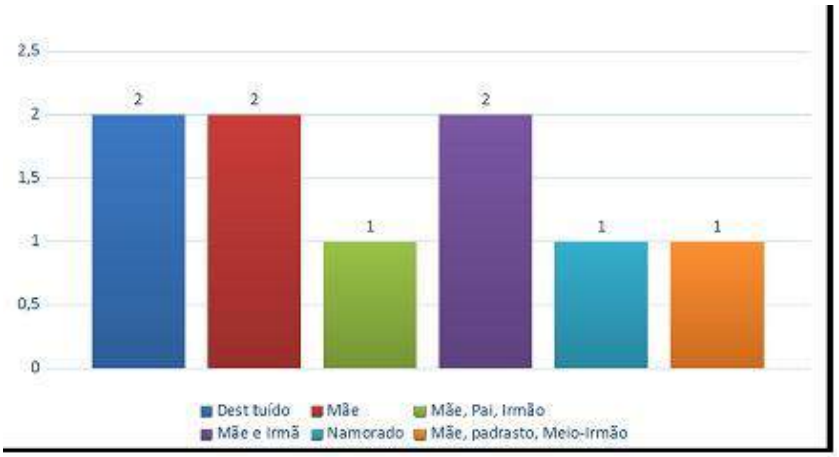


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 05: Composição familiar

Acerca das crianças/adolescentes que estiveram acolhidos no ano de 2021 a composição familiar em que se encontravam como mostra o gráfico abaixo, tinham dois (2) destituídos, dois (2) que residiam com a mãe, dois (2) que residiam com mãe e irmã, um (1) que residia com pai, mãe e irmão, uma (1) que morava com o namorado e um (1) que estava com mãe, padrasto e filho do padrasto.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 06: Renda Familiares

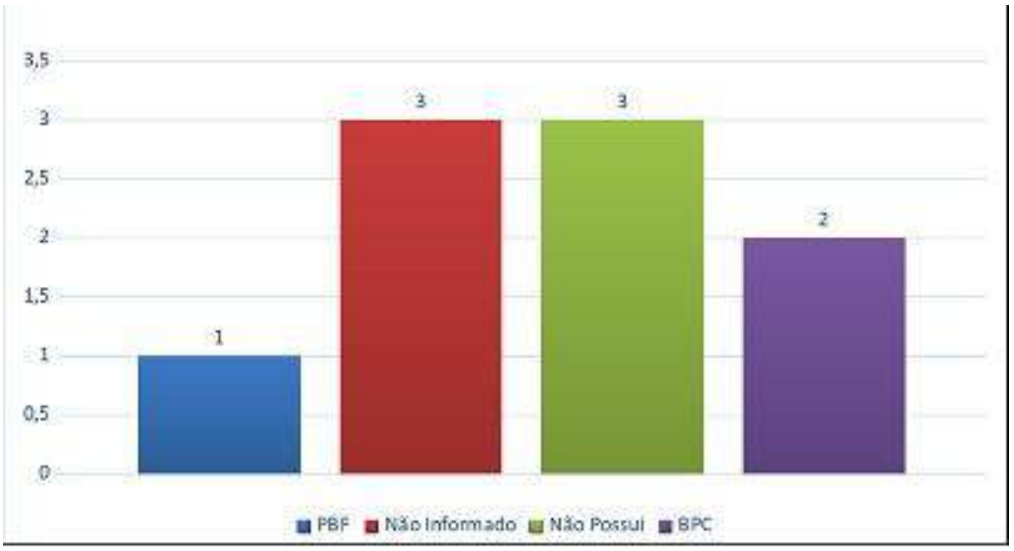
Em relação a renda das famílias dos acolhidos na Casa Abrigo para Adolescentes em 2021, cinco (5) recebiam de um (1) a três (3) salários mínimos, um (1) recebia inferior a um (1) salário mínimo, um (1) acima de três (3) salários mínimos e dois (2) que não se tem informação.



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 07: Benefícios Sociais (BPC, PAB, Renda Cidadã, Comida Boa)

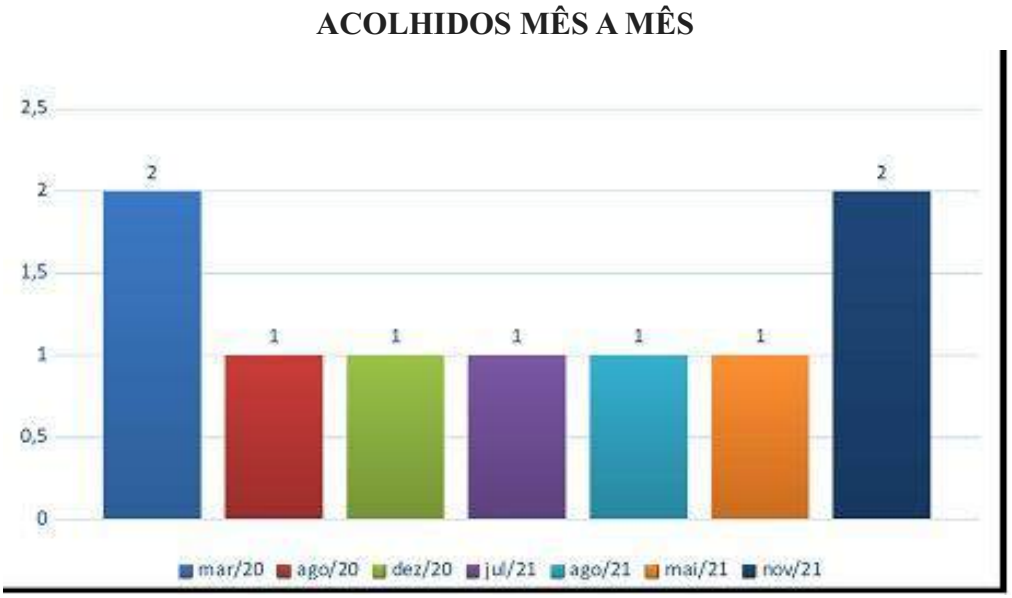
Em relação aos benefícios sociais dos atendidos em 2021, um (1) possuía PBF, dois (2) possuem BPC, três (3) não possuíam nenhum tipo de benefício e três (3) que não se tem informação.



Fonte: IDSSocial 2021 e Planilha Interna da CAA

Gráfico 08: Inseridos mês a Mês

Como podemos observar no gráfico abaixo, os meses que os acolhidos foram inseridos no acolhimento, quatro (4) destes já estavam no acolhimento em 2020 e os outros cinco (5) que foram inseridos no ano de 2021, um no mês de maio, um (1) no mês de julho, um (1) no mês de agosto e dois (2) no mês de novembro.



Fonte: IDSSocial 2021 e Planilha Interna da CAA

Gráfico 09: Desligados mês a mês

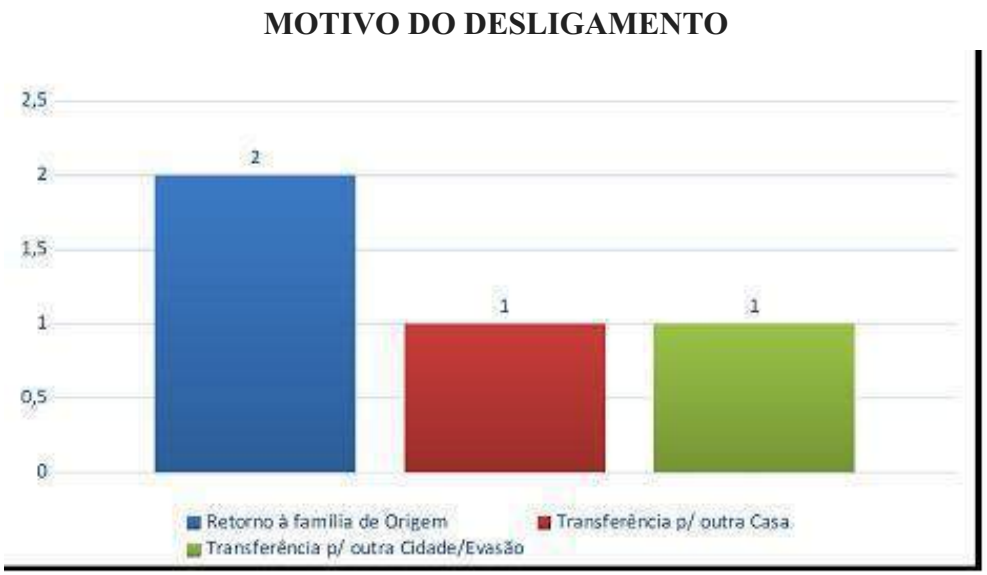
Foram três (04) crianças/adolescentes desligados no ano de 2021, destes dois (2) retornaram com a família, um (1) foi transferido para outro município e um (1) foi transferido de unidade.



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 10: Motivo do desligamento

Conforme mostra o gráfico abaixo, dos nove (9) acolhidos na Casa Abrigo para Adolescentes dois (2) retornaram para a família de origem, um (1) foi transferido para outra casa e um (1) foi transferido para outra cidade, totalizando assim quatro (4) crianças/adolescentes desligados do serviço de acolhimento em 2021.



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 11: Violência

O gráfico abaixo mostra os tipos de violência sofridos pelos acolhidos que estavam na Casa Abrigo para Adolescentes no ano de 2021. Como podemos notar dois (2) foram acolhidos por abandono ou negligência, dois (2) por violência sexual, dois (2) por retorno de estágio de convivência, um (1) violência psicológica, um (1) violência física, psicológica e negligência e um (1) por conflitos familiares.

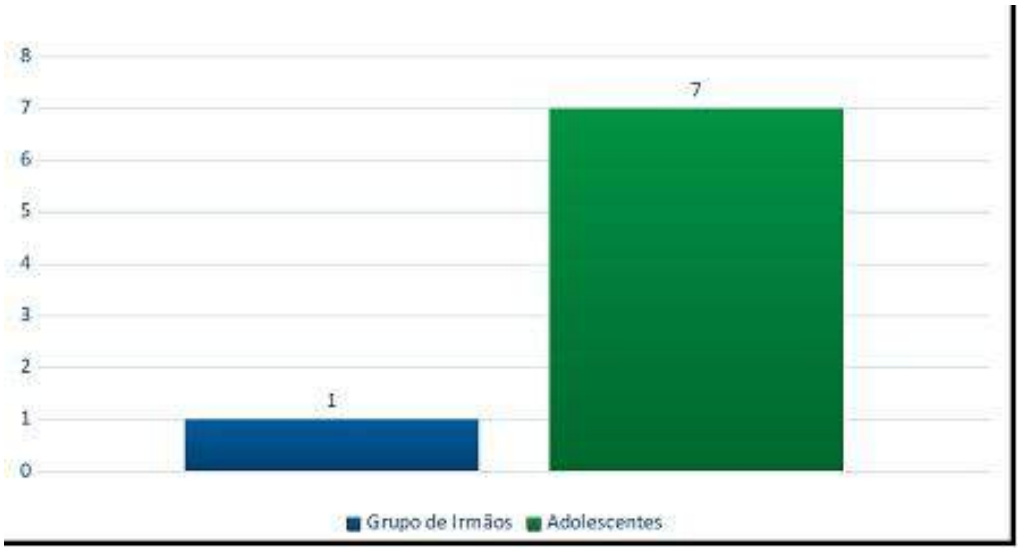


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 12: Grupo de Irmãos

Destes que estavam acolhidos no ano de 2021 na Casa Abrigo para adolescentes, sete (7) adolescentes não possuem irmãos acolhidos. Dois (2) tratando-se de uma criança e uma adolescente são irmãs. Desta forma, em 2021 foi possível contabilizar um (01) grupo de irmãos.

GRUPO DE IRMÃOS

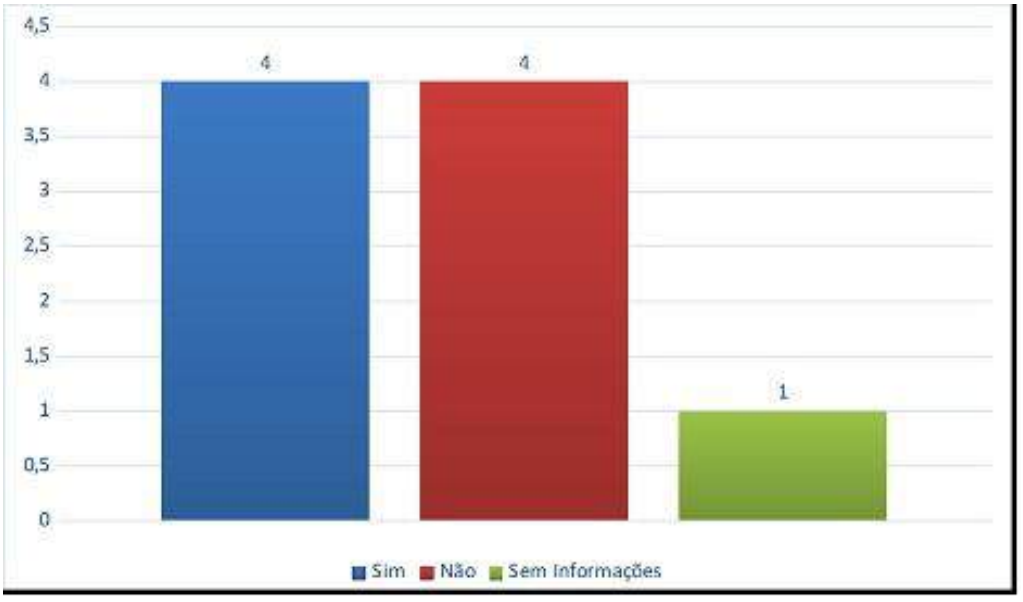


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 13: Atendidos pela Rede, anterior ao Acolhimento

Pode-se afirmar que dos nove (9) acolhidos no ano de 2021, quatro (4) já eram atendidos pela rede, quatro (4) não eram atendidos e um (1) que não se tem informação.

ATENDIMENTOS PELA REDE DE PROTEÇÃO ANTERIOR AO ACOLHIMENTO



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 14: Forma de ingresso no Acolhimento

São acolhidos crianças e/ou adolescentes em situação de risco e/ou violação de direitos, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, desde que já trabalhadas e esgotadas as possibilidades de manutenção na família. Os protegidos são encaminhados mediante determinação judicial, após acompanhamento da Rede Socioassistencial, ou de forma emergencial, encaminhados pelo Conselho Tutelar.

Quanto às formas de ingresso dos adolescentes que estavam na Casa Abrigo para adolescentes em 2021, pode-se informar que cinco (5) foram por determinações judiciais através da Vara de Infância e Juventude e quatro (4) foram através do conselho tutelar.

FORMA DE INGRESSO

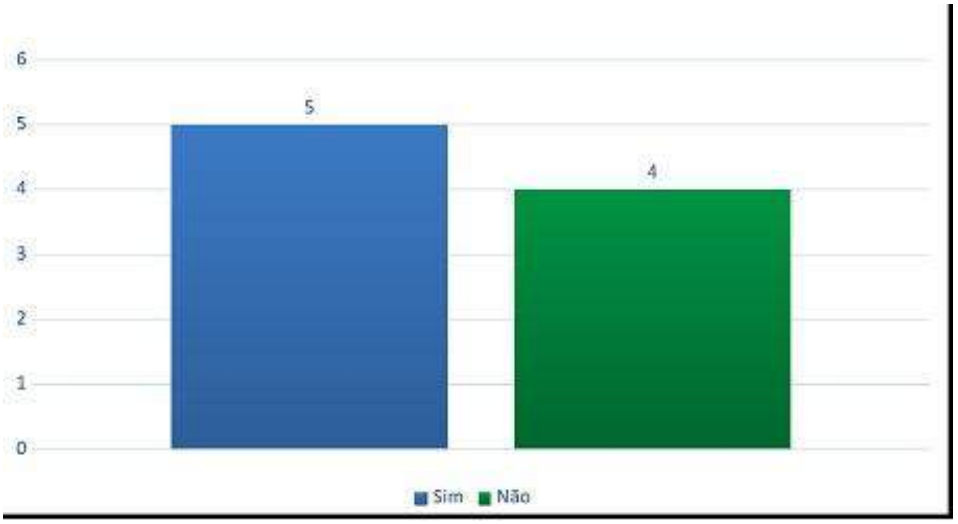


Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 15: Acolhimentos anteriores

Pode-se dizer que dos nove (9) que estavam acolhidos no ano de 2021, cinco (5) destes já tinham passado por acolhimentos antes, uns em outros municípios e outros neste mesmo município. Os outros quatro (4) foram o primeiro acolhimento.

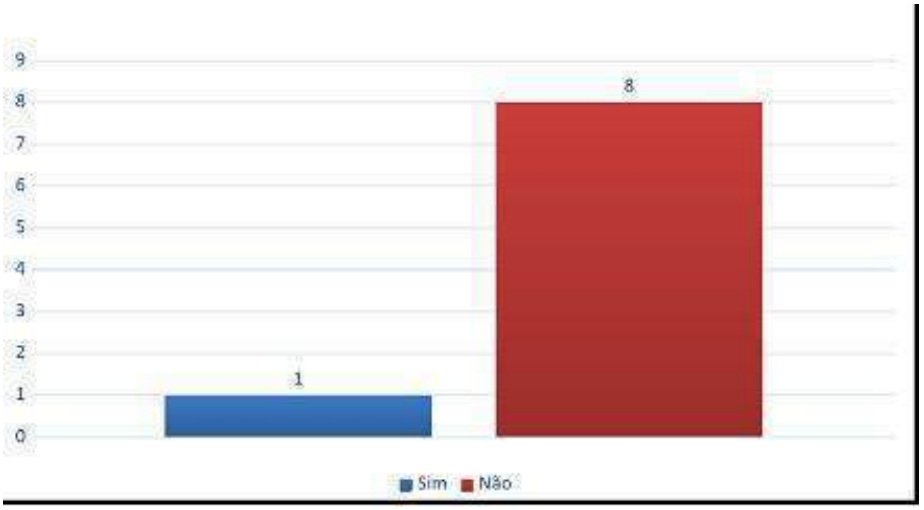
ACOLHIMENTOS ANTERIORES



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Gráfico 16: Inserção no Mercado de Trabalho

Dos adolescentes atendidos em 2021, apenas um (1) foi inserido no mercado de trabalho neste ano, porque era o único que tinha idade suficiente para trabalhar, ressalta-se que este completará a maioridade no ano de 2022 e será desligado do acolhimento, mas continuará sendo atendido pela Equipe Técnica.



Fonte: IDS Social 2021 e Planilha Interna da CAA.

Adolescentes com deficiência

A Casa Abrigo para Adolescentes, no ano de 2021, atendeu 2 acolhidos diagnosticados com deficiência intelectual. Os demais não possuíam diagnóstico de nenhum tipo de deficiência.

Tempo de Acolhimento

Quanto ao tempo de acolhimento das crianças/adolescentes que estavam na casa no ano de 2021, podemos dizer que seis (5) permanecem na casa, e dos que foram desligados/transferidos um (1) permaneceu por sessenta e oito (68) dias, um (1) permaneceu por trinta e nove (39) dias, um (1) permaneceu por trinta e cinco (35) dias e um (1) permaneceu por vinte e oito dias (28).

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS: INTERFACE DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NA GARANTIA DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Para o atendimento às crianças e adolescentes, o município de Toledo dispõe de uma rede de atendimento formada pelas diversas Políticas Públicas.

Assinala-se que a garantia do direito à convivência familiar e comunitária se dá através de programas, projetos, serviços e benefícios das Políticas Públicas, pois envolve tanto ações de atendimento e prevenção de situações de violação de direitos, quanto atendimentos relacionados já à violação dos direitos de crianças e adolescentes.

Para tanto, serão apresentados os atendimentos nas áreas de: cultura, educação, saúde, esporte e lazer, juventude, Conselho Tutelar e assistência social.

2.4.1 POLÍTICA MUNICIPAL DE CULTURA

Historicamente, o investimento em cultura no Brasil sempre esteve muito aquém da demanda, porém a população brasileira, mesmo em situações de ausência do atendimento do Estado, desenvolveu uma enorme experiência no uso de atividades culturais para programas de cidadania voltados, especialmente, a crianças, jovens e adultos em condições de extrema vulnerabilidade e risco social. Em anos de omissão, o Estado deixou um espaço vazio ocupado pela sociedade, experiência hoje reconhecida mundialmente. Atualmente, são centenas de milhares de grupos atuando formal e informalmente no Brasil. Vale questionar como as ações públicas chegam a crianças e adolescentes, de forma a garantir-lhes seus direitos e a plena formação da identidade. Segundo o PNC – Plano Nacional de Cultura, o Estado pretende incentivar a formação de uma rede de espaços públicos culturais dedicados às crianças e aos jovens, que aliem atividades lúdicas e criativas ao conhecimento das artes e das mais diversas expressões culturais, como meio imprescindível de formação para a cidadania; e estabelecer programas de estímulo ao acesso de crianças e jovens aos bens culturais de suas comunidades, por meio da oferta de transporte, descontos e ingressos gratuitos e a realização de atividades pelas escolas, como oficinas, visitas a museus, excursões ao cinema e ao teatro.

O grande avanço em relação ao direito à cultura foi conquistado ao longo dos 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente o qual apresentou um olhar mais cuidadoso para os direitos dos pequenos, que ainda que com certa dificuldade, as pessoas lembram que existe uma legislação que garante os direitos fundamentais de meninos e meninas. Mas ainda temos que vencer o desafio de fazer com que o Estado democrático funcione e que a legislação seja, efetivamente, colocada em prática.

Sabemos que é por meio do acesso à cultura que crianças e adolescentes constroem a cidadania cultural e não basta apenas aparelhar locais com equipamentos culturais, é preciso dar a crianças e adolescentes a possibilidade de se tornarem construtores de sua própria história, produtores de cultura, aptos a transformar a realidade em que estão inseridos. Nesse sentido, é fundamental a articulação de espaços de interlocução entre os diversos segmentos da sociedade, para juntamente com o poder público debater políticas públicas, conquistas, desafios e oportunidades que de fato atendam toda a população infanto-juvenil.

A cultura é considerada de extrema importância para a criança, já que ela é posta em contato com esse direito desde o momento do nascimento. Ela aprenderá com seus familiares as formas lúdicas de expressão e de relacionamento, bem como as emoções, posturas e gestos, desenvolvendo-se de acordo com a cultura daqueles. Ao longo de sua vida, desenvolveu este direito de forma mais abrangente. No entanto, tal direito, em se tratando de crianças e adolescentes, não é absoluto, haja vista que se trata de sujeitos em processo peculiar de desenvolvimento.

Vale destacar os documentos de relevância na seara internacional no que tange à infância sobre o direito fundamental à cultura, ou seja, a Declaração da Organização das Nações Unidas - ONU da Criança de 1959 e a Convenção da ONU da Criança de 1989 e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, quais as limitações e/ou proteções são esboçadas no que tange aos direitos culturais.

Assim, a referida Declaração em seu princípio VII traz o direito à cultura como complemento do direito à educação, sendo que expressamente é declarado que "dar-se-á à criança uma educação que favoreça sua cultura geral e lhe permita – em condições de igualdade de oportunidades – desenvolver suas aptidões e sua individualidade, seu senso de responsabilidade social e moral" (DECLARAÇÃO DA ONU, 1959).

A primeira manifestação do direito à cultura no ECA está prevista no artigo 4º, o mesmo que ratifica a proteção integral. Tal direito também consta no artigo 71, o qual assegura o direito à informação, cultura, lazer, diversão, espetáculos, serviços, dentre outros.

Assim, todo o povo, no transcorrer de sua história, constrói uma identidade cultural através de suas ações e realizações. No entanto, esta identidade, para não se esvaecer no tempo, requer uma consciência coletiva que pense a si mesma como um organismo, existindo em constante movimento. A cultura aliada à educação se apresenta como necessária e merecedora da atenção do poder público, na construção de nova dimensão social, considerando que o acesso ao conhecimento, a informação e oportunidades de vivência de experiências numa diversidade cultural, são fundamentais para capacitar o indivíduo na sua emancipação, diante das dificuldades enfrentadas no atual mundo globalizado.

2.4.1.1 O cenário da Cultura em Toledo

O município de Toledo, com aproximadamente 140.000 habitantes, possui tradições e costumes vindos de contextos geográficos, étnicos e culturais muito diversos, compondo um "feixe cultural" múltiplo que merece ser explorado em toda sua riqueza. A existência da gestão cultural vem ao longo dos anos ganhando maior espaço e significativos resultados para as políticas públicas de Cultura, contribuindo para o fortalecimento e criação de oportunidades para a classe artística local. Nesse sentido, diversos grupos artísticos contribuem para a construção das identidades na comunidade, através de apresentações em vários segmentos (artes cênicas, artes visuais, dança, música e outros), com diversidade e pluralidade. Mas Toledo, se tornou referência na região e no Estado por acolher centenas de apresentações com grupos locais, regionais, nacionais e internacionais, dos mais diversos segmentos (musicais, humorísticos, teatrais, festivais, mostras, danças e canto coral).

Toledo é considerado referência no estado pelos espaços culturais que possui para realização de diversos eventos como festivais, mostras, exposições e encontros. Servem como palco o Teatro Municipal de Toledo; Casa da Cultura (a segunda do Brasil, inaugurada em 1.976), que mantém cursos permanentes nas áreas de música, teatro, artes plásticas; CEU – Centro das Artes e dos Esportes Unificados (o primeiro do Brasil com recursos do Ministério da Cultura); Museu Histórico Willy Barth; Centro Cultural Oscar Silva e Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer, onde funcionam a Biblioteca Pública Municipal e Biblioteca Extensão Pioneira, respectivamente, além da Biblioteca Estação da Leitura, localizada no Terminal Urbano de Passageiros Luiz Grando.

Entre as ações que tradicionalmente o município realiza, no Teatro Municipal destaca-se o Festival de Inverno - FESTIN, que em 2015 foi tombado como patrimônio histórico do Município e em 2021 chegará a 45º edição. O Teatro também acolhe

festivais como Mostra de Circo, Festival Nacional de Circo Social, Festival de Teatro, Festival Gospel, Festival Toledo em Dança e Festival de Cinema - Curta Toledo. Outro grande evento que faz parte do circuito cultural do município é a Virada Cultural, na qual são promovidas atividades artístico-culturais, contemplando todas as linguagens, como cênicas, visuais, literária, musical e outras, com a realização de diversos shows e eventos. Toledo também se destaca pela realização do Encontro Municipal de Corais e das Cantatas de Natal, que são realizadas tradicionalmente em dezembro.

2.4.1.2 Projetos desenvolvidos pela Secretaria de Cultura[4]

PROJETO VIOLÃO (CASA DA CULTURA, CENTRO CULTURAL ONDY HÉLIO NIEDERAUER e CEU DAS ARTES)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 10 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento ao violão, de modo a oferecer teoria e prática musical a fim de permitir ao aluno executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, direcionamento para o desenvolvimento e formação da técnica violonística. Os ensaios musicais são realizados durante o curso, assim como apresentações culturais.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnicos em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música – Curso Superior na área. PROFESSORES: Allysson Delegá, Gianni Ambrosino e Rafael Rodrigues da Silva.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	87	48
Outubro	10 a 17 anos	87	59

PROJETO GUITARRA (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 10 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto

[4] Esses dados foram coletados do relatório bimestral encaminhado ao CMDCA, referente aos meses de Setembro e Outubro de 2022.

é oferecer ao aluno o primeiro contato com o instrumento musical de forma básica e intuitiva, proporcionando os conhecimentos básicos do instrumento.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas teóricas e práticas, com orientação coletiva e individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnicos em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música – Curso Superior na área. PROFESSORES: Allysson Delegá e Rafael Rodrigues da Silva.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	12	22
Outubro	10 a 17 anos	13	24

PROJETO TECLADO (CASA DA CULTURA)

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 10 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é proporcionar ao aluno uma vivência musical através do teclado, utilizando-se da leitura musical, de forma lúdica e criativa, partindo da compreensão de um repertório musical variado e, assim, estimulando gradualmente o aprendizado técnico do mesmo.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas teóricas e práticas, com orientação coletiva e individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica. Avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado).

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura plena em Música-Unipan/Uniban. PROFESSOR: Marcio Neves de Oliveira.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	49	15
Outubro	10 a 17 anos	49	17

PROJETO INTRODUÇÃO AO DESENHO ARTÍSTICO (CASA DA CULTURA)

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 10 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e do fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento, além disto, busca-se aprimorar a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de lápis grafite em estudos variados com linhas, hachuras e manchas; técnica de tinta guache e lápis de cor aquarelável com estudos de cor, luz e sombra e composição através de estudos e releituras de obras de arte e estudos de observação de modelos naturais, possibilitando o aprendizado do desenho nos níveis básico, intermediário e avançado preparando o aluno para criação individual e futuras exposições. Participação de palestras, workshops, visita a exposição e apreciação de eventos culturais ampliando seu conhecimento artístico e cultural.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Instrutora de Artes - Habilitação Artes Plásticas, Bacharel em Artes Visuais – Habilitação Pintura - Universidade Federal de Pelotas/RS. PROFESSORA: Marta Eliza Guder.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	28	138
Outubro	10 a 17 anos	28	142

PROJETO PINTURA EM TELA (CASA DA CULTURA)

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 13 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e do fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu conhecimento. Aprimorar a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de pintura a óleo sobre a tela em estudos variados de luz e sombra, cor, composição e texturas com referências na História da Arte, artistas consagrados. Participação em palestras, workshops, visita a exposições e apreciação de eventos culturais ampliando seu conhecimento artístico e cultural.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Instrutora de Artes - Habilitação Artes Plásticas, Bacharel em Artes Visuais – Habilitação Pintura - Universidade Federal de Pelotas/RS. PROFESSORA: Marta Eliza Guder.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	05	21
Outubro	10 a 17 anos	04	21

PROJETO BATERIA (CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS (CEU))

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 12 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é proporcionar ao aluno a fundamentação para o estudo do instrumento, bem como a formação do músico instrumentalista.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas em grupos com orientação coletiva e individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná. PROFESSOR: Gianni Ambrosino.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	04	10
Outubro	10 a 17 anos	04	12

PROJETO SAXOFONE E FLAUTA TRANSVERSAL (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 14 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é proporcionar ao aluno o ensino dos instrumentos de sopro saxofone, flauta transversal e clarinete, tornando o aluno apto à realização da leitura de partitura musical e a percepção, entendimento e interpretação estilística dos principais estilos musicais.

AÇÕES REALIZADAS: Exercícios de leitura de partitura, exercícios técnicos de mecanismo do instrumento, prática de interpretação dos principais estilos musicais e prática de música de câmara, envolvendo todos os alunos destes cursos.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas. PROFESSOR: Cristiano Frank.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	04	1
Outubro	10 a 17 anos	04	1

PROJETO TEORIA MUSICAL (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 13 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, no período vespertino. O objetivo geral deste projeto é proporcionar ao aluno o ensino da teoria musical, tornando o mesmo apto a ler, entender e realizar processos musicais.

AÇÕES REALIZADAS: Exposição de assuntos relativos à disciplina, exercícios teóricos e práticos (utilizando a flauta doce), audição e percepção de áudio e vídeo de exemplos musicais.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas. PROFESSOR: Cristiano Frank.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	04	0
Outubro	10 a 17 anos	04	0

PROJETO VIOLINO, VIOLONCELLO E VIOLA DE ARCO (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 09 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é apresentar à população uma nova visão musical, tendo como principal foco o desenvolvimento da música clássico-erudita, bem como, em levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas e teóricas, atividades em sala de aula, ensaios musicais, aprendizagem das notas e partituras músicas, postura e recitais apresentações culturais.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura em Música - Faculdade de Artes do Paraná. Professora: Viviane Ribeiro dos Santos.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	10 a 17 anos	29	18
Outubro	10 a 17 anos	30	21

PROJETO MUSICALIZAÇÃO INFANTIL (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 08 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é apresentar de forma lúdica e prazerosa os princípios básicos da música como as

propriedades do som, conceitos de dinâmica e andamento, instrumentos, história da música e percepção auditiva, buscando desenvolver a musicalidade da criança através de aulas dinâmicas e diversificadas utilizando o corpo, instrumentos da bandinha rítmica, instrumentos alternativos e a voz.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas e lúdicas em grupos com orientação individual, realização de apresentações culturais, desenvolvimento da socialização, lateralidade, coordenação motora e da musicalidade.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. PROFESSORA: Elizandre Daiane da Cruz.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	06 a 08 anos	52	30
Outubro	06 a 08 anos	49	33

PROJETO TÉCNICA VOCAL (CASA DA CULTURA)
PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 09 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é Proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes, dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal.

AÇÕES REALIZADAS: Aula prática e teórica em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da técnica vocal.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. PROFESSORA: Elizandre Daiane da Cruz.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	09 a 17 anos	20	16
Outubro	09 a 17 anos	19	15

CASA DA CULTURA – PROJETO FORMAÇÃO DE ATOR/ATRIZ

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 13 a 17 anos, de ambos os sexos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos: matutino e vespertino. O objetivo geral deste projeto é propiciar a formação artística de crianças e adolescentes, de modo a fornecer elementos que desenvolvam a cidadania e a cultura nos nossos jovens. Além do mais, busca-se desenvolver processos mentais como concentração, memorização e imaginação, competências e habilidades sociais como empatia, tolerância e trabalho em equipe. Potencializar a criatividade, espontaneidade e improvisação; trabalhar a expressividade corporal e vocal e em consequência, a autoestima; melhorar a capacidade de compreender e de lidar com conflitos em relacionamentos interpessoais em diversas situações e, ampliar a capacidade respiratória, resistência física, flexibilidade, coordenação e mobilidade corporal.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas coletivas, jogos teatrais, improvisação e interpretação de obras teatrais. Exercícios de concentração e memorização, criação e performance em conjunto. Apresentações culturais, e Apresentação Final em Novembro no Teatro.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Funcionário Público, Ator profissional desde 2005, atualmente coordena o grupo Os Amadores Cia de Teatro, professor do curso de teatro da Casa da Cultura de Toledo entre 2003 a 2011, coordenador da Cia de Teatro Unipar em 2009, coordenador do grupo teatral Viva Idade Unimed Costa Oeste entre 2005 a 2008. PROFESSOR: Márcio Franz (Formiga).

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	13 a 17 anos	28	14
Outubro	13 a 17 anos	28	15

PROJETO CAPOEIRA (CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS (CEU))

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 05 a 17 anos – turma 01 com crianças de 05 a 09 anos de idade (ambos os sexos) – turma 02 com público infanto juvenil de 10 a 17 anos de idade (de ambos os sexos). A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, no período noturno. O objetivo deste projeto é apresentar à população uma nova visão corporal cinestésica. Bem como levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas e teóricas, atividades em sala de aula, ensaios e apresentações, socialização e desenvolvimento motor.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Professor de Capoeira formado pelo Centro Cultural Senzala de Capoeira. Membro da Cufa (Central Única das Favelas). Graduado no curso de Licenciatura em História na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – MCR. Bolsista no Programa Atleta na Universidade (SMEL). Professor: Henrique Antonio da Rocha Laurentino.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	05 a 17 anos	28	20
Outubro	05 a 17 anos	28	20

PROJETO INFORMÁTICA BÁSICA E FUNDAMENTOS DE HARDWARE – MANUTENÇÃO E REPAROS (CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS (CEU))

PROGRAMAS E OBJETIVO: Programa de atendimento a crianças e adolescentes, com idades de 06 a 17 anos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, no período matutino e vespertino. O objetivo deste projeto é apresentar à população uma nova visão corporal cinestésica. Bem como levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas e teóricas, atividades em sala de aula, ensaios e apresentações, socialização e desenvolvimento motor.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Professor de Capoeira formado pelo Centro Cultural Senzala de Capoeira. Membro da Cufa (Central Única das Favelas). Graduado no curso de Licenciatura em História na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – MCR. Bolsista no Programa Atleta na Universidade (SMEL). Professor: Henrique Antonio da Rocha Laurentino.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	06 a 17 anos	25	8
Outubro	06 a 17 anos	25	10

CURSO DE ACORDEON (TEATRO MUNICIPAL DE TOLEDO)
OBJETIVOS: Programa de atendimento a adolescentes com idades de 13 a 17 anos. A periodicidade dos atendimentos é uma vez por semana, nos períodos matutino e vespertino. Proporcionar aos adolescentes e adultos o conhecimento e a vivência do instrumento tradicional da cultura gaúcha que é o acordeon; Oferecer a técnica musical necessária para o desenvolvimento do educando, bem como, o desenvolvimento da harmonia e compasso adequado para a composição sonora.

AÇÕES REALIZADAS: Aulas práticas e teóricas, atividades em sala de ensaio, apresentações.

PROFISSIONAIS QUE EXECUTAM A ATIVIDADE: Professor de Acordeon, artista no segmento da música há mais de 15 anos, atual Coordenador de Eventos da Secretaria Municipal de Cultura.

NÚMERO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ATENDIDOS:

MÊS DE REFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE ATENDIDOS NO MÊS	DEMANDA REPRIMIDA NO MÊS
Setembro	13 a 17 anos	suspenso	0
Outubro	13 a 17 anos	suspenso	0

PROJETO CONTA CULTURA
O Projeto Conta Cultura é uma atividade que foi elaborada no ano de 2020 considerando o período pandêmico de Covid-19. Para tanto, a atividade se manteve veiculada estritamente por modo remoto (online) pelas redes sociais da Secretaria da Cultura (Facebook e YouTube) . O desenvolvimento do projeto se baseia na contação de

histórias temáticas e em períodos de efemérides realizado por uma servidora da Secretaria da Cultura. A partir de 2021 o projeto permaneceu no formato online até o início do segundo semestre, quando então passou a ser realizado de modo presencial nas escolas da rede municipal de educação. Em 2022 a ação se estendeu e passou a ser realizada também de modo presencial em espaços públicos como CEU das Artes, Biblioteca Municipal, Biblioteca da Extensão na Vila Pioneira, alcançando o atendimento de **10.832** crianças de **28 escolas municipais** de Toledo. No formato virtual presente no Canal do YouTube e do Facebook da Secretaria da Cultura, o Conta Cultura já atingiu mais de 19 mil visualizações em 56 episódios. Atualmente o Conta Cultura é também mantido no formato remoto com a transmissão de 01 (uma) contação de história por semana.

PROJETO TEATRO NAS ESCOLAS

O projeto **Teatro nas Escolas** surgiu no ano de 2022 com o objetivo de fortalecer a transversalidade entre a cultura e a educação e aprimorar a questão da formação de público para as artes cênicas já em idade infantil. As primeiras edições ocorreram com a participação de artistas e espetáculos oriundos de outras localidades da região oeste do Paraná mediante os recursos provenientes da parceria com o projeto **Correnteza Cultural** fomentado pela Rede Regional de Cultura, Conselho dos Municípios Lindeiros e Itaipu Binacional e, em seguida, foi assumido por uma servidora da Secretaria Municipal da Cultura que atua como professora/instrutora de artes cênicas com formação adequada na área. Ao longo de 2022 o Teatro nas Escolas atendeu 28 escolas municipais de Toledo, espaços públicos como Centro Cultural Ondy Hélio Niederauer e Centro de Artes e Esportes Unificados (CEU) com público de aproximadamente 11 mil crianças. Para o ano de 2023 estão programadas novas edições do Teatro nas Escolas para todas as unidades de ensino da rede municipal de educação (36 ao todo) e, também, às ações culturais voltadas para espetáculos infantis a serem realizados no Teatro Municipal de Toledo e na Biblioteca Pública Municipal.

2.4.2 POLÍTICA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

O Direito à educação é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado não tinha a obrigação formal de garantir a educação de qualidade a todos os brasileiros, o ensino público era tratado como uma assistência, um amparo dado àqueles que não podiam pagar.

Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram repensadas, e promover a educação fundamental passou a ser seu dever: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.” Constituição Federal de 1988, artigo 205. Além da Constituição Federal, de 1988, existem ainda duas leis que regulamentam e complementam o direito à Educação: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996. Juntos, estes mecanismos abrem as portas da escola pública fundamental a todos

os brasileiros, já que nenhuma criança, jovem ou adulto pode deixar de estudar por falta de vaga.

De acordo com a LDB, a educação está dividida em dois grandes níveis: educação básica e educação superior. A educação básica é composta por três etapas: Educação Infantil – atende crianças até 5 anos, e tem por objetivo promover o desenvolvimento integral, "em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade" (art. 29 da LDB). O Ensino Fundamental – com duração mínima de nove anos, também conhecida como "educação primária", é a etapa que objetiva o "desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamentam a sociedade; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social" (art. 32, LDB). É a primeira etapa educacional a ser reconhecida como direito humano universal. Até a emenda constitucional 59, de 2009, também era a única etapa obrigatória. Ensino Médio – é a etapa final da Educação Básica, com duração mínima de três anos. A Constituição prevê que deve ser progressivamente universalizado, de modo a atender a todas as pessoas que terminam o Ensino Fundamental, inclusive os jovens e adultos que não tiveram oportunidade de cursá-lo. Pode ser oferecido de forma integrada à educação profissional.

A proposta educacional desenvolvida na rede municipal em Toledo abrange a Educação Infantil, os anos iniciais do Ensino Fundamental e as seguintes modalidades: Educação Inclusiva, Educação em Tempo Integral e Educação de Jovens e Adultos – Fase I.

A estrutura física educacional no atendimento à educação básica no Município de Toledo, é composta por 80 instituições, sendo que na rede pública conta com 30 Centros Municipais de Educação Infantil e 36 escolas municipais, enquanto na rede privada possui 14 instituições.

Atualmente na educação infantil ofertada nos CMEIs, encontram-se matriculadas 3.461 (três mil quatrocentos e sessenta e uma) crianças, enquanto no infantil 4 e 5 ofertado pelas escolas municipais somam 2.933 (duas mil novecentos e trinta e três) crianças. No Ensino Fundamental fase I, o município realiza o atendimento a 8.217 (oito mil duzentas e dezessete) crianças e adolescentes. Desta forma, totalizando 14.611 (quatorze mil seiscentos e onze) educandos matriculados na rede municipal de ensino no Município de Toledo.

2.4.2.1 Escolas municipais com seus respectivos endereços:

01.Escola Municipal Alberto Santos Dumont Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua: Paraná, 299 – Jardim Porto Alegre.

02.Escola Municipal Amélio Dal Bosco Educação Infantil e Ensino Fundamental –Anos Iniciais. Rua Guaíra, 2225, Centro.

03.Escola Municipal André Zenere Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua General Câmara, 1191 – Jardim América. 8

04.Escola Municipal Anita Garibaldi Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Felix Da Cunha, 687 – Jardim Europa.

05.Escola Municipal Antônio Scain Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Presidente Deodoro da Fonseca, 655 – Jardim Filadélfia.

06.Escola Municipal Ecológica Professor Ari Arcassio Gossler Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Vila Lobos, 230 - Jardim Santa Maria.

07.Escola Municipal Arsênio Heiss Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Adilson Bier, 242 - Jardim Modelo.

08.Escola Municipal Doutor Borges De Medeiros Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua General Daltro Filho, 1585 – Vila Industrial.

09.Escola Municipal Carlos Friedrich Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Leonardo Francisco Nogueira, 448 – Jardim Coopagro.

10.Escola Municipal Carlos João Treis Educação Infantil e Ensino Fundamental –Anos Iniciais. Rua Tomaz Gonzaga S/Nº – Vila Paulista.

11.Escola Municipal Duque De Caxias Educação Infantil e Ensino Fundamental –Anos Iniciais. Rua Ana Ramisch, 536 – Concórdia Do Oeste.

12.Escola Municipal Egon Werner Bercht Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Olavo Bilac, 390 – Jardim Paraná.

13.Escola Municipal Professor Henrique Brod Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Batista Luzardo, 510 – Jardim Panorama.

14.Escola Municipal Ivo Welter Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Artur Mazzaferro, 615, Loteamento Santa Clara IV.

15.Escola Mun. Jardim Concórdia Educação Infantil E Ensino Fundamental. Rua Pedro Rosseto, 238 – Jardim Concórdia.

16.Escola Municipal Vereador José Pedro Brum Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais – Caic. Rua Capitão Leônidas Marques,1896 – Jardim Maracanã.

17.Escola Municipal. Miguel Dewes Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Luiz Gonzaga, 194 – Dez de Maio.

18.Escola Municipal. Norma Demeneck Belotto Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Princesa Isabel, 350 – Jardim Gisele.

19.Escola Rural Municipal Nossa Senhora Das Graças Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua XV de Novembro, S/Nº. Ouro Preto.

20.Escola Municipal Olivo Beal Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua César Pedrini, 363 – Jardim César Park.

21.Escola Municipal Orlando Luiz Basei Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua São Luiz S/Nº - Novo Sarandi.

22.Escola Municipal Osvaldo Cruz Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Bento Gonçalves, 720 – Vila Nova.

23.Escola Mun. Princesa Isabel Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Miguel Dewes Filho,99 – Dois Irmãos.

24.Escola Municipal Reinaldo Arrosi Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Da Igreja, 377 – Vila Operária.

25.Escola Rural Municipal Santo Antônio Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Toledo, S/Nº-Boa Vista.

26.Escola Rural Municipal São Dimas Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Avenida 1º de Maio, S/Nº. Bom Princípio.

27.Escola Municipal São Francisco de Assis Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Otília Giaretta, 8338 – Conj. Hab. São Francisco II.

28.Escola Municipal São Luiz Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Quatro Pontes, 500 – São Luiz Do Oeste.

29.Escola Rural Municipal São Pedro Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Principal, S/N. - Cerro Da Lola.

30.Escola Municipal Shirley Maria Lorandi Saurin Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Armando Luiz Arrosi,1138 – Centro.

31.Escola Municipal Presidente Tancredo de Almeida Neves Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Monte Carlo, 791 - Vila Boa Esperança.

32.Escola Municipal Tomé de Souza Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Tomé de Souza,480-Vila Ipiranga. 10

33.Escola Municipal Walmir Grande Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Willy Barth, 2985, 2955. Bairro Vila Panorama.

34.Escola Municipal Waldyr Luiz Becker Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Luiz Woiski,386-Loteamento Fachini- Jardim Coopagro.

35.Escola Municipal Walter Fontana Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Mário Pudell, 50 – Vila Pioneiro.

36.Escola Municipal Washington Luiz Educação Infantil e Ensino Fundamental – Anos Iniciais. Rua Willy Barth S/Nº – Novo Sobradinho.

2.4.2.2 Centros Municipais de Educação Infantil – CMEIS, com seus respectivos endereços:

1.CMEI Ana Maria Zorzo, Av Maripá, 2291 esq. Padre Luciano Ambrosini – Vila Pioneiro.

2.CMEI Ângela Neolete Wessel, Rua Guaira esq. Vinicius de Moraes- Jardim Pancera.

3.CMEI Arlindo de Campos, Rua Tomás de Aquino,150 – Vila Boa Esperança.

4.CMEI Cantinho Da Alegria (CAIC), Rua Capitão Leônidas Marques, 1896 - Jardim Maracanã.

5.CMEI Cantinho Feliz, Avenida Mauá, 310 - BNH Paraná.

6.CMEI Constantina Henkel, Rua Luiz Antônio Basso, 384, Bairro: Jardim Fachini – Coopagro.

7.CMEI Cleusi Aparecida Berger, Rua Nossa Senhora da Luz, 167- Jardim Santa Maria.

8.CMEI Crescer e Aprender, Rua Carlos Drumond de Andrade, 320 - Jardim Bela Vista.

9.CMEI Everaldo César Adorno Carvalho, Rua Avelino Niedemeier, 31 – São Francisco.

10.CMEI Dalva Weinert Nogueira, Rua Uruguai, 393, Jd. Gisela.

11.CMEI Diva Bordin Fontana, Rua Gal. Flores Reis da Cunha 491 - Jardim Panorama.

12.CMEI Elizia Ribeiro Carraro, Rua Eldorado, 41 – Boa Esperança.

13.CMEI Fani Matilde Bilibio, Rua Bento Gonçalves, 2540 - Vila Nova.

14.CMEI Gabriela Kauani Hach, Rua Marino Comarella, 174, Jardim Concórdia.

15.CMEI Hilda Ângela de Marchi, Rua Eugênio Comim, 674 – Jardim Bressan.

16. CMEI Iraci De Souza Batista, Rua Mario Pudell, 312, Vila Pioneira.

17.CMEI Jenny Donaduzzi, Rua Protásio Alves, 3109, Bairro: Tocantins.

18.CMEI Karine Maruan Krenczynski, Rua Henrique Bombardelli, 428 - Jardim Concórdia.

19.CMEI Katiúscia Gayardo, Rua João Pessoa, S/N – Jardim Europa.

20.CMEI Nona Gema,Rua Reinaldo Barilli,5965 – São Francisco.

21.CMEI Nono Giacomazzi, Rua: Amélia Bianca, 95 - Vila Paulista.

22.CMEI Otília Stédile, Rua Benjamin Constant,319 – Vila Pedrini II.

23.CMEI Pingo de Gente, Rua Júlio Werne, 1337 – Jardim Modelo.

24.CMEI Professora Bertila Stoffel Giacomini, Rua Florianópolis,530- Novo Sarandi.

25.CMEI Rita Luciane Francescon, Rua Elio Gaboardi - Santa Clara IV.

26.CMEI Rosane Peripolli Fontes, Rua Marco Antônio Ochoa,2512 – Jardim Das Orquídeas.

27.CMEI Rosângela Andrioli dos Santos, Rua São Francisco Falso,70 – Jardim Paulista.

28.CMEI Sâmia Luíse Sanches Chiella Rua Jacob Alfredo Kaeffer, nº 1848 – Loteamento Giovanoni, Bairro São Francisco.

29.CMEI Sueli Doroti Varaschin Gruber, Rua Carlos Abel Munaretto,721 – Jardim Panorama II

30.CMEI Vó Tharcila, Rua Rodrigues Alves, 1.110 – Jardim Coopagro.

Também constitui a rede de atendimento da política de educação o CIPE - Centro Integrado de Políticas Educacionais “Professora Maria Iaschombek Doege”**.** No CIPE têm dois Núcleos de Atendimentos Educacionais Especializados: Núcleo de Atendimento Educacional Especializado para Educação Infantil (NAEE – Educação Infantil), que atende crianças matriculadas na educação infantil nos CMEIs e escolas municipais, para atendimento educacional especializado e estimulação precoce. E o Núcleo de Atendimento Educacional Especializado para alunos com Transtorno do Espectro Autista (NAEE-TEA), matriculados nos anos iniciais do Ensino Fundamental com laudo de TEA e comprometimento moderado ou grave.

Além disso, são ofertados neste espaço, oficinas de Contraturno Escolar, voltadas à Cultura e Arte, Esporte, Robótica Educacional e Tecnologias para crianças e adolescentes matriculados nas escolas municipais.

2.4.3 POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

A proposta educacional desenvolvida na Rede Estadual de Ensino em Toledo abrange o Ensino Fundamental Anos Finais, Ensino Médio, englobando atualmente

modalidades como Escolas Estaduais em Tempo Integral e Escolas Cívico Militares.

A estrutura física educacional no atendimento à educação básica nas Escolas Estaduais de Toledo, é composta por 29 instituições, incluindo um Colégio Estadual em Tempo Integral e três Colégios Estaduais Cívico Militares.

O número de alunos na Rede Estadual do Município de Toledo, atualmente está com:

Ensino fundamental 6º ao 9° ano – 6.615 alunos.
Ensino Médio regular – 3.745 alunos.
Ensino Médio Integrado + Formação de Docentes – 2.313 alunos.
Subsequente – 164 alunos.
Educação de Jovens e Adultos - 341 alunos.
Total – 13.178 alunos.

2.4.3.1 Escolas Estaduais com seus respectivos endereços

GERMANO RHODEN C E IR EF M
RUA TOMAZ GONZAGA, 2030, VILA PIONEIRO. 85909-483 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Educação de Jovens Adultos.

CEEBJA DE TOLEDO EF M
RUA GUARANI, 1640, CENTRO. 85900-190 Toledo - PR.
Educação de Jovens Adultos. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar
TOLEDO C A E DE EM PROF INTEGRADO
ESTRADA NARCISO ANTÔNIO CASAROTTO, 1911, JARDIM PANORAMA. 85911-340 Toledo - PR.
Ensino Médio, Educação Profissional. Atividade Complementar

ANTÔNIO J REIS C E C M EF M
RUA ERNESTO DALLA COSTA, 123, JD. BELO HORIZONTE. 85912-050 Toledo - PR. Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

ATTILIO FONTANA C E SEN EF M PROFIS
RUA GONÇALVES DIAS, 100, VILA PIONEIRA. 85909-540 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

AUGUSTINHO DONIN C E EF M
RUA PAULO VI, 441, JD. CONCÓRDIA. 85906-470 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

AYRTON SENNA DA SILVA C E EF M PROFIS
RUA CARLOS SBARAINI, 1789, SÃO FRANCISCO II. 85911-200 Toledo - PR.

Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional, Educação de Jovens Adultos. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

BOA VISTA E E DO C EF
RUA TOLEDO, 578, DIST. BOA VISTA. 85926-850 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

BOM PRINCÍPIO E E DO C EF
RUA MATELÂNDIA SN, DIST BOM PRINCÍPIO. 85900-970 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

CASTELO BRANCO C E PRES EM N PROFIS
RUA GUAÍRA, 3275, JD. LA SALLE. 85903-220 Toledo - PR.
Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

DARIO VELLOZO C E EF M PROFIS
RUA HAROLDO HAMILTON, 271, CENTRO. 85905-390 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

DEZ DE MAIO E E DO C DE EF
RUA SÃO LUIZ GONZAGA, 194, DIST. DEZ DE MAIO. 85920-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental. Atendimento Educacional Especializado

EDWINO SCHERER E E DO C EF
RUA MIGUEL DEWES FILHO, 99, DIST. DOIS IRMÃOS. 85923-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

ESPERANÇA F COVATTI C E EF M
RUA CASTRO, 111, JD. BRESSAN. 85913-070 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

FRANCISCO G DE LIMA C E VER EF M
RUA MAUÁ, 375, JD. PARANÁ. 85904-010 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JARDIM EUROPA C E EF M PROFIS
RUA MONTEIRO LOBATO, 391, SANTA CLARA IV. 85908-020 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JARDIM GISELE C E EF M
RUA PRINC ISABEL, 350 JD. GISELE. 85905-090 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JARDIM MARACANÃ C E C M EF M
RUA ARLEI LEONARDI SN, JD. MARACANÃ. 85910-270 Toledo - PR.

Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JARDIM PORTO ALEGRE C E EF M PROFIS
RUA PARANÁ, 299 JARDIM PORTO ALEGRE. 85906-120 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JOÃO ARNALDO RITT C E EF M
RUA BENTO GONÇALVES, 650 DIST. VILA NOVA. 85926-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

JOÃO C FERREIRA C E DR EF M
RUA GUAÍRA, 2225 JD. LA SALLE. 85902-140 Toledo - PR.
Ensino Fundamental. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

LUIZ AUGUSTO M REGO C E EF M PROFIS
RUA ALMIRANTE BARROSO, 1551 CENTRO. 85900-020 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação Profissional. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

NOVA CONCÓRDIA E E DO C DE EF
RUA ANA RAMISCH, 536 DIST. NOVA CONCÓRDIA. 85927-500 Toledo - PR.
Ensino Fundamental. Atividade Complementar

NOVO HORIZONTE C E C M EF M
RUA PACIFICO DEZEM, 428 JD COOPAGRO. 85903-710 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atendimento Educacional Especializado, Atividade Complementar

NOVO SARANDI C E C EF M
RUA SÃO LUIZ, 1461 85927-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental, Ensino Médio. Atividade Complementar

NOVO SOBRADINHO E E DO C DE EF
RUA WILLY BARTH, 1535 DIST. NOVO SOBRADINHO. 85925-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental. Atividade Complementar

OURO PRETO E E DO C DE EF
RUA XV DE NOVEMBRO SN, DIST. OURO PRETO. 85922-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

SÃO LUIZ D'OESTE E E DO C EF
RUA QUATRO PONTES, 500 DIST. SÃO LUIZ OESTE. 85921-000 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

VILA IPIRANGA E E C DE EF
RUA TOMÉ DE SOUZA, 480 DIST. VILA IPIRANGA. 85900-970 Toledo - PR.
Ensino Fundamental.

2.4.4 POLÍTICA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER

No âmbito do Município de Toledo, no que se refere ao atendimento da criança e do adolescente, a Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo, segue 4 linhas de trabalho para o atendimento à população do município, sendo; Lazer e Recreação, Programas de iniciação esportiva, Programa de atendimento ao Rendimento no Esporte e Programa de Paradesporto.

O setor de lazer e recreação, desenvolve atividades que atende crianças e adolescentes de 01 à 17 anos. Contando com uma estrutura de equipamentos de recreação, com cama elástica e brinquedos infláveis, proporciona atividades recreativas em Escolas Municipais e bairros e distritos do município, além de realizar atividades recreativas em eventos oficiais do município

O Setor de Iniciação Esportiva, compreende o maior volume de atendimentos à crianças e adolescentes, o trabalho desenvolvido baseia-se na oferta de atividades esportivas nos núcleos de atendimento da Secretaria de Esportes, proporcionando à população acesso ao esporte através de profissionais de Educação Física formados, em estruturas físicas adequadas, próximas aos locais que demandam estas atividades, preferencialmente onde crianças e adolescentes possam estar em risco social. Sendo as atividades desenvolvidas por este setor, voltadas aos conceitos de “Esporte Formador e Transformador”, conceitos estes que visam a formação de cidadãos responsáveis, com saúde e fisicamente ativos. Desde 2015 a Secretaria de Esportes e Lazer passou a ter o setor de Paradesporto, que hoje atende crianças e adolescentes com deficiência.

Complementando as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Esportes e Lazer, o setor de Rendimento no Esporte, atende a demanda de crianças e adolescentes que se destacam no setor de iniciação, e que podem ter um futuro promissor no esporte, as atividades executadas em núcleos específicos do município e que visam a participação destes adolescentes nas modalidades esportivas como “atletas” representantes do município em competições oficiais de nível, municipal, regional e estadual.

Para atendimento à população a SMEL conta com uma estrutura de 46 professores de educação física, 2 motoristas, 1 auxiliar administrativo e 5 auxiliares de serviços gerais. A Estrutura Administrativa tem o cargo de Secretaria(o) de Esportes, Coordenador do Setor Administrativo Financeiro, Coordenador do Setor do Idoso, Coordenador de Lazer e Recreação, Coordenador de Esporte de Base e Estrutura Física, Coordenador de Esporte de Rendimento e Coordenador do Paradesporto. A estrutura física da Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo está distribuída nos bairros de Toledo, contando com 9 campos de futebol, pista de skate e pista de bicicross, 10 Ginásios Poliesportivos, 1 pista de atletismo (anexa ao estádio municipal), 2 piscinas públicas 1 estádio municipal, 1 centro olímpico, 7 campos sintéticos.

2.4.5 POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Política Municipal de Saúde é desenvolvida no município através de diversos equipamentos. A seguir citamos os espaços públicos disponíveis pelo SUS – Sistema Único de Saúde de atendimento à Saúde no município de Toledo.

2.4.5.1 Rede de Atenção à Saúde

O município de Toledo conta atualmente com uma rede de atenção à saúde, disponível ao atendimento de crianças e adolescentes, composta da seguinte forma: 21- Unidades Básicas de Saúde. No interior são 7 unidades, sendo: 4 unidades com equipes no modelo tradicional (Posto de Saúde) e 3 unidades com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na sede do município são 14 unidades, sendo: 5 unidades com equipes no modelo de Estratégia Saúde da Família e saúde bucal (ESFSB), 3 unidades com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 5 unidades com equipes de atenção primária (EAP). Juntas totalizam 39 equipes de saúde.

QUADRO 01 - Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Toledo com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF's) 2021

ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA	ANO DE IMPLANTAÇÃO	NÚMERO DE EQUIPES	PÚBLICO ALVO/ FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS
Jardim Europa	2010	04	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
São Francisco	2011	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Panorama	213	03	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Santa Clara IV	2014	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Pancera	2015	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Concórdia	2015	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Bressan/ Cézar Parque	2016	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Jardim Cosmos/ Fachini	2016	03	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Novo Sarandi	2018	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Interior Oeste (Concórdia do Oeste, Dez de Maio e Cerro da Lola)	2019	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos

Alto Panorama	2019	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Vila Nova e Novo Sobradinho	2021	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
TOTAL		**24**	

Fonte: SMS/Departamento de Atenção Primária em Saúde, 2021.

QUADRO 02 - Equipes de Atenção Primária - EAP's 2021

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	NÚMERO DE EQUIPES	PÚBLICO ALVO/ FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS
Centro de Saúde	2020	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Coopagro	2020	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Maracanã	2020/2021	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Porto Alegre	2019/2021	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Industrial	2020/2021	02	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
São Luiz do Oeste (área rural)	2021	01	Atender crianças e adolescentes de 00 a 18 anos incompletos
Total:		**11**	

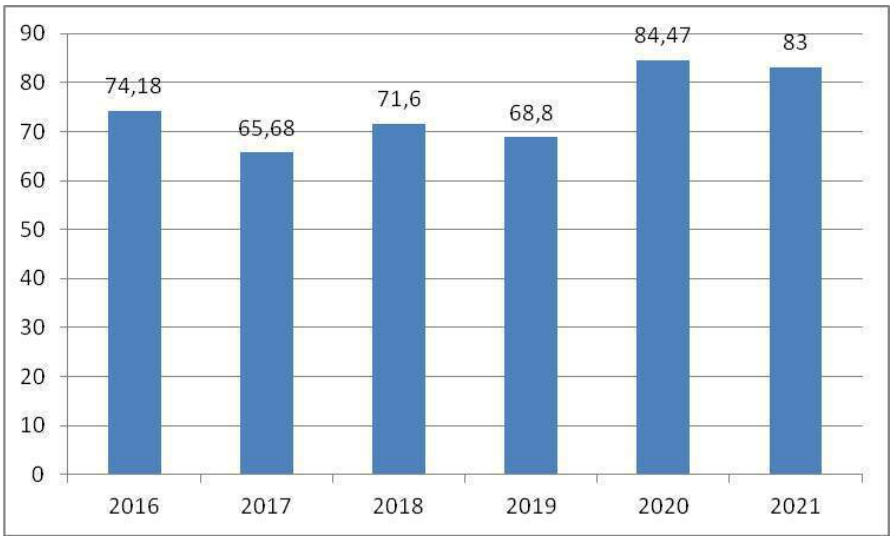
Fonte: SMS/Departamento de Atenção Primária em Saúde, 2021.

Os quadros acima apresentam as equipes nos modelos conforme previsto pelo Ministério da Saúde. As demais unidades são modelos tradicionais.

Há ainda na estrutura da Política de Saúde os seguintes serviços:

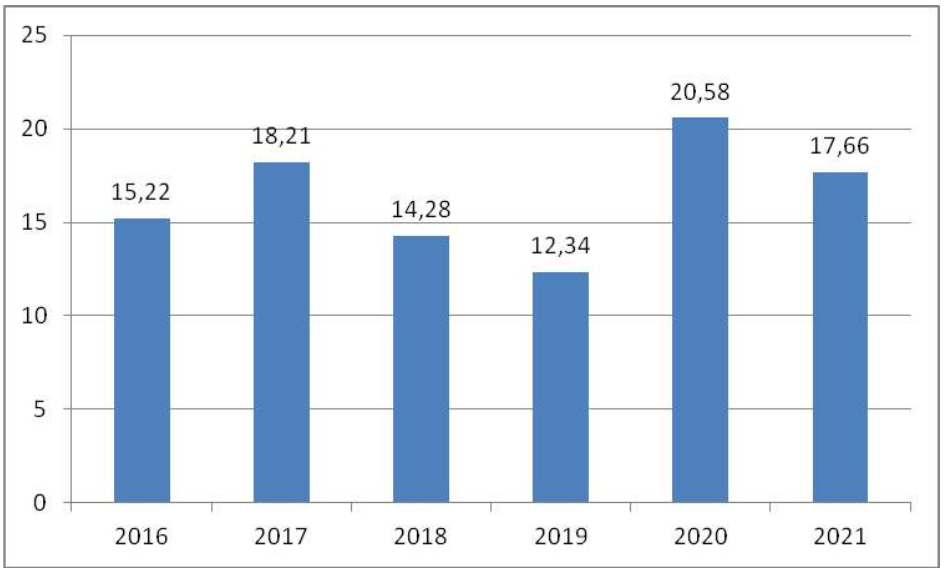
- 01 Ambulatório Materno Infantil - AMI;
- 01 Ambulatório de Feridas;
- 02 Unidades de Atenção Psicossocial (RAPS) da Atenção Especializada em Saúde Mental sendo: 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS i e 01 Ambulatório de Saúde Mental - ASM;
- 02 Farmácias Comunitárias Municipais (medicamentos básicos e excepcionais);
- 01 Farmácia Regional (medicamentos excepcionais);
- 01 Hospital Credenciado ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- 02 Pronto Atendimentos 24h (UPA e PAM);
- 01 Central de Especialidades;
- 01 Consórcio Regional - CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná).

GRÁFICO 01 - Cobertura de Atenção Básica 2016 a 2021 em Toledo.



Fonte: SMS/Departamento de Gestão, março 2022.

GRÁFICO 02 - Cobertura de Saúde Bucal 2016 a 2021 em Toledo.



Fonte: SMS/Departamento de Gestão, março 2022.

Diante deste panorama da organização da Política de Saúde, são elencadas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde:

- Consultas básicas realizadas por médicos e/ou enfermeiros;

- Atendimentos realizados por dentistas e/ou técnicos em saúde bucal;
- Ações de Puericultura para acompanhamento e desenvolvimento integral de crianças com idade inferior a 02 anos;
- Encaminhamentos para agendamentos e/ou atendimentos especializados de Média e Alta Complexidade à Central de Especialidades;
- Agendamentos de exames laboratoriais;
- Acompanhamentos realizados por agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e demais profissionais das equipes;
- Acompanhamento por equipe multiprofissional da APS composta por: nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudióloga, educador físico e fisioterapeuta.

- Acompanhamento por equipe especializada multiprofissional no AMI composta por: médico pediatra, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional;

- Acompanhamento por equipe multiprofissional no CAPS i composta por: médico psiquiatra, médico clínico geral, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem, assistentes em desenvolvimento social (ADS), entre outros;

- Acompanhamento por equipe multiprofissional no ASM composta por: médico psiquiatra, médico clínico geral, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, assistentes em desenvolvimento social (ADS) e assistente administrativo;

- Agendamentos de serviços especializados como: consultas especializadas, exames diversos, disponíveis pelo SUS;

- Fornecimento de medicamentos básicos e especiais pelo município e medicamentos excepcionais pela 20ª Regional de Saúde disponíveis, conforme Relação Municipal e Nacional de Medicamentos (REMUNE e RENAME);

- Fornecimento de leite artificial para casos com prescrição médica, principalmente às crianças com intolerância à lactose e prematuros com baixo peso;

- Realizar encaminhamentos de usuários SUS para Tratamento Fora de Domicílio (TFD), disponibilizando transporte sanitário e/ou passagens, de acordo com a necessidade e/ou disponibilidade do município;

- Desenvolver atividades educativas para Promoção da Saúde e Prevenção de doenças transmissíveis, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras;

- Atendimento de urgência e emergência através dos serviços de Pronto Atendimentos.

Assim são realizados diversos atendimentos pelo SUS, sendo a porta de entrada Unidade de Saúde do SUS, preferencialmente a Unidade de Atenção Primária em Saúde (APS).

2.4.6 POLÍTICA MUNICIPAL PARA INFÂNCIA E JUVENTUDE

A necessidade de constituir a Secretaria Municipal de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano (SMDH), ocorreu em um contexto de reestruturação do formato administrativo atual de governança municipal.

Um dos objetivos da SMDH é fortalecer a articulação intersetorial das políticas públicas no âmbito do Município, entre as quais, as políticas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar, Cultura, Esporte e Lazer, Habitação, Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Segurança. Este objetivo contribuirá para a efetivação da intersetorialidade, com eficiência, eficácia e efetividade às políticas setoriais, resultando em ganhos para a população e para a Administração Pública.

A defesa de direitos é um dos objetivos centrais da SMDH, voltada a atenção a diversos segmentos vulnerabilizados da sociedade, de forma a contribuir com maior visibilidade das necessidades e favorecer o acesso a serviços públicos.

Assim, a SMDH está organizada em dois grandes eixos, sendo eles: Infância e Juventude, e, Políticas de Cidadania e Desenvolvimento Humano.

No eixo *Departamento de Políticas para Infância e Juventude* são articuladas as políticas públicas que atendem crianças e adolescentes, prioridade absoluta conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente. Contemplando em tal eixo o fortalecimento da articulação ao segmento Juventude, mantendo vinculado a estrutura da SMDH a administração dos dois Centros da Juventude já existentes no Município – Jardim Coopagro e Jardim Europa.

Os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Juventude, também estão vinculados administrativamente à SMDH, sob responsabilidade da Secretaria garantindo a infraestrutura necessária à sua manutenção. Também existe o vínculo à SMDH, do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – FMDCA.

Os Conselhos Tutelares também estão vinculados administrativamente à SMDH, tendo dotação orçamentária específica para a manutenção dos mesmos.

Portanto, no eixo das Políticas de Infância e Juventude, são realizadas a estruturação de duas Coordenadorias, sendo um específico para operacionalização da Política da Criança e do Adolescente, sendo a referência na articulação intersetorial desta Política, bem como da articulação e suporte no andamento dos trabalho do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). A outra Coordenadoria refere-se a Política da Juventude, estando sob este setor a manutenção dos Centros da Juventude com suas respectivas Coordenações, bem como, a articulação para andamento dos trabalhos do Conselho Municipal da Juventude (COMJUTO).

2.4.6.1 Histórico da Política de Juventude

O tema Juventude começou a ganhar projeção e complexidade no Brasil na metade dos anos de 1990. O aumento da proporção da população juvenil de 15 a 24 anos trouxe consigo o aprofundamento de desigualdades socioeconômicas a este público. A constituição de políticas públicas de juventude é muito recente, sendo este um tema inserido na agenda pública do Brasil pensando especialmente em problemas que afetam, de modo geral, a juventude brasileira: saúde, violência e desemprego (BAQUERO e NAZZARI, 2010).

Para compreender a categoria "juventude", é importante considerar a pluralidade, a diversidade de ideias, experiências, culturas e particularidades que compõem este segmento; assim, trataremos de "Juventudes". Souza, *et al* (2016) caracteriza e a condição juvenil como:

> um processo em que ocorrem transformações em todas as dimensões dos indivíduos, sejam elas biológicas, sociológicas ou psicológicas. Identificar a juventude é muito mais do que delinear uma faixa etária; é, sim, olhar para um processo de construção de identidade dos indivíduos e suas múltiplas faces(…). Por isso, se faz urgente entender a juventude enquanto categoria social a ser respeitada e ouvida a partir do lugar onde vivem(…), reconhecendo suas particularidades e condições juvenis e a necessidade da troca de paradigma da sociedade. (SOUZA et al, 2016, p. 9).

As políticas públicas de juventude são resultado de um processo histórico. Ainda na década de 1980, muitos movimentos juvenis ganharam força, por estarem diretamente lutando pelo fim da ditadura militar, organização que se intensificou na retomada da democracia, quando se discutiu a Constituição Federal de 1988.

"É neste contexto que na década de 90 surgem as reflexões e experiências das políticas públicas de juventude" (SOUZA et al, 2016, p. 42). As experiências nos municípios se iniciam com a participação das organizações juvenis. É importante ressaltar que todo este processo não se deu isoladamente, pois neste período também se levantaram as bandeiras com reivindicações das mulheres, da negritude, dos direitos humanos, ecologia e meio ambiente, diversidade sexual, direitos das crianças e adolescentes.

Ainda segundo Souza *et al* (2016, p. 42), somente "a partir de 2003 as políticas públicas de juventude começaram a ser reconhecidas através de várias iniciativas da sociedade civil de grupos como a Unesco, ONGs, Universidades e o Projeto Juventude". Neste período, foram produzidas pesquisas e diálogos com movimentos juvenis, gestores, especialistas e outras organizações, a fim de discutir a temática.

Em 2003, a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude foi constituída no poder legislativo, e em 2005 o governo federal criou o Conselho Nacional de Juventude, a Secretaria Nacional de Juventude e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens: Educação, Qualificação e Ação Comunitária – PROJOVEM (BAQUERO e NAZZARI, 2010).

No ano de 2013, foi aprovada a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, que "institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE" (BRASIL, 2013a). Não podemos deixar de citar aqui o protagonismo das juventudes no processo de constituição destas políticas públicas de juventude. Desde as primeiras demandas apresentadas pela população jovem, houve sua participação.

No Município de Toledo, um marco importante nas políticas públicas de juventude foi a aprovação, em 2001, da Lei n° 1.838, que cria o Conselho Municipal da Juventude de Toledo (COMJUTO). Este órgão, que tem caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador, tem como uma de suas atribuições, auxiliar na elaboração das políticas públicas locais que promovam o amplo exercício dos direitos das juventudes. Através da Lei 2.210, de 26 de setembro de 2015, o COMJUTO foi regulamentado, tendo, portanto, sua primeira composição.

Em 2011, foi instituída a Secretaria Municipal de Juventude (SMJ), considerada um grande avanço nas ações, programas e projetos para o segmento juvenil. A SMJ possui como principal política pública os Centros de Juventude (CJUs), sendo eles o *CJU Mariana Luiza von Borstel (Jardim Coopagro) e o CJU Márcio Antônio Bombardelli (Jardim Europa),* construídos, equipados e inaugurados no ano de 2012**.** Os espaços são destinados a adolescentes e jovens de 12 a 29 anos, prioritariamente em situação de vulnerabilidade social, com capacidade para atender 500 jovens por dia, através de projetos e atividades, pautando-se na proposta socioeducacional de desenvolvimento integral do jovem através da pedagogia freiriana, conforme a Deliberação do CEDCA Nº 04/2009.

2.4.6.2 Centros da Juventude

Os Centros da Juventude têm como objetivo constituir-se como espaços de referência para as juventudes, devendo ser acessíveis, abertos e democráticos, que possibilitem a adolescentes e jovens produzirem e acessarem bens culturais e artísticos;

participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes; desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional, social e política.

O atendimento nos Centros da Juventude acontece de segunda a sexta-feira, no período matutino (das 08h15min às 12hrs) e no período vespertino (13hrs às 17hrs). O atendimento noturno acontece de forma diferenciada: no CJU Europa, de segunda a sexta-feira, das 18hrs às 22hrs, e no CJU Coopagro de segunda a quinta feira das 17:30h às 21:30h. O Programa Centro da Juventude oferta atendimento por meio de acolhida, atividades de formação, de esporte e lazer, e de cultura e arte, acompanhamento e orientação Psicossocial, encaminhamento para a rede de atendimento, eventos, cessão do espaço para o desenvolvimento de atividades próprias de organização comunitária, cultural ou social.

A fim de promover o desenvolvimento integral do público atendido, a proposta do Centro da juventude está alicerçada em três pilares:

- Da cidadania: pela organização de atividades que promovam a elevação da consciência política, a participação ativa, a organização, a mobilização e formação de lideranças juvenis (através de rodas de conversa, oficinas psicossociais, palestras, fóruns, visitas institucionais, participação no Conselho Gestor, entre outros);

- Da convivência: por se caracterizar como espaço de encontro e de pertencimento, numa dinâmica que combine liberdade e respeito para com colegas e os profissionais do equipamento, propiciando um ambiente sem discriminação de gênero, etnia/raça, religião e/ou classe social;

- Da formação: pelo elenco de atividades ofertadas que objetivam aprendizagem no âmbito das relações pessoais, do mundo do trabalho e da produção cultural e artística; participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes, desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional e política.

A proposta socioeducacional do programa Centro da Juventude pauta-se na Pedagogia de Paulo Freire, marco conceitual construído e apresentado na Deliberação Nº 004/2009 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Paraná (CEDCA/PR, 2009). Esta proposta socioeducativa enfatiza os princípios que constituem o método de Paulo Freire:

O primeiro princípio nos remete à *politicidade do ato educativo*, ou seja, não existe educação neutra. A educação é vista como construção e reconstrução contínua de significados de uma dada realidade. O segundo princípio do Método diz respeito à *dialogicidade do ato educativo*, em que a base da pedagogia é o diálogo. A relação pedagógica necessita ser, acima de tudo, uma relação dialógica, seja entre educador e educando, entre educando e educador e o objeto do conhecimento, entre natureza e cultura.

No Centro da Juventude, as bases da educação popular devem ser vistas como sustentação para um processo político pedagógico, que visa fortalecer a consciência da

cidadania e busca emancipar os sujeitos sociais, através da autorreflexão de sua história.

Neste sentido, buscando dar diretrizes para nortear a política de juventude em nosso Município, em 2021 foi instituído o Programa Bora Lá, agregando uma maior organização das ações voltadas às juventudes. As ações promovidas pelo Programa também vêm no sentido de ampliar o horizonte dos/das jovens, mostrar caminhos para sua atuação social, profissional e cidadã.

O Programa visa a garantia dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Juventude (Lei 12.852/2013), promovendo aos jovens o direito à sua formação integral, autonomia e protagonismo nas esferas política, social, econômica e cultural. Em consonância, tal Programa objetiva o fortalecimento do jovem com seu projeto de vida, trabalhando de maneira intersetorial com outras políticas públicas do Município.

O Programa Bora Lá contempla onze frentes de atuação. A partir destes eixos, são definidos os projetos a serem executados pelos profissionais referenciados a cada área (esporte, cultura, saúde, profissionalização, educação social e outras), através de metodologias ativas. Assim, os projetos se organizam da seguinte maneira:

1 - Protagoniza: Direito à Cidadania, à Participação Social e Política e à Representação Juvenil;
2 - Jovem na Universidade: Direito à Educação;
3 - Bora trabalhar: Direito à Profissionalização, ao Trabalho e à Renda;
4 - RESPEITO (respeito, equidade social, paz e igualdade para todos): Direito à Diversidade e à Igualdade;
5 - Amorescer: Direito à Saúde;
6 - #TôNaÁrea: Direito à Cultura;
7 - Comunica: Direito à Comunicação e à Liberdade de Expressão;
8 - Jovem em Movimento: Direito ao Desporto e ao Lazer;
9 - Oportuniza: Direito ao Território e à Mobilidade;
10 - Juventude no Meio: Direito à Sustentabilidade e ao Meio Ambiente;
11 - #TMJ - Tamo Junto: Direito à Segurança Pública e ao Acesso à Justiça.

TABELA – SERVIÇOS DESENVOLVIDOS NA POLÍTICA DE JUVENTUDE

Nº	Equipamento	Local onde é prestado o Serviço	Objetivos	Faixa etária dos atendidos
1	Centro da Juventude	Centro da Juventude Mariana Luiza Von Borstel (Jd. Coopagro)	Constituir um espaço de referência para a juventude, acessível, aberto e democrático que possibilite aos adolescentes e aos jovens produzir e acessar bens culturais e artísticos; participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes, desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional e política.	12 a 29 anos
2	Centro da Juventude	Centro da Juventude Marcio Antonio Bombardelli (Jd. Europa)		

FONTE: TOLEDO, Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2014 – 2017.

2.4.7 CONSELHO TUTELAR: A DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente Art. 131 “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”.

O Conselho Tutelar coloca em prática a diretriz constitucional da democracia participativa, uma vez que assegura a participação da população na administração das questões públicas. Funciona com recursos previstos da Lei Orçamentária Municipal vinculado administrativamente à Administração Pública Municipal, sendo autônomo, sem hierarquia ou subordinação para atender crianças, adolescentes e suas famílias, e com o papel de aplicar medidas de proteção aos pais ou responsável, requisitar serviços públicos, encaminhar notícia de fato ao Ministério Público e casos de competência de autoridade judiciária e representar a esses órgãos quando necessário.

A Constituição Federal fala sobre assegurar direitos, e descreve sobre a necessidade de colocar a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O Conselho Tutelar também atua para colocar as crianças e adolescentes a salvo de ameaça ou risco pessoal e social, servindo para cumprir alguns objetivos do Brasil, a da construção de uma sociedade justa e solidária, na erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais e, na proteção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminações.

A finalidade do Conselho Tutelar é zelar pelo cumprimento dos direitos na luta em defesa de direitos da criança e do adolescente ou do cidadão.

O município de Toledo-PR desde 2016 possui duas sedes de Conselho Tutelar, as quais têm por objetivo: Garantir os princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre que direitos forem ameaçados ou violados, zelando pelo cumprimento efetivo diante de todas as políticas de atendimento à criança e ao adolescente remetendo-se às suas atribuições previstas no artigo 136 do ECA, ou seja, a função principal é atuar na defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Com relação a abrangência de territórios do Conselho Tutelar temos:

- O Conselho Tutelar I, compreende os seguintes bairros: Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV e os Distritos de São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.

- O Conselho Tutelar II atende os seguintes bairros: Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Jardim Coopagro, Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pasquali, Filadélfia, Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro, Jardim

Alto Alegre e Jardim Porto Alegre. Inclui os Distritos de Concórdia Do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho, Vila São Miguel e Novo Sarandi.

O atendimento nas sedes do Conselhos Tutelares ocorre em horário comercial. Além disso, os conselheiros tutelares atendem em regime de sobreaviso, quando alguma criança e ou adolescente estiver em risco, pelos telefones:

- Conselho Tutelar I (45) 99107-5213 e
- Conselho Tutelar II (45) 99972-6932.

2.4.8 POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Política Municipal de Assistência Social do município de Toledo segue as orientações e diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Dessa forma, se estrutura em dois eixos de complexidade sendo Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Alta Complexidade e Proteção Social Especial de Média Complexidade.

2.4.8.1 Proteção Social Básica

Conforme a LOAS aponta em seu artigo 6º inciso I, Proteção Social Básica é o:

> Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e de risco social por meio por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Incluído pela Lei 12.435, de 2011).

Isto porque a Assistência Social visa à proteção social, a proteção à família, à maternidade, à infância, a adolescência e à velhice, como também o amparo a crianças e adolescentes carentes, bem como a promoção da integração ao mercado de trabalho, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, e ainda a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover sua subsistência ou tê-la provido por sua família.

Nesse sentido, no município os serviços de Proteção Social Básica são ofertados através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

O município dispõe de 6 (seis) CRAS para atendimento à população usuária distribuídos por territórios[5] de maior vulnerabilidade social. Território I da Vila Pioneiro

[5] Territórios dos CRAS:
[1] Centro, Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Paulista, Jardim Alto Alegre, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Bom Jesus e Rossoni. Expansão na PR – 317 na faixa da 1º de maio com a Rua Capitão Leônidas Marques.
[2] Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Jardim Porto Alegre, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini,Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus e São Pelegrino.
[3] Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Industrial, Jardim Gisela, Fachini, Planalto, Jardim Coopagro, Jardim Pancera, Jardim das Orquídeas, Basso, Jardim Anápolis, Santa Clara I, Jardim Pascali e Jardim Filadélfia.

que abrange 15 bairros e conjuntos habitacionais[1], o Território II do Jardim Europa que abrange 10 bairros e conjuntos habitacionais[2], o Território III do Jardim Coopagro que abrange 16 bairros e conjuntos habitacionais[3], Território IV do Panorama que atende 11 bairros/conjuntos habitacionais e 1 Vila Rural[4], o Território V do Santa Clara que abrange 7 bairros e conjuntos habitacionais [5] o Território do CRAS VI que abrange 11 distritos do município de Toledo[6].

Segue Tabela da rede de atendimento à criança e ao adolescente e suas famílias da Política de Assistência Social:

[4] Vila Panorama, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Pancera (Leste), Belo Horizonte, Croma, Filadélfia, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park e Vila Rural.
[5] Pinheirinho, Santa Clara IV, Santa Clara V, Barcelona, Jardim Heloísa, Jardim das Acácias e Nascer do Sol.
[6] Concórdia D'Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Vila Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho, Novo Sarandi, São Luiz, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio. Expansão na PR – 317 a partir da Rua Capitão Leônidas Marques.

TABELA REDE DE ATENDIMENTO

UNIDADE EXECUTORA	NATUREZA DA UNIDADE EXECUTORA		SERVIÇO OFERTADO[6]	EIXO DE PROTEÇÃO	TERRITÓRIO[7]	ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO (NÚMERO DE ATENDIDOS)[8]
	GOV	NÃO GOV				
CRAS I	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Vila Pioneiro	2.887 Pessoas atendidas
CRAS II	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Europa	2.670 Pessoas atendidas
CRAS III	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Coopagro	2.937 Pessoas atendidas

[6] Em decorrência do momento pandêmico, no ano de 2021, o SCFV apresentou um número mais reduzido de usuários frequentando os serviços.
[7] Território de abrangência dos CRAS; Território de abrangência dos CREAS;
[8] O número de pessoas atendidas teve como referência, os atendidos de janeiro a novembro de 2021, para as unidades de CRAS, CREAS, CERTI e Acolhimento. Para o SCFV governamental a referência foram os atendidos no mês de novembro de 2021. Para as Organizações da Sociedade Civil foram consideradas as metas pactuadas para execução do serviço.

CRAS IV	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Panorama	2.666 Pessoas atendidas
CRAS V	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Jardim Santa Clara IV	1.488 Pessoas atendidas
CRAS VI	X		- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); - Benefícios;	PSB	Interior do município de Toledo	915 Pessoas atendidas
Espaço Vida - Florir Toledo	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS III	36 adolescentes
NACA	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS I	25 crianças/adolescentes
Unidade Social São Francisco	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS IV	68 crianças/adolescentes
Unidade Social Coopagro	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS III	43 crianças/adolescentes

Ação Social São Vicente de Paulo		X	- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS I	300 crianças/adolescentes
Aldeia Infantil Betesda		X	- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS IV	80 crianças/adolescentes
Casa de Maria		X	- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS II	450 crianças/ adolescentes
Centro Educação Infantil Ledi Maas		X	- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS I	40 crianças
Esc. Mun. Orlando Basei – Novo Sarandi	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS VI	40 crianças/adolescentes
Esc. Mun. Oswaldo Cruz – Vila Nova	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território CRAS VI	16 crianças
Esc. Mun. Anita Garibaldi SCFV – Circo da Alegria	X		- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes	PSB	Território do CRAS II	110 crianças/ adolescentes

FONTE: TOLEDO, Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2014 – 2017.

2.4.8.2 Proteção Social Especial de Média Complexidade

O Serviço de Proteção Social Especial é dividido conforme eixo de complexidade, sendo de Média e Alta Complexidade.

São considerados Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e individualizada, e/ou, acompanhamento sistemático e monitorado.

No município de Toledo tem-se 2 equipamentos que desenvolvem Serviços de Proteção Social de Média Complexidade, sendo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS I e CREAS II.

TABELA SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE GOVERNAMENTAIS

Programa	**Local onde é Prestado o Serviço**	**Objetivos**	**Público alvo/ Faixa etária dos atendidos**
- Liberdade Assistida;	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS I e CREAS II	- Prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento da medida socioeducativa de Liberdade Assistida;	Adolescentes e jovens de 12 a 21 anos.
- Prestação de Serviço à Comunidade;	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS I e CREAS II	- Prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento da medida socioeducativa de Prestação de Serviços à Comunidade;	Adolescentes e jovens de 12 a 21 anos.
- Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI; PAEFI – Criança e Adolescente.	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS I e CREAS II	- Fortalecer os vínculos familiares, contribuindo para o desempenho de sua função protetiva, bem como a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos;	Crianças e adolescentes de 0 à 18 anos incompletos
- Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI; PAEFI – Mulher e LGBTQIA+	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS I e CREAS II	- Elevação da autoestima, a ressignificação e superação da violência sofrida, bem como retomada do desenvolvimento emocional, afetivo, físico, sexual e social.	- Mulheres adultas em situação de violência doméstica e familiar, conforme preconiza a Lei Maria da Penha; - Pessoas LGBT+ adultas em situação em situação de

			violência Adultos de 18 à 59 anos
- Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI; PAEFI – Adulto e PCD	Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS I e CREAS II	- Fortalecer os vínculos familiares, contribuindo para o desempenho de sua função protetiva, bem como a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos;	Pessoas idosas e pessoas com deficiência
Serviço Especializado em Abordagem Social*	CREAS II	- Construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais;	- Crianças, adolescentes, jovens, adultos e famílias que utilizam espaços públicos como forma de moradia e para sobrevivência.

*O Serviço Especializado em Abordagem Social é realizado somente no CREAS II.
*FONTE: TOLEDO, Protocolo de Gestão – Centros de Referências Especializados de Assistência Social - 2021.

Dentro do Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade, Toledo ainda tem convênio com 02 (dois) equipamentos não governamentais para o desenvolvimento do Serviço, sendo a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Toledo (APAE) e (APADA).

TABELA 16 – SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NÃO GOVERNAMENTAIS

Serviço	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Público alvo/faixa etária
- Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas	APAE	O serviço tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento.	Pessoas com deficiência

- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias	APAE	Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.	Pessoas com deficiência

FONTE: TOLEDO, Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2014 – 2017.

2.4.8.3 Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade são aqueles que garantem proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário. No município de Toledo há 03 (três) equipamentos de natureza governamental, que desenvolvem o Serviço, sendo: Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I; Casa Abrigo Menino Jesus – Unidade I; e Casa Abrigo para Adolescentes.

TABELA SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Programa	Local onde é Prestado o Serviço	Objetivos	Público alvo/ Faixa etária dos atendidos
Acolhimento Institucional	Casa Abrigo Menino Jesus - Unidade I	Oferecer acolhimento provisório a crianças afastadas do convívio familiar em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.	Crianças e adolescentes de 06 a 12 anos
Acolhimento Institucional	Casa Abrigo Menino Jesus - Unidade II	Oferecer acolhimento provisório a crianças afastadas do convívio familiar em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.	Crianças de 0 a 06 anos
Acolhimento Institucional	Casa Abrigo para Adolescentes	Oferecer acolhimento provisório a crianças afastadas do convívio familiar em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.	Adolescentes de 12 a 18 anos

Programa Emancipar[9]	Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes	Oferecer aos adolescentes desligados do Serviço de acolhimento institucional exclusivamente em razão de completar 18 (dezoito) anos de idade, medida alternativa/complementar ao abrigamento com o objetivo de atender, através de transferência de renda, articulada com a oferta de serviços públicos.	18 à 21 anos
Programa Conviver	Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes	Proporcionar às crianças e adolescentes acolhidos vínculos externos à instituição para fins de convivência familiar e comunitária e colaboração com o seu desenvolvimento nos aspectos social, moral, físico, cognitivo, educacional e financeiro. O programa conta com o Projeto Conviver "Colaborador" e o Projeto Conviver "Afetivo".	12 a 18 anos incompletos

Fonte: TOLEDO, Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2014 – 2017. E Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

[9] Lei "R" Nº 120, de 23 de dezembro de 2021 – O Programa destina-se também à mulheres vítimas de violência doméstica.

CAPÍTULO 3

3. DIRETRIZES PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO

3.1 DIRETRIZES

O Plano Municipal segue as mesmas diretrizes estabelecidas no Plano Nacional[10], a fim de prezar pela mudança de paradigma do atendimento à criança e ao adolescente e efetivação do seu direito à convivência familiar e comunitária. As principais diretrizes que serão explanadas aqui, conforme texto a seguir.

a) Centralidade da família nas políticas públicas: O direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária está relacionado à inclusão social de suas famílias. A família é entendida como um grupo de pessoas com laços de consanguinidade, aliança, afinidade, afeto ou solidariedade. Os diversos arranjos familiares devem ser respeitados e reconhecidos como potencialmente capazes de cumprir as funções de proteção e socialização.

O direito das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária está relacionado à inclusão social de suas famílias. O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social está explícito no artigo 226 da Constituição Federal do Brasil, na Convenção sobre os Direitos da Criança, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Lei Orgânica da Assistência Social e na Declaração dos Direitos Humanos.

A família, independentemente do seu formato, é a mediadora das relações entre os sujeitos e a comunidade e geradora de modalidades comunitárias de vida. Diante das situações de risco social e vulnerabilidades vivenciadas pelas famílias brasileiras, principalmente devido às pressões geradas pelos processos de exclusão social e cultural, elas precisam ser apoiadas.

Esse apoio visa à superação de vulnerabilidades e riscos vividos por cada família, favorecendo e ampliando os recursos socioculturais, materiais, simbólicos e afetivos que contribuem para o fortalecimento desses vínculos.

A centralidade da família no âmbito das políticas públicas constitui-se em importante mecanismo para a efetiva garantia do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

b) Primazia da responsabilidade do Estado no fomento de políticas integradas de apoio à família: Em relação ao princípio da prioridade absoluta à garantia dos direitos da criança e do adolescente, o município deve ser responsável por oferecer serviços adequados e suficientes para prevenir e superar situações de violação de direitos. O apoio às famílias e seus membros deve ser implementado na articulação eficiente da rede de atendimento das diferentes políticas públicas, garantindo acesso à educação, saúde, geração de trabalho e renda, cultura, esporte e assistência social, entre outras.

Em situações de risco e fragilização dos vínculos familiares, as estratégias de cuidado devem favorecer a reconstrução das relações no grupo familiar. Também deve

[10] BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf. Acesso em: 23 ago de 2022.

ser garantido o apoio adequado às famílias em situação de vulnerabilidade específica. O município - em conjunto com os Governos Federal e Estadual - tem a responsabilidade de capacitar seus agentes e fiscalizar, fiscalizar e avaliar os serviços para garantir qualidade das políticas que apoiam as famílias.

c) Reconhecimento das competências da família na sua organização interna e na superação de suas dificuldades: As políticas especiais de promoção, proteção e defesa do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária devem reconhecer a família como um grupo social. A família é capaz de se organizar e reorganizar dentro de seu contexto e a partir de suas demandas e necessidades, bem como rever e reconstruir seus vínculos ameaçados.

O foco deve estar no empoderamento e no protagonismo das famílias. É fundamental potencializar as habilidades da família para enfrentar situações de sua vulnerabilidade. O mito de que o atendimento especializado em instituições de acolhimento e reabilitação é superior ao cuidado que a própria família pode oferecer, quando devidamente amparado por políticas públicas. É preciso reconhecer que a família tem capacidade de criar soluções para seus problemas. Também é preciso ouvir e respeitar as famílias, seus valores e crenças, criando com elas soluções adequadas ao contexto, coerentes com os direitos de seus integrantes e coerentes com as políticas sociais.

d) Respeito à diversidade étnico-cultural, à identidade e orientação sexuais, à eqüidade de gênero e às particularidades das condições físicas, sensoriais e mentais: O apoio às famílias deve ser pautado pelo respeito à diversidade dos arranjos familiares, às diferenças étnico-raciais e socioculturais, bem como à equidade de gênero. A defesa dos direitos de cidadania deve ter caráter universalista, considerando todos os atores sociais envolvidos no complexo das relações familiares e sociais.

O Estado deve dedicar atenção especial e garantir que crianças e adolescentes de comunidades e povos tradicionais, como comunidades remanescentes de quilombos e povos indígenas, recebam apoio e cuidado de base cultural. Atenção especial deve ser dada às pessoas com deficiência, transtornos mentais e/ou outras condições. Todas as ações contempladas neste Plano devem observar o princípio da não discriminação e levar em consideração as perspectivas de orientação sexual e gênero.

e) Fortalecimento da autonomia da criança, do adolescente e do jovem adulto na elaboração do seu projeto de vida: A criança e o adolescente são sujeitos de direitos, sendo necessário reconhecer suas habilidades, competências, interesses e necessidades específicas. Nos programas de Acolhimento Institucional, são disponibilizados espaços para a participação coletiva de crianças e adolescentes na busca conjunta de alternativas para melhorar o atendimento, contribuindo para que sejam sujeitos ativos nesse processo.

Atenção especial deve ser dada aos adolescentes em Acolhimento Institucional, especialmente aqueles cujas possibilidades de reintegração à família de origem tenham sido esgotadas. O serviço, nesses casos, deve perseverar no apoio ao fortalecimento dos vínculos comunitários, na qualificação profissional e na construção de um projeto de vida.

Os espaços públicos frequentados por crianças e adolescentes são instrumentos importantes para o exercício dos direitos de cidadania. Os espaços públicos podem estimular a criatividade no campo da ciência, das artes, da cultura e do esporte, bem como na formação de líderes infantis e juvenis. Os espaços públicos também podem ser utilizados para a formulação de políticas públicas.

f) Garantia dos princípios de excepcionalidade e provisoriedade do Acolhimento Institucional de crianças e de adolescentes: Qualquer medida de proteção que indique o afastamento da criança e do adolescente de seu contexto familiar, deve ser uma medida provisória e excepcional. A decisão sobre a separação é de grande responsabilidade e deve ser baseada em recomendação técnica. A realização deste estudo diagnóstico deve ser realizada em estreita articulação com a Justiça da Infância e Juventude.

A análise da situação evita danos ao desenvolvimento de crianças e adolescentes causados por separações repentinas, longas e desnecessárias. Quando for necessário o afastamento, devem ser envidados todos os esforços para reintegrar a criança ou adolescente à família de origem. A decisão pelo afastamento do poder familiar só deve ocorrer após um investimento eficiente na busca de recursos.

A situação de pobreza não é motivo suficiente para afastamento do convívio familiar e institucionalização de crianças e adolescentes. Em situações de pobreza, previstas na legislação, a família deve ser incluída obrigatoriamente em programas de assistência social. Os cuidados necessários devem ser prestados o mais próximo possível do domicílio, em regime ambulatorial ou mesmo no domicílio.

g) Reordenamento dos programas de Acolhimento Institucional: Reorganizar o serviço significa reorientar as redes pública e privada, que historicamente praticaram o regime de acolhimento, para se alinharem à mudança de paradigma proposta. Este novo paradigma elege a família como unidade básica da ação social e não mais vê a criança e o adolescente isolados do seu contexto familiar e comunitário.

O reordenamento dos programas de Acolhimento Institucional requer ações como: mudança no sistema de financiamento das entidades de acolhimento, eliminação de formas que incentivam a manutenção desnecessária de crianças e adolescentes em instituições e inclusão de recursos destinados ao trabalho de reintegração à família de origem, capacitação dos profissionais que atuam nos programas de Acolhimento Institucional, estabelecimento de indicadores qualitativos e quantitativos para avaliação dos programas, ênfase na prevenção do abandono e na qualificação da família.

No processo de reordenamento dos serviços de acolhimento institucional, em estreita articulação com a rede de serviços, devem alguns objetivos como: prevenção da quebra de vínculos, através do trabalho com famílias em situação de vulnerabilidade social e/ou com vínculos fragilizados, fortalecimento de vínculos, apoio e acompanhamento necessários às famílias de crianças e adolescentes abrigados.

h) Adoção centrada no interesse da criança e do adolescente: De acordo com o ECA, a colocação em família substituta é uma medida de proteção que visa garantir o direito fundamental da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária.

Toda criança e adolescente cujos pais são falecidos, desconhecidos ou privados do poder familiar tem o direito de crescer e se desenvolver em família substituta.

Não se trata mais de procurar “crianças” para preencher o perfil desejado pelos pretendentes. Trata-se de buscar famílias para crianças e adolescentes privados do convívio familiar. Isso pressupõe o investimento na conscientização da sociedade sobre esse direito da criança.

i) Controle social das políticas públicas: A participação popular, de caráter democrático e descentralizado, ocorre em todas as esferas de governo, abrangendo o processo de gestão. O controle estatal deve ser exercido pela sociedade na busca da

garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos. Avanços na organização e fortalecimento da participação da população são necessários.

A consolidação de novas representações e práticas das famílias e da sociedade sobre os direitos da criança e do adolescente deve ser pautada por uma mudança cultural. Cabe aos Conselhos Setorial e dos Direitos da Criança e do Adolescente, em um primeiro momento, apresentar-se à sociedade e estimular sua participação nos debates.

A mobilização da opinião pública constitui uma das diretrizes da política de atendimento delineada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A participação popular no processo de elaboração de propostas de leis orçamentárias pelo Executivo está expressamente prevista na Lei de Responsabilidade Fiscal e na Lei de Estatuto das Cidades.

3.2 OBJETIVOS DO PLANO

3.2.1 OBJETIVO GERAL

Orientar sobre a garantia do direito à Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento através da interface com as diversas políticas públicas e Sistema de Garantia de Direitos.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Ampliar, articular e integrar as diversas políticas, programas, projetos, serviços e ações de apoio sócio familiar para a promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária;
b) Discutir estratégias de ação junto aos profissionais da rede de atendimento socioassistencial, no sentido de fortalecer as relações familiares em detrimento do rompimento dos vínculos;
c) Assegurar que o Acolhimento Institucional seja efetivamente utilizado como medida de caráter excepcional e provisório, proporcionando atendimento individualizado, de qualidade e em pequenos grupos, bem como proceder ao reordenamento institucional das entidades para que sejam adequadas aos princípios, diretrizes e procedimentos estabelecidos no ECA;
d) Propor metas, para o período de 2022-2025, com vistas a garantir a qualidade no atendimento às crianças e adolescentes assegurando o direito à convivência familiar e comunitária;

3.3 METODOLOGIA

Para revisão do Plano foram realizadas reuniões de trabalho da Comissão Intersetorial de Convivência Familiar e Comunitária, com encontros periódicos. Nestes encontros foram definidos e solicitados os dados de responsabilidade de cada Política Pública e Sistema de Garantia de Direitos que deveriam constar bem como definido o índice. Definiu-se prazo para retorno das informações, onde a Comissão realizou a discussão e compilou os dados coletados. Com vistas ao alcance dos objetivos elencados no Plano, a Comissão definiu por expressar no Quadro de Metas ações a serem realizadas para o alcance dos objetivos. Considerando as discussões realizadas bem como o prazo dado pela comissão para apresentação do Plano, este será encaminhado ao CMDCA para apreciação e aprovação e posteriormente ao CMAS para apreciação.

CAPÍTULO 4

4. PLANO DE AÇÃO, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO

4.1 PLANO DE AÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO (2022 A 2025)

As propostas deste Plano foram embasadas nos eixos estratégicos apresentados no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2004), a saber: 1) Atendimento; 2) Marcos normativos e regulatórios, e sistemas de informação e 3) Mobilização, articulação e participação.

Nos quadros a seguir serão apresentadas as ações permanentes de curto, médio e longo prazos, relacionados ao direito à convivência familiar e comunitária de acordo com cada secretaria que atende ao público de crianças e adolescentes.

O conjunto das ações do Plano municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento será implementado nos próximos 4 anos (2022-2025), ficando estabelecidos os seguintes intervalos:

Curto Prazo: 2022 - 2023;
Médio Prazo: 2023 - 2024;
Longo Prazo: 2024 - 2025;
Ações permanentes: 2022 a 2025.

A seguir os objetivos e ações de cada eixo são resultados do trabalho da Comissão em articulação com a Rede de Proteção a fim de propor ações que possam garantir a prioridade absoluta da criança e do adolescente na agenda política.

4.2 QUADRO DE METAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR PARA COMPOR PLANO DE AÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR, COMUNITÁRIA E DE ACOLHIMENTO (2022 A 2025)

O quadro de metas foi elaborado de acordo com as informações de cada política pública ao que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes do município de Toledo, com o indicativo de: metas, ações, prazo e competência.

4.2.1 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

METAS	AÇÕES	PRAZO	COMPETÊNCIA
Desprecarizar os vínculos trabalhistas das equipes que atuam nos serviços socioassistenciais e na gestão do SUAS	- Realizar Concurso Público; - Garantir a ampliação do número de profissionais para compor as equipes de referência conforme a NOB-RH/SUAS para a Gestão e serviços socioassistenciais; - Garantir maior segurança, especialmente para as unidades de CRAS, CREAS e Serviços de Alta Complexidade, ações entre as quais: realizar articulação com a Guarda Municipal e contratar prestação de serviços de vigilância e monitoramento; - Implantar Projeto de Promoção de Saúde Mental aos Trabalhadores do SUAS; - Avaliar condições de trabalho por Técnico de Segurança do Trabalho; - Propor alteração salarial do cargo de coordenação dos serviços de alta complexidade;	Ações permanentes	Secretaria Municipal de Assistência Social; e Secretaria de Recursos Humanos.
Estruturar as áreas administrativas	- Implementar a Gestão do Trabalho;	Ações permanentes	Secretaria Municipal de Assistência Social; e

essenciais da SMAS	- Instituir um Departamento da PSE para a Média Complexidade e um para a Alta Complexidade; - Definir atribuições de cada departamento e setor conforme as diretrizes da NOB-RH/SUAS através da elaboração do Regimento Interno; - Garantir recursos humanos para os Departamentos da SMAS; - Implementar a Vigilância Socioassistencial conforme as diretrizes estabelecidas no SUAS; - Propor a inclusão da Secretaria de Assistência Social na Lei Municipal nº 16/2001 considerando o caráter Essencial da Política;		Secretaria de Recursos Humanos.
Estabelecer Política Municipal de Recursos Humanos para Trabalhadores do SUAS Municipal	- Manter planejamento e estratégias para atualização e novas inserções no Cadastro Único; - Realizar articulação entre Secretarias Municipais visando o fortalecimento das Políticas Sociais, com a utilização de indicadores do banco de dados do Cadastro Único, para implementação de novos programas, projetos e benefícios; - Manter o Banco de dados do Cadúnico como referência para subsidiar a decisão acerca de	Longo prazo	Secretaria Municipal de Assistência Social; e Secretaria de Recursos Humanos.

	reordenamentos e ampliações necessárias dos Serviços Socioassistenciais; -Assegurar a atualização/utilização do Cadastro Único para mensurar dados, fortalecendo o acesso e a qualificação referente a segurança socioassistencial, com equipe composta por servidores do Município nos CRAS e na Gestão do Cadastro Único;		
Implantar e implementar a Política Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores do SUAS.	- Definir critérios para viagens de capacitações externas aos Servidores públicos da SMAS; - Implementar as diretrizes da NOB-RH/SUAS no Município; - Implantar e implementar o Plano Municipal de Educação Permanente do SUAS: percursos formativos na Gestão do SUAS; Provimentos de Serviços e Benefícios Socioassistenciais e Controle Social do SUAS. - Efetivar o Programa de Educação Permanente e ampliar a oferta de cursos de educação permanente para os trabalhadores do SUAS, priorizando temáticas essenciais relacionadas às demandas dos serviços e referentes ao sistema de gestão da	Ações Permanentes	Secretaria Municipal de Assistência Social

	informação;		
Garantir estrutura física adequada e dotar de equipamentos as unidades da Secretaria Municipal de Assistência Social.	- Manter e aprimorar as estruturas físicas, equipamentos (móveis, eletrônicos, veículos, entre outros) e rede de acesso à internet para as unidades da SMAS; - Readequar os espaços físicos das unidades que desenvolvem os Serviços Socioassistenciais, prevendo acessibilidade de acordo com regras da legislação sobre condições éticas das categorias profissionais, as diretrizes das normas da ABNT, bem como as exigências da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros, conforme previsto no PPA, de forma a garantir melhores condições de atendimento; - Construir novas unidades para expansão dos Serviços Socioassistenciais governamentais (Casa de Passagem, Residência Inclusiva, CRASs e SMAS);	Ações Permanente s	Secretaria de Assistência Social
Manutenção do cofinanciamento para a Rede Socioassistencial	-Garantir o cofinanciamento dos Serviços Socioassistenciais Não Governamental de Proteção Social Básica e Especial e Média e Alta Complexidade. -Realizar monitoramento e análise de demandas para avaliar possível expansão de metas cofinanciadas nos	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social

	respectivos territórios.		
Fortalecer a intersetorialidade entre as Políticas Públicas no Município	- Participar de reuniões e eventos com as diversas políticas públicas setoriais visando o fortalecimento dos direitos sociais; - Contribuir para o acesso a informação acerca dos serviços e benefícios da Política de Assistência Social, observando a questão de acessibilidade de línguas e mídias visuais; - Realizar Campanhas em parcerias com outras Políticas; - Assegurar e estimular a participação de servidores em comissões intersetoriais.	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Acompanhamento familiar através do PAIF	- Identificar famílias prioritárias para inserção no acompanhamento familiar, entre as quais: beneficiárias de programas de transferência de renda, situação de risco social, famílias em situação de extrema pobreza e pobreza, entre outras; - Executar os programas e projetos vinculados ao PAIF; - Estudo para viabilização de implementação do Programa Renda Cidadã enquanto Política Pública de	Ações Permanentes	Secretaria Municipal de Assistência Social

	Erradicação da Extrema Pobreza no Município de Toledo, numa perspectiva de programa continuado; - Acompanhamento pelo PAIF das famílias com membros beneficiários do BPC: - Realização do mapeamento dos dados de atendimento no PAIF das famílias beneficiárias do BPC; Realização da busca ativa dos usuários; - Acompanhamento pelo PAIF das famílias beneficiárias de Programas de transferência de renda e benefícios eventuais: - Mapeamento dos dados de atendimento e avaliação das situações para inserção no acompanhamento; Identificar e definir indicadores de vulnerabilidades sociais; - Identificar o acesso a serviços das políticas públicas. - Concessão de acesso transporte gratuito para pessoas que residem distantes do CRAS de referência; -Manter e ampliar o atendimento e acompanhamento às pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social.		

Executar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV, fortalecendo e prevenindo ocorrências de situações de exclusão e risco social.	- Expansão da cobertura de atendimento e faixa etária: - Implantar Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para a faixa etária de 4 a 5 anos; - Implantar SCFV para adolescentes - Programa Projovem Adolescente nos distritos de Vila Nova, Novo Sarandi; - Realizar Diagnóstico Socioterritorial para subsidiar a o planejamento para implantação de SCFV nos territórios; - Ampliar a oferta e valor do benefício de transferência de renda para adolescentes dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos governamental; - Aprimorar a oferta de atividades lúdicas, esportivas e de formação profissional para usuários SCFV; - Contribuir com acesso aos Serviços através de transporte coletivo gratuito para usuários/as que residem distantes das unidades; - Convocar profissionais para formar as equipes de referência do SCFV; - Garantir o cofinanciamento da Rede Socioassistencial não governamental municipal para o Serviço de Convivência e Fortalecimento de	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social Rede Socioassistencial

	Vínculos para crianças e adolescentes; - Fortalecer o SCFV para pessoas idosas nos CERTIS; - Garantir transporte público gratuito para as pessoas idosas, com idade entre 60 e 64 anos, acessarem os CERTIs; - Fortalecimento de parcerias		
Acompanhamento Familiar e/ou individual através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI e Medida Socioeducativa.	- Ampliar o atendimento do PAEFI adulto para o público de Mulheres e População LGBTQIA+; - Ampliar as equipes dos CREAS para atender as demandas existentes; - Garantir o atendimento às crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil;	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social Rede Socioassistencial
Garantir e qualificar o atendimento realizado às crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas em situação de rua inseridas no serviço de acolhimento institucional	- Realizar ações de fortalecimento da Convivência Familiar e Comunitária; - Garantir estrutura física e recursos humanos para a execução do serviço de acolhimento institucional; - Priorizar o orçamento público para a garantia da proteção integral às crianças, adolescentes, idosos, pessoas	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social

	com deficiência, mulheres e pessoas em situação de rua durante o período em que estão inseridos no Serviço de Acolhimento Institucional; - Implantar Serviço de Acolhimento Institucional a Pessoa com Deficiência - Residência Inclusiva em âmbito municipal, com infraestrutura física e de equipamentos adequados e Recursos Humanos conforme NOB-RH/SUAS). - Implantar a Casa de Passagem Municipal para atendimento a Pessoas em Situação de Rua, com infraestrutura física e de equipamentos adequadas e Recursos Humanos conforme NOB-RH/SUAS. - Participar do Consórcio Intermunicipal para acolhimento institucional de mulheres vítimas de violência; - Garantir a ampliação da capacidade de atendimento na modalidade de acolhimento institucional para pessoas idosas, através de cofinanciamento e de credenciamento; -Manter o atendimento e acompanhamento de pessoas com deficiência em situação de violência		

	intrafamiliar.		
Executar o Programa "Conviver" relacionado ao apadrinhamento financeiro e afetivo	- Realizar capacitações para as equipes do acolhimento; - Realizar o acompanhamento do processo de inscrição, habilitação e execução do Programa; - Executar o Programa Conviver na modalidade de apadrinhamento afetivo;	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social Rede Socioassistencial
Executar o Programa "Emancipar" relacionado ao atendimento aos jovens egressos do Serviço de Acolhimento Institucional e mulheres vítimas de violência doméstica	- Garantir orçamento para a execução dos Programas; - Realizar capacitações para as equipes envolvidas na execução do Programa; - Ampliar o Programa Emancipar com a inclusão do público LGBTQIA+ vítima de violência; - Estabelecer fluxo de atendimento e acompanhamento e a relação com a rede; - Elaborar Plano de Acompanhamento dos beneficiários do Programa;	Ações Permanentes	Secretaria de Assistência Social

Implantar mais uma Unidade de Casa Abrigo para um público de 0 a 12 anos	- Garantir estrutura física adequada para a implantação de uma nova unidade; - Realizar a contratação de equipe para garantia do atendimento;	Primeiro trimestre de 2023	Secretaria de Assistência Social

4.2.2 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE SAÚDE

METAS	AÇÕES	VALOR E LINHA DE BASE	META PARA O PERÍODO DE 2022-2025	COMPETÊNCIA
Manter em 1 dígito a taxa de mortalidade infantil.	1- Monitorar o desenvolvimento das práticas das equipes de Atenção Primária, em relação ao cumprimento dos Protocolos implantados e aos fluxos e parâmetros de qualidade estabelecidos, em relação ao cuidado da criança. 2- Monitorar o desenvolvimento das práticas das equipes de Atenção Primária, em relação ao cumprimento dos Protocolos implantados e aos fluxos e parâmetros de qualidade estabelecidos, em relação ao cuidado da gestação. 3- Manter de forma ativa o comitê de investigação do óbito materno/infantil no município. 4- Oportunizar a participação dos diversos setores da secretaria de saúde nos comitês de investigação do óbito materno e infantil. 5- Desenvolver ações adequadas para o monitoramento da situação vacinal da criança. 6- Realizar o acompanhamento da criança, através das ações de puericultura. 7- Incentivar a prática do aleitamento materno.	7,59 - 2020	9 (1 dígito)	SMS, SESA, CISCOPAR e HOESP
Implementar 100% da linha de cuidado da saúde da Criança nas unidades básicas de saúde.	1- Organizar o processo de trabalho da equipe para o cumprimento da linha guia de cuidado à saúde da criança. 2- Monitorar as equipes/unidades de saúde quanto ao desenvolvimento da presente ação.	100% - 2020	100%	SMS e CISCOPAR

Realizar visita domiciliar em no mínimo 5% dos recém-nascidos até o 5° dia após o nascimento	1- Organizar a rotina de trabalho do profissional, para realizar as visitas domiciliares aos recém-nascidos, no tempo previsto. 2- Criar estratégia junto a gestante para que a mesma, ou algum familiar, informe a equipe sobre o nascimento do bebê.	0,40% - 2020	5%	SMS
Realizar 7 consultas de puericultura no primeiro ano de vida da criança.	1- Realizar o agendamento prévio de todas as consultas do pré-natal, conforme disponibilidade da gestante e equipe. 2- Realizar a identificação precoce de gestantes para dar início ao acompanhamento e pré-natal. 3- Realizar busca ativa no domicílio de faltosas e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados. 4- Orientar a gestante sobre o Programa Mãe Dedicada e os critérios para ter direito a esse benefício, bem como, onde solicitar a sua inclusão para recebimento.	93,17% - 2020	95%	SMS
Manter abaixo de 5% o número de crianças menores de 02 anos com atraso vacinal.	1- Verificar a situação vacinal, em todas as ações desenvolvidas pela equipe, visando a adequada cobertura vacinal, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações. 2- Realizar a busca ativa dos faltosos, para o esquema vacinal e consultas. 3- Realizar orientações a cada atendimento realizado aos usuários, quanto a importância da imunização.	S/ linha de base	5%	SMS
	1- Desenvolver ações educativas em parceria com as Escolas, em especial, através das ações do Programa Saúde na Escola. 2- Capacitação dos profissionais para o acolhimento adequado desse público.	7,1 - 2020	9,99 (1 dígito)	SMS

Manter abaixo de 10% o percentual de gravidez na adolescência.	3- Incentivar a realização do planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde, disponibilizando métodos contraceptivos, conforme a necessidade desse público. 4- Realizar capacitação técnica sobre anticoncepção na adolescência.			
Ofertar anualmente, no mínimo 1 consulta odontológica, por ano, para crianças e adolescentes.	1- Realizar avaliação de saúde bucal, como parte das ações do PSE, e encaminhar para tratamento odontológico, aqueles os quais se identifique tal necessidade; 2- Implantar protocolo de atenção em saúde bucal. 3- Realizar novas contratações; 4- Realizar capacitações em saúde bucal infantil para a Rede.	11,5% - 2019	12%	SMS
Realizar capacitação às equipes de ESFs e EAPs, quanto a saúde nutricional para crianças e adolescentes.	1- Realizar capacitação sobre a Saúde Nutricional de Crianças e Adolescentes que aborde a importância do acompanhamento e orientação dos pais e/ou responsáveis. 2- Realizar uma ação intersetorial para a identificação de crianças em situação de sobrepeso e obesidade e conscientização sobre práticas de alimentação saudável.	2021-00	8	SMS
Acompanhar 30% das crianças em idade escolar (0 a 10 anos) identificada em situação de sobrepeso e obesidade do Território assistido, matriculadas na Rede Municipal de Ensino.	1- Realizar avaliação antropométrica das crianças menores de 10 anos matriculadas nas escolas municipais 2- Realizar identificação de crianças em situação de sobrepeso e obesidade, matriculadas na rede municipal de ensino, para o devido acompanhamento. 3- Elaborar plano de ação compartilhado para o acompanhamento.	2.334 crianças identificadas - 2019	30%	SMS

Alcançar, em pelo menos 75% de cobertura das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade.	1- Garantir distribuição de imunizantes em todas as unidades Básicas de saúde com rotina de supervisão do setor responsável; 2- Intensificar divulgação das campanhas de vacina nacionais em mídias sociais, buscando parcerias; 3- Intensificar busca ativa de vacinas em atraso através de visitas de Agentes Comunitários de Saúde, contato telefônico e durante atendimentos nos serviços de saúde (UBS, PA, CAPS, FCIA, Etc...); 4- Sensibilizar a população sobre importância da vacinação na erradicação e/ou redução de doenças; 5- Promover a integração entre secretaria de educação e saúde apoiando e orientando na identificação de vacinas em atraso (PSE) 6- Retomar a discussão com o Conselho Municipal de Educação sobre o cumprimento da lei estadual nº10.202/2018.	00 - 2020	75%	SMS
Manter em 0 a incidência de aids em menores de 5 anos.	1- Garantir capacitação para que todos os profissionais realizem testes rápidos nas unidades de saúde e pronto atendimentos; 2- Garantir distribuição uniforme de testes rápidos para todas as unidades Básicas de saúde, pronto atendimentos e maternidades; 3- Sensibilizar população em geral sobre importância da testagem na rotina ou após exposição a situação de risco; 4- Garantir testagem às gestantes nos três trimestres gestacionais, e parceiros no primeiro trimestre, realizando busca ativa dos faltosos; 5- Reforçar os cuidados sobre a transmissão vertical.	0 - 2020	0	SMS, SESA e CISCOPAR

Manter em zero o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	1- Garantir capacitação para que todos os profissionais realizem testes rápidos nas unidades de saúde e pronto atendimentos; 2- Garantir distribuição uniforme de testes rápidos para todas as unidades Básicas de saúde, pronto atendimentos e maternidades; 3- Sensibilizar população em geral sobre importância da testagem na rotina ou após exposição a situação de risco; 4- Garantir testagem às gestantes nos três trimestres gestacionais, e parceiros no primeiro trimestre, realizando busca ativa dos faltosos; 5- Garantir capacitação aos profissionais médicos e enfermeiros no que se refere a interpretação de exames, tratamento, monitoramento das titulações e situações que indicam necessidade de retratamento; 6- Realizar busca ativa das gestantes para verificação da titulação e acompanhar o tratamento; 7- Intensificar o estadiamento das crianças nascidas de mães com sífilis após o nascimento, conforme protocolo vigente; 8- Garantir aplicação de penicilina em todas as unidades básicas de saúde e pronto atendimentos; 9- Reforçar as ações de IST's nas populações de risco, como imigrantes haitianos e senegaleses.	0 - 2020	0	SMS e CISCOPAR
Reduzir em 80% o número de crianças aguardando em fila de espera para acolhimento do CAPS i, até 2025.	1- Organizar processo de trabalho otimizando o atendimento para diminuir fila de espera. 2- Fazer gestão da fila de espera, qualificando-a de forma regular, conforme programação da equipe. 3- Elaborar Plano de Cuidado, juntamente com o paciente e equipe da UBS do seu território de residência, para o devido acompanhamento e monitoramento pela equipe da APS, através do matriciamento às equipes da APS. 4- Desenvolver ações para otimizar o acolhimento dos	118 – Set/2021	24	SMS

	pacientes em fila de espera. 5- Desenvolver ações intersetoriais para promoção de saúde mental. 6- Realizar o levantamento da capacidade instalada e a demanda existente para o serviço.			
Reduzir em 60% o número de crianças e adolescentes aguardando em fila de espera para atendimento de Psicologia e Psiquiatria no Ambulatório de Saúde Mental, até 2025.	1- Organizar processo de trabalho otimizando o atendimento para diminuir fila de espera. 2- Fazer gestão da fila de espera, qualificando-a de forma regular, conforme programação da equipe. 3- Elaborar Plano de Cuidado, juntamente com o paciente e equipe da UBS do seu território de residência, para o devido acompanhamento e monitoramento pela equipe da APS, através do matriciamento às equipes da APS. 4- Desenvolver ações para otimizar o acolhimento dos pacientes em fila de espera. 5- Desenvolver ações intersetoriais para promoção de saúde mental. 6- Realizar o levantamento da capacidade instalada e a demanda existente para o serviço. 7- Avaliar parcerias público-privada com universidades. 8- Avaliar a implantação de terapias em grupos.	399 – dez/2020	159	SMS
Manter acima de 80% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil	1- Realizar a identificação dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil no território de atuação das equipes de APS. 2- Ofertar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde aos grupos específicos, conforme estabelecido pelo Programa. 3- Disponibilizar aos profissionais da APS o mapa de acompanhamento. 4- Capacitação dos profissionais em relação aos critérios de manutenção do vínculo do programa.	70,98% - 2020	85%	SMS

Promover ações de qualificação aos profissionais da rede de saúde, para a notificação da violência doméstica, sexual, trabalho infantil e outras formas de violência, contra crianças e adolescentes.	1- Retomar as ações Educativas realizadas pelo Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz no município de Toledo, junto aos profissionais da rede Intersetorial. 2- Promover ações com os profissionais da rede de saúde para a identificação de violências e a notificação, conforme estabelece a Normativa nº 05/2020, da prefeitura de Toledo	00 - 2020	5%	SMS

4.2.3 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE EDUCAÇÃO

METAS	AÇÕES	PRAZO	COMPETÊNCIA
Universalizar, a Educação Infantil modalidade Pré-Escola e ampliar a oferta de Educação Infantil modalidade Creche, de modo a atender 50% da população Municipal de 0 a 03 anos.	- Ampliar a oferta de vagas na Educação Infantil, modalidades Creche e Pré-Escola, através da construção de Centros Municipais de Educação Infantil de forma a atender, 50% da população de 0 a 03 anos, e de 100% na Pré-Escola, a partir de 2016. - Aderir a proposta de Educação Infantil 100% inclusiva nas modalidades Creche e Pré Escola dentro da proposta de educação como direito de todos, garantindo Professor de Apoio a Diversidade e Inclusão- PADI conforme normativas para esse serviço de apoio. - Assegurar o acesso ao transporte escolar da zona rural, para crianças da Educação Infantil, com veículos adequados para o atendimento a esta faixa etária, e com monitor para acompanhar durante o trajeto. - Estabelecer programas de incentivo à execução da Lei de Responsabilidade Social em Creches e Pré -Escolas, estabelecendo parcerias com empresas, nos	Ação Continuada	Governos Municipal, e Federal e SMED.

	termos da legislação vigente. - Complementar a ação da família, articulando, na Educação Infantil, as funções de educar e cuidar. - Promover ações continuadas e permanentes de educação alimentar e nutricional e manter alimentaçãosaudável para as crianças em estabelecimentos públicos e conveniados, devendo as refeições principais ser preparadas nos CMEIs, por profissionais concursados, com devido acompanhamento nutricional. - Assegurar a criação de APMF's nos CMEIs e manter os Conselhos Escolares nas Instituições de Educação Infantil garantindo os princípios da gestão democrática. - Garantir o fornecimento de materiais pedagógicos adequados às faixas etárias e às necessidades do trabalho educacional das modalidades Creche e Pré -Escola. - Promover ações em regime de colaboração que visem à efetivação de programas federais voltados à construção, reestruturação e aquisição de equipamentos às instituições que ofertam a Educação Infantil, a fim de ampliar o acesso a essa etapa da Educação Básica.		

Manter, através de normas complementares e normativa administrativa, a definição da jornada diária de atendimento nos CMEIS com calendário escolar que assegure datas para Reflexões Pedagógicas, Conselhos de Classe e Formação Continuada na Educação Infantil, modalidades Creche e Pré-Escola	- Garantir que todas as escolas e CMEIs do Município elaborem e/ou implementem suas Propostas Pedagógicas, observando os documentos norteadores, o Calendário Escolar e o Plano de Ação de cada instituição, estimulando a efetiva participação de todos os membros da comunidade escolar. - Assegurar a continuidade da proposta avaliativa descritiva na Educação Infantil, em especial na modalidade Creche, que tenha característica diagnóstica e de acompanhamento do processo, com objetivo de analisar a forma como a criança progride na elaboração do conhecimento, fomentando as discussões pedagógicas nos Conselhos de Classe	Ação Continuada	SMED, Conselho Municipal de Educação - CME e Instituições educativas.
Manter e implementar critérios de qualidade no cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas na proposta pedagógica para o Ensino Fundamental, com ações de integração e de continuidade entre os Sistemas de Ensino	- Monitorar, em regime de colaboração, o acesso, a permanência e a aprendizagem dos alunos matriculados nas instituições de ensino, identificando motivos de ausência, baixa frequência e evasão escolar. - Promover a busca ativa de todas as crianças fora da Instituição de Ensino. - Articular com órgãos	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE

	responsáveis pelas áreas da Saúde e da Educação, o atendimento a estudantes da Rede Escolar Pública de Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.		
Alfabetizar todas as crianças no máximo até o final do 2º ano e garantir o acesso, a permanência e o sucesso na aprendizagem a todas as crianças e alunos no Ensino Fundamental.	- Estruturar o Ensino Fundamental de Nove Anos, considerando a organização do Ciclo de Alfabetização com duração de dois anos, garantindo a alfabetização de todas as crianças, até o final do terceiro ano/Anos Iniciais; - Reorganizar a Proposta Curricular da Educação Infantil, do Ensino Fundamental de 9 anos e da avaliação, a partir dos estudos realizados na Formação Continuada, grupos de estudos, Conselho de Classe, Semana Pedagógica. - Adequar, de acordo com a demanda, a estrutura física, o mobiliário, os materiais pedagógicos e prover profissional efetivo nas bibliotecas das instituições de ensino, para atendimento ao Ensino Fundamental de 9 anos;	Ação Continuada	Governos Federal, Estadual e Municipal

	- Garantir Laboratório de Tecnologias Educacionais, manutenção e atualização dos equipamentos, nas instituições de ensino das Redes Municipal, Estadual e Privada, para que sejam atendidos, no máximo, dois alunos por equipamento - Estabelecer o número máximo de vinte e cinco alunos por turma, especificamente nas de 3º Ano do Ciclo de Alfabetização/Anos Iniciais		
Assegurar que as instituições de ensino de todos os níveis e modalidades, públicas e privadas do Município de Toledo, elaborem e realizem Programa de Formação Continuada para professoras/es da sua instituição, sob o princípio da "Formação Cidadã/Educação Inclusiva", com subsídios teórico-didáticos para atendimento aos educandos com necessidades educacionais específicas.	- Introduzir e garantir o estudo de direitos humanos, Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS, noções do Sistema Braille, Sorobã, orientação e mobilidade, atividades de vida diária e prática, estimulação visual e estratégias pedagógicas inclusivas (metodologia) nos currículos dos cursos de pedagogia, das licenciaturas, do Ensino Médio na modalidade normal e na formação de professoras/es que atuam na Educação Superior.	Ação Continuada	Coordenações de cursos das universidades, Promotoria da Educação, NRE/SEED, SMED gestores das instituições de ensino públicas e privadas.
Assegurar a elaboração e implantação de Programa de "Educação Bilíngue" nas instituições de Ensino Comum Inclusivas	- Implantar em parceria com as instituições especializadas, o ensino da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS para os alunos com surdez, ouvintes e comunidade escolar, mediante	Ação Continuada	Governos Federal, Estadual e Municipal, Universidades, NRE/SEED e SMED.

	Programa de Formação de Professoras/es ou Instrutores de LIBRAS, bem como, de nível básico para formação de Professoras/es/as do Ensino Comum. - - -Implantar os serviços de ensino e interpretação bilíngue (Língua Portuguesa - modalidade escrita e LIBRAS) através da contratação de profissionais: Professor "Intérprete de LIBRAS" e Professor "Instrutor de LIBRAS", para os/as educandos/as e a/as instituições de ensino onde os alunos com surdez estiverem matriculados, nos termos da Lei, selecionados via avaliação com prova prática. - Prever ações e serviços necessários para a operacionalização da Escola Bilíngue nas instituições do Município de Toledo (de acordo com seus Projetos Políticos Pedagógicos - PPPs), onde haja educandos com surdez.		
Assegurar a implantação de Programas Permanentes de Ações Inclusivas ou Programas de Acessibilidade próprios para cada instituição de ensino públicas e privadas no Município.	- Prover serviço pedagógico especializado, nas instituições de ensino, que tenham matriculados educandos, público alvo da Educação Especial, para todas as suas etapas, níveis e modalidades, garantido pelos seus respectivos mantenedores e descrito no PPP de cada instituição, para o atendimento	Ação Continuada	Governo Federal, Estadual (SEED), Municipal (SMED) e instituições públicas e privadas.

	aos educandos com Deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades ou Superdotação, com no mínimo professoras/es habilitados na área da docência e Educação Especial, nos termos da Lei. - Criar Programa de atendimento aos alunos da Rede de Ensino com Altas Habilidades ou Superdotação, conforme normas dos Sistemas de Ensino. - Exigir que todas as instituições de ensino público e privado tenham Projeto de Atendimento às necessidades específicas dos educandos ("Enriquecimento Curricular, Aceleração e Suplementação"), contemplados nos PPPs, em todos os seus níveis, etapas e modalidades de ensino ofertadas. - Implementar o acervo das bibliotecas escolares com livros didáticos falados, em Braile e em caracteres ampliados, para todos os alunos cegos e para os de visão subnormal da Educação Infantil e Ensino Fundamental da Rede de Ensino e para os demais alunos, adquiridos pelo poder público e instituições privadas.		

	- Garantir, a ampliação de Atendimento Educacional Especializado - AEE e/ou apoio educacional aos alunos incluídos com necessidades educacionais específicas, como um dos suportes pedagógicos ao professor do Ensino Regular/Comum em sala de aula, pelos órgãos competentes. - Garantir por meios legais, transporte escolar público aos estudantes que apresentem dificuldades de locomoção, mediante a aquisição de veículos adaptados às necessidades e especificidades dos passageiros ou por meio de contratos firmados entre poder público e concessionárias contratadas para esse fim. - Garantir em Lei, a presença de acompanhante, no transporte escolar para os educandos da rede pública, indicada a necessidade por equipe multiprofissional (responsável pelo educando), em protocolo próprio para esse fim. - Implementar a aplicação de testes de acuidade visual e auditiva em todas as instituições e modalidades de		

	ensino da Rede Pública Municipal, por profissional especializado e/ou capacitado para desenvolver esta ação. - Proceder a avaliação dos alunos de classes especiais, oriundos de outros sistemas de ensino, incluindo estes educandos em série/ano do Ensino Comum, considerando sua paridade etária, criando alternativas pedagógicas, dinamizando o processo de aprendizagem. - Estimular a convivência social na comunidade, de pessoas com Deficiência e/ou Transtornos do Espectro Autista, por meio de estratégias de comunicação e de atividades inclusivas comunitárias. - Criar e manter o Funcionamento do CIPE - Centro Integrado de Políticas Educacionais "Professora Maria Iaschombek Doege", no qual são desenvolvidos os Núcleos de Atendimentos Educacionais Especializados: Núcleo de Atendimento Educacional Especializado para Educação Infantil (NAEE – Educação Infantil), que atende crianças matriculadas na educação infantil nos CMEIs e escolas municipais, para atendimento educacional especializado		

	e estimulação precoce. E o Núcleo de Atendimento Educacional Especializado para alunos com Transtorno do Espectro Autista (NAE-TEA), matriculados nos anos iniciais do Ensino Fundamental com laudo de TEA e comprometimento moderado ou grave. Também são ofertados neste espaço, oficinas de Contraturno Escolar, voltadas à Cultura e Arte, Esporte, Robótica Educacional e Tecnologias para crianças e adolescentes matriculados nas escolas municipais. - Criar normativa que garanta o direito a especificidade de acesso para as avaliações como Prova Brasil, Provinha Brasil, SAEB, SAEP, avaliações municipais entre outras. Adaptações, tais como o direito a "Ledores" ou "Intérpretes de LIBRAS", "provas ampliadas" e "provas em Braille" para educandos que apresentem necessidade comprovada. - Oferecer flexibilização curricular nas instituições de ensino do Município de Toledo e processos de avaliação adequados, previstas nos PPPs de cada instituição, observadas as necessidades educacionais específicas para modalidade da "Educação Especial Domiciliar". - Fiscalizar as instituições de		

	ensino em relação à existência do plano de ações inclusivas, as adequações de acessibilidade física da escola, a existência no PPP de previsão de adequações curriculares e o registro da necessidade de projetos específicos de adequação curricular. - Prever nos PPPs de cada instituição escolar o "Plano de Ações Inclusivas" que contemple a elaboração, execução e análise do Plano de Atendimento Individual e os "Serviços Educacionais Especializados" conforme legislação.		
Criar banco de dados com registros estatísticos dos educandos matriculados no Ensino Comum em relação ao Ensino de Educação Especial - Modalidade Substitutiva, tendo em vista a Política Pública de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva.	- Realizar coleta de dados dos Sistemas de Ensino do Município de Toledo (PR), referentes à quantidade de educandos com deficiência, Transtornos Globais do - Desenvolvimento e/ou Altas habilidades/Superdotação, bem como se estão matriculados na escola comum ou nas escolas especiais, de instituições públicas e privadas de todos os níveis, etapas e modalidades de ensino. - Monitorar dados da execução dos Programas de Acessibilidade e Segurança previsto em legislação, referentes aos educandos com deficiência, Transtorno do	Ação Continuada	Governos Estadual, Municipal e instituições de ensino públicas e privadas.

	Espectro Autista e/ou Altas Habilidades/Superdotação, instituições de ensino de todos os níveis, etapas e modalidades.		
Ampliar gradativamente, até 2024, a Educação em Tempo Integral para, no mínimo, 50% das escolas públicas, para atender, pelo menos, 25% dos alunos da Educação Básica	- Ampliar gradativamente o número de turmas e de Instituições escolares na oferta da Educação em Tempo Integral. - Garantir a construção de prédios com padrão arquitetônico e mobiliário adequado para o atendimento da Educação em Tempo Integral. -Aplicar avaliação para os alunos da Educação Integral, através de instrumento unificado, abrangendo conhecimentos relacionados à Língua Portuguesa, Matemática e conhecimentos gerais, a partir de estudos realizados nos encontros da Comissão de Estudos da Educação em Tempo Integral. - Fomentar a articulação da escola com os diferentes espaços educativos, culturais e esportivos, e com equipamentos públicos, como bibliotecas, museu, parques, teatro, aquário, cinema e planetário.	Ação Continuada	Governo Federal, Estadual e Municipal.

Garantir profissionais especializados na Educação em Tempo Integral e fortalecer as ações da rede de atendimento na orientação e apoio às famílias, com foco no desenvolvimento integral do educando	- Manter nutricionista permanente para atender a demanda da Educação em Tempo Integral. - Realizar reuniões periódicas envolvendo toda a rede de atendimento na orientação e apoio às famílias. - Organizar projetos educacionais que envolvam a família no espaço escolar.	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE e as Instituições de Educação Integral
Desenvolver projetos e programas de formação de Educação Ambiental, voltados à proteção, recuperação e melhoria socioambiental.	- Realizar prática educativa, integrada e permanente em todos os níveis e modalidades de ensino. - Realizar Eventos de sensibilização ambiental em todos os níveis e modalidades de ensino e educação da rede pública e privada. - Adquirir material de apoio didático, pedagógico para o desenvolvimento da Educação Ambiental. - Fomentar estudos com professoras/es/as das redes públicas, para a produção de materiais	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE, Instituições de Educação Superior, IAP, EMATER, SEMA, Empresas Públicas e Privadas, Instituto das Águas, SMMA, CMMA, Comitê Gestor Municipal, Comitê Gestor da BP.

	didáticos como apoio nas aulas de Educação Ambiental. - Fortalecer e apoiar projetos e programas de Educação Ambiental em todos os níveis e modalidades de ensino e educação.		
Implementar ações de Educação Alimentar e Nutricional, de prática contínua e permanente, estimulando a adoção voluntária de escolhas alimentares saudáveis	- Promover a formação de multiplicadores em Educação Alimentar e Nutricional, com representante de cada Instituição de Ensino. - Implantar e manter hortas escolares, tendo o alimento como ferramenta pedagógica - Realizar oficinas culinárias que favoreçam os hábitos regionais e culturais saudáveis - Inserir a Educação Alimentar e Nutricional no Projeto Político Pedagógico das escolas e CMEIs.	Ação Continuada	SMED e Cozinha Social.
Elevar a taxa de alfabetização da população com 15 anos, ou mais, para	- Garantir a continuidade do atendimento às pessoas não	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE, Coordenação da EJA Fase I, FASE II e Paraná

além de 95,4% no Município de Toledo	alfabetizadas, assegurando nas escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio a oferta da modalidade de alfabetização, a Fase I e a Fase II de ensino e de exames para Jovens e Adultos, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação. - Ofertar material didático-pedagógico, transporte, atividades culturais e visitas técnicas de estudo, adequados à demanda para a FASE I, de forma a incentivar a permanência e o sucesso dos alunos na escola.		Alfabetizado.
Erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional no Município.	- Realizar levantamento, avaliação e divulgação de experiências em alfabetização de jovens e adultos, que constituam referência para os agentes integrados ao esforço Municipal de erradicação do analfabetismo, em parceria com as instituições envolvidas na modalidade. - Mapear, por meio de Censo Educacional, nos termos do Art. 5º, § 1º da LDB, a população que não teve acesso ao Ensino Regular, visando localizar e induzir a demanda para programas de oferta da Educação de Jovens e Adultos.	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE, Coordenação da EJA Fase I, FASE II e Paraná Alfabetizado.

	- Estimular o acesso do aluno jovem e adulto aos demais níveis ou modalidades do Ensino Básico e profissionalizante.		
Implementar ações de alfabetização de jovens, adultos e idosos, com garantia de continuidade da escolarização básica	- Garantir às pessoas com deficiência o acesso e permanência às etapas da Educação de Jovens e Adultos, bem como a inclusão assistida conforme legislação vigente. - Manter Atendimento Psicopedagógico e Educacional Especializado, bem como apoio pedagógico aos alunos da EJA, de acordo com a demanda e a necessidade desta modalidade. - Estabelecer políticas que facilitem parcerias para o aproveitamento dos espaços ociosos existentes na comunidade, para a Educação de Jovens e Adultos. - Apoiar as universidades na oferta de cursos dirigidos à pessoa idosa. - Articular as políticas de Educação de Jovens e Adultos com as	Ação Continuada	SMED, SEED/NRE.

	de proteção contra o desemprego e de geração de empregos, garantindo a flexibilização de horários para o aperfeiçoamento. - Articular as políticas de Educação de Jovens e Adultos com as culturais, de modo que os estudantes sejam beneficiários de ações que permitam ampliar seus horizontes culturais. - Garantir que, nos locais onde a Educação de Jovens e Adultos funciona à noite, haja a presença da guarda Municipal, durante o período de aula, para a segurança do local, preservando a integridade física das pessoas que estão envolvidas no processo de ensinar e aprender. - Assegurar a continuidade do atendimento aos adolescentes e jovens em conflito com a lei, nos programas de Educação de Jovens e Adultos, em nível Fundamental e Médio, assim como de formação profissional.		

4.2.4 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE CULTURA

METAS	AÇÕES	PRAZO	COMPETÊNCIA
Ampliar os espaços para realização de atividades artísticas culturais no município.	Viabilizar a construção de um espaço para o desenvolvimento de atividades artísticas culturais, anexo à Casa da Cultura.	2022 - 2026	Secretaria da Cultura, Secretaria de Planejamento e Gabinete do Prefeito
Ampliar o atendimento de crianças e adolescentes nos projetos da Secretaria Municipal da Cultura.	Convocação de novos servidores.	Ação continuada	Secretaria da Cultura e Secretaria de Recursos Humanos
Manter o registro atualizado de crianças e adolescentes participantes dos cursos.	Manter base de dados atualizada de crianças e adolescentes praticantes de atividades artísticas culturais.	Ação continuada	Secretaria da Cultura
Atender crianças e adolescentes com deficiência em atividades culturais	Desenvolver ações de inclusão para Crianças e adolescente com deficiência	Ação continuada	Secretaria da Cultura
Promover a capacitação de profissionais no atendimento com crianças e adolescentes com deficiência.	Promover a capacitação dos profissionais da Secretaria para atendimento às crianças com deficiência.	Ação continuada	Secretaria da Cultura
Ampliar o atendimento de crianças e adolescentes nos eventos da Secretaria Municipal da Cultura.	Realizar festivais e mostras das diversas linguagens culturais	Ação continuada	Secretaria da Cultura

4.2.5 QUADRO DE METAS - POLÍTICA DE ESPORTES E LAZER

METAS	AÇÕES	PRAZO	COMPETÊNCIA
- Oferecer estrutura física adequada a prática esportiva	- reforma e adequação dos ginásios de esportes do município e interior - manutenção de espaços da SMEL como Centro de Artes Marciais, Centro Olímpico Arnold Bohnen - Finalização do CIE - Centro de Iniciação ao Esporte	- ação contínua - ação contínua - previsão de finalização em março/2023	- Sec. de Esportes e Lazer - SEc. de Esportes e Lazer - Sec. de Esportes e Lazer
- capacitar os técnicos desportivos e demais profissionais que atuam dentro da SMEL a fim de suprir as necessidades dos menores atendidos	- oferecer anualmente curso de capacitação para os técnicos desportivos	- ação contínua	- Sec. de Esportes e Lazer
- Garantir o desenvolvimento dos Programas que envolvem diretamente a iniciação esportiva	- Manter o programa Escola de Esportes	- ação contínua	- Sec. de Educação e Sec. de Esportes e Lazer

4.2.6 QUADRO DE METAS - POLÍTICAS PARA INFÂNCIA, JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (SMDH)

METAS	AÇÕES	PRAZO	COMPETÊNCIA
Oferecer estrutura física adequada ao desenvolvimento de projetos para juventude.	Realizar reformas e melhorias nos Centros da Juventude.	Médio e longo prazo.	SMDH
Elaborar o Plano Municipal da Juventude.	Realizar uma pesquisa de perfil da juventude do Município de Toledo e escrever o plano municipal da juventude em conjunto com o Conselho.	Médio e longo prazo.	SMDH e COMJUTO
Garantir o desenvolvimento de atividades e ações em distritos do Município de Toledo.	Ofertar cursos descentralizados nos distritos do município de Toledo.	Médio e longo prazo.	SMDH
Incentivo ao ingresso no ensino superior público e gratuito.	Disponibilizar espaços alternativos para a juventude.	Longo prazo	SMDH e Centros da Juventude.
Realizar parcerias para proporcionar emancipação pessoal e profissional.	Disponibilizar gratuitamente cursos preparatórios para ensino superior.	Contínuo	SMDH
Fortalecer e propor ações pontuais de prevenção ao uso e abuso de drogas.	Realizar palestras educativas.	Contínuo	Centros da Juventude.
Sistematização e padronização de dados e nos Centros da Juventude	Desenvolver um banco de dados específico para os centros da juventude.	Longo prazo	SMDH e Centros da Juventude.

atendimento, acompanhamento e encaminhamento dos jovens para outras políticas.	Reuniões periódicas com equipes multiprofissionais das demais políticas.	Contínuo	Centros da Juventude.
Desenvolver a Política de Juventude de forma transversal com ações intersetoriais com demais secretarias.	Promover programas, projetos e ações interagindo com outras secretarias na elaboração e execução.	Contínuo	SMDH
Proporcionar contato e troca de experiências entre jovens de vários municípios, participantes do Programa Centro da Juventude.	Realizar intercâmbio entre Centros da Juventude.	Médio prazo.	Centros da Juventude.
Garantir espaço de participação e controle social da política pública de juventude.	Garantir a participação de jovens no Conselho Municipal da Juventude.	Curto prazo.	SMDH e Centros da Juventude.
Proporcionar a execução do Programa Bolsa Agente de Cidadania.	Garantir o alcance máximo das vagas do Programa conforme capacidade dos profissionais envolvidos.	Longo prazo	SMDH e Centros da Juventude.
Proporcionar a convivência familiar e comunitária para os jovens.	Realizar eventos e ações temáticas em conjunto com a família.	Contínuo	Centros da Juventude.
Garantir a execução do Programa Centro da Juventude.	Garantir atividades esportivas, artísticas, culturais, profissionalizantes e de cidadania.	Contínuo	Centros da Juventude.

Participar, acompanhar e articular junto à Comissão Intersetorial de Convivência Familiar e Comunitária;	Participar das reuniões da comissão conforme programação realizada no início de cada ano.	Contínuo	Coordenadoria de Políticas para Crianças e Adolescentes - SMDH e CMDCA
Realizar Campanhas relativas a Infância e Juventude.	Promover junto com o CMDCA campanhas relativas ao público infanto-juvenil.	Contínuo	Departamento de Infância e Juventude - SMDH e CMDCA.
Garantir a Defesa de Direitos da Infância e Juventude.	Garantir a manutenção dos Conselhos Tutelares, bem como contínuo processo qualificação dos Conselheiros.	Contínuo	Departamento de Infância e Juventude - SMDH.
Apoiar os Conselhos Tutelares (vinculação administrativa).	Realizar reuniões bimestrais com os Conselheiros Tutelares.	Contínuo	Departamento de Infância e Juventude - SMDH.
Realizar junto com o CMDCA a Eleição dos Conselhos Tutelares (a cada 4 anos).	Organizar e promover junto com o CMDCA a eleição dos Conselhos Tutelares em 2023.	2023	Departamento de Infância e Juventude - SMDH e CMDCA.
Garantir a Defesa de Direitos da Infância e Juventude.	Participar, acompanhar e articular Capacitação Continuada do Conselho Tutelar	Contínuo	Departamento de Infância e Juventude - SMDH e CMDCA.
Realizar junto com o CMDCA Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (a cada 3 anos).	Organizar e promover junto com o CMDCA a Conferência em 2022.	2022 e 2025	Departamento de Infância e Juventude - SMDH e CMDCA.

4.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PLANO

O Plano Municipal de Convivência Familiar, Comunitária e de Acolhimento, proposto para o período de 2022 a 2025, deve efetivamente garantir o direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária, em especial àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Para que sua implementação ocorra, é fundamental a mudança de olhar e do fazer, que concretize a experiência e vivência singular da convivência familiar e comunitária para toda criança e adolescente no Município.

Para tanto é necessário que haja:

a) o cumprimento integral deste Plano no âmbito municipal;

b) assumir como prioridade a viabilização de recursos nos orçamentos, de um modo geral, e, em particular, no Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente, para a sua implementação pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e pelo Conselho Municipal da Assistência Social;

c) Participação e integração entre o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e outros conselhos setoriais;

d) Previsão em orçamento municipal das ações de apoio sócio familiar e demais ações previstas neste Plano.

Para além disso, conforme o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2004), quanto às atribuições e competências dos entes federativos, na esfera municipal compete:

- Dialogar permanentemente com a Comissão Nacional e Estadual;
- Produzir informações consolidadas sobre a implementação do Plano;
- Socializar as informações consolidadas;
- Encaminhar informações sobre monitoramento e as avaliações referentes à implementação do Plano na esfera Municipal em períodos previamente acordados para a Comissão Nacional;
- Co-financiar as ações necessárias à implementação do presente Plano, bem como do Plano Municipal.

Por fim, anualmente será apresentado no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente avaliação da execução do Quadro de Metas, com atualização dos dados constantes no Plano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Brasília/2009.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Dezembro/2004.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social.** NOB/SUAS. Resolução nº. 130/2005.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, Lei Nº 8.069/1990.

BRASIL. Resolução Nº. 109, de 11 de novembro de 2009. **Tipificação Nacional de Serviços Sócio-assistenciais.** Brasília, novembro de 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Lei Orgânica de Assistência Social. LOAS.** Lei Federal nº. 8.742/1993.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS.** Resolução nº. 145/2004.

CESCO, Suséle Aparecida. **Da segregação à medida de proteção: a política de abrigamento de crianças e adolescentes no município de Toledo-PR.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* – Toledo, 2007.

CURITIBA-PR. **Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Prefeitura Municipal de Curitiba-PR. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - COMTIBA 2017.

NERY Maria Aparecida. **A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser repensada pela escola.** Cadernos CEDES [online]. 2010, v. 30, n. 81, pp. 189-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622010000200005>. Acesso em: 22 nov. 2022.

PRADO, Antonio Carlos. **Edição Especial: As melhores cidades do Brasil.** Revista Isto É: São Paulo, jun. 2022.

TIMÓTEO-MG. **Plano Municipal de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Prefeitura Municipal de Timóteo - MG. Julho de 2011.

TOLEDO. **Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente do Município de Toledo.** Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA, Toledo - PR, 2017-2026.

TOLEDO. **Plano Municipal da Educação.** Conselho Municipal da Educação, Toledo/PR, 2015-2024.

TOLEDO. **Plano Municipal de Saúde Toledo 2022-2025**. Secretaria da Saúde, Toledo/PR, 2021.

TOLEDO. **Projeto Político Pedagógico - Secretaria Municipal da Educação de Toledo/PR.** Secretaria Municipal da Educação, Toledo/PR, 2020.

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)[1]

INFORMAÇÃO 2022 – Revisão e Atualização

A Equipe de Mobilização (EM) da RIPS, integrada por profissionais representantes das políticas municipais de Assistência Social, de Educação, de Saúde; Conselheiros Tutelares da Unidade II e docente do Curso de Serviço Social da Unioeste, informam a todos/todas profissionais dos serviços e órgãos da Rede de Políticas Públicas do Município de Toledo PR que integram o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, que durante o ano de 2021 o trabalho desenvolvido por essa Equipe consistiu na revisão e atualização dos Protocolos coletivamente construídos e disseminados pela RIPS, desde o ano de 2016. Assim, para concretizar esse árduo e desafiador trabalho de revisão e atualização foi necessário envidar esforços e realizar diversos encontros de trabalho, num quantitativo aproximado de 19 reuniões, ao longo do ano de 2021 e até o início do mês de agosto 2022.

Postas essas considerações, com o teor do texto ora apresentado, a EM-RIPS informa e dissemina esta proposta coletiva e intersetorial concretizada através do presente documento, composto por três protocolos, os quais orientam as equipes das políticas setoriais envolvidas na **APLICAÇÃO DA MEDIDA PROTETIVA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)[1]

PROTOCOLO 01/2016
Atualizado em agosto de 2022

APLICAÇÃO DA MEDIDA PROTETIVA DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O presente Protocolo estabelece a sistemática para a concretização dos procedimentos relativos a execução da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, entendida como medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, colocação em família substituta, conforme estabelecido no artigo 101, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/1990).

Para a aplicação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional deverão ser observadas as seguintes recomendações:

✔ Quando a criança/adolescente estiver em acompanhamento nos serviços ofertados pela Rede de Políticas Públicas do município e observada possibilidade de ocorrer o Acolhimento Institucional, deverá ser realizado Estudo Multidisciplinar em Rede com as Equipes Técnicas do Serviço de Acolhimento.

✔ Nas Decisões Judiciais referentes à aplicação da Medida de Acolhimento Institucional, o Conselho Tutelar deve ser acionado para acompanhar o seu cumprimento, realizado por Oficial de Justiça.

✔ O Oficial de Justiça deve realizar articulação com o Núcleo de Apoio Especializado à Criança e ao Adolescente (NAE/Fórum Comarca de Toledo-PR) a fim de obter subsídios que orientem a sua escolha sobre a melhor estratégia e local para efetivar o acolhimento institucional, considerando a minimização dos efeitos/impactos para a criança/adolescente.

✔ A Equipe do NAE fica responsável por articular junto aos serviços da rede, com vistas a obter informações sobre a rotina da criança/adolescente para orientar e auxiliar o Oficial de

Justiça na concretização do ato de acolhimento institucional, observando-se tratar de uma Medida de Proteção, conforme disposto no artigo 101, inciso VII, combinado com o artigo 100, parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Quando da realização do Acolhimento Institucional em local diverso à residência da criança/adolescente, este deve ser comunicado previamente.

✔ No momento do acolhimento da criança/adolescente o Oficial de Justiça deve entregar ao responsável pelo local documento comprobatório sobre a Decisão Judicial. Neste caso, após o acolhimento o Oficial de Justiça é responsável em comunicar à família e fornecer o documento "Informações dos Serviços de Atendimento – Acolhimento Institucional" (APÊNDICE 2).

✔ A decisão de de acolhimento institucional de urgência deve ser tomada de forma colegiada, com a anuência e assinatura de ao menos três conselheiros tutelares, a constarem no documento de comunicação ao Ministério Público. Os conselheiros tutelares devem preencher todos os campos do "Instrumental para Acolhimento Institucional: Conselho Tutelar" (APÊNDICE 1), entregando-o à equipe da Casa Abrigo, no prazo de até 48 horas após o acolhimento.

Toledo, 18 de agosto de 2022.

1 Contatos através do e-mail: redeprotecaotoledo@gmail.com.



REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)

INSTRUMENTAL PARA ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL CONSELHO TUTELAR (APÊNDICE 1 DO "PROTOCOLO 01/2016: ATO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES")

1. DADOS BÁSICOS DO RESPONSÁVEL
Responsável: Grau de parentesco com a criança/adolescente: Endereço Residencial: Telefones: Data de nascimento: Natural de: Nacionalidade:

DADOS BÁSICOS DO RESPONSÁVEL
Responsável: Grau de parentesco com a criança/adolescente: Endereço Residencial: Telefones: Data de nascimento: Natural de: Nacionalidade:

2. DADOS DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES ACOLHIDOS
Quantidade de crianças/adolescentes acolhidos no ato: xxxxxx Descrição dos nomes das crianças e adolescentes acolhidos, data de nascimento e unidade para qual foi encaminhada: 1.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 2.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 3.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 4.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 5.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 6.xxxxxxxxxxxxx, xx/xx/xxxx, unidade: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

3. CONSELHEIROS RESPONSÁVEIS PELO ATO:
1. XXXXXXXXXXXXXXXXX
2. XXXXXXXXXXXXXXXXX
3. XXXXXXXXXXXXXXXXX
4. XXXXXXXXXXXXXXXXX
5. XXXXXXXXXXXXXXXXX



REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)

4.SOBRE O ATO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	
( ) Acolhimento realizado pelo Conselho Tutelar com urgência	( ) Acolhimento determinado pelo Poder Judiciário, com participação do Conselho Tutelar
DATA DO ATO: XX/XX/XXX HORA: XX:XX	DATA DO ATO: XX/XX/XXX HORA: XX:XX
4.1 Qual local foi executado o acolhimento institucional? (Logradouro, bairro/distrito e cidade).	
4.2 O acolhimento foi executado:	
( ) Na residência dos responsáveis;	
( ) Em serviço de saúde (UBS, Hospital, etc);	
( ) Na escola da criança/adolescente;	
( ) Outro local, qual:	
4.2.1 Se o acolhimento foi realizado em instituição pública, quais os profissionais que acompanharam ou estiveram cientes do ato do acolhimento?	
4.2.2 Se não foi na residência, por qual motivo foi realizado fora:	
4.3 Em caso de acolhimento de urgência, a decisão foi tomada em consenso pelos conselheiros tutelares?	
( ) sim	
( ) não	
4.3.1 Se não, justificar:	

4.4 Nome de, pelo menos, três conselheiros que concordaram com a medida e assinatura:
1.xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Assinatura_____
2.xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Assinatura_____
3.xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Assinatura_____
4.xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Assinatura_____
5.xxxxxxxxxxxxxxxxxxx Assinatura_____
4.5 Se o acolhimento foi de urgência, feito pelo Conselho Tutelar, qual foi a urgência?
4.6 Qual destas violações foram identificadas no caso:
( ) Violência Física
( ) Violência Sexual
( ) Violência Psicológica
( ) Negligência
( ) Abandono
( ) Exposição a ambiente de risco
Especifique:

5. HISTÓRICO DE ATENDIMENTO
5.1 Foram adotadas as seguintes providências antes do acolhimento de urgência, visando evitar o ato:
( ) contato com o CRAS;
( ) inserção em SCFV;
( ) contato com o CREAS;
( ) inserção em CMEI/Escola
( ) encaminhamento para UBS/Saúde
( ) pesquisa na família extensa e ampliada;
( ) afastamento da criança do local de violência, mas manutenção na família;
( ) outras, quais:

5.2 Medidas de Proteção Aplicadas (101, do ECA):
( ) encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
( ) orientação, apoio e acompanhamento temporários;
( ) matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
( ) inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
( ) requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
( ) inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
( ) NÃO FORAM APLICADAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

6. REFORÇO POLICIAL
6.1 Foi necessária a atuação de força policial durante o ato de acolhimento?
( ) para prender em flagrante os responsáveis;
( ) para a segurança das crianças/adolescentes
( ) para a segurança dos conselheiros tutelares/oficiais de justiça
( ) para acompanhar o acolhimento de forma preventiva
Justifique:

7. EM CASO DE ORDEM JUDICIAL
7.1 Foi entregue aos pais/responsáveis da criança ou do adolescente, imediatamente, durante o ato:
a) cópia do mandado de citação e acolhimento ( ) sim ( ) não

b) cópia da petição que requereu o acolhimento ( ) sim ( ) não
c) cópia de documento com informações sobre o Conselho Tutelar e Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) ( ) sim ( ) não
7.2 Se o acolhimento foi executado fora da residência dos responsáveis, foi entregue, imediatamente, durante o ato, cópia do mandado de citação e acolhimento? Em que local foi realizado?
7.3 Foi explicado aos responsáveis:
a) direito de visitas ( ) sim ( ) não
b) motivos do acolhimento ( ) sim ( ) não
c) direito de defesa (existência de advogado nomeado) ( ) sim ( ) não
d) informações sobre o atendimento da SMAS e Conselho Tutelar ( ) sim ( ) não
7.4 Nome do Oficial de Justiça Responsável pelo ato:

8.OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

OBSERVAÇÕES:

* ARQUIVAR CÓPIA DO INSTRUMENTAL NA SEDE DO CONSELHO TUTELAR JUNTO À PASTA DO ATENDIDO E ENCAMINHÁ-LO ACOMPANHADO DE EVENTUAL INFORME PARA A VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE, MINISTÉRIO PÚBLICO E EQUIPE TÉCNICA DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO.

*SUGESTÕES E CRÍTICAS A ESTE INSTRUMENTAL PODEM SER ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL: redeprotecaotoledo@gmail.com

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)

APÊNDICE 2

Informações dos Serviços de Atendimento – Acolhimento Institucional

CONSELHO TUTELAR I

Endereço: Avenida Maripá nº1427 (ao lado do IML)

Telefone: (45) 3196-2600 Plantão: (45) 9107-5213

Horário de atendimento: 08h30min às 11h30min 13h30min às 17h30min

CONSELHO TUTELAR II

Endereço: Rua Rui Barbosa, 1810 Centro - próximo a Regional de Saúde)

Telefone: (45)3196-2610 Plantão: (45) 9972-6932

Horário de atendimento: 08h30min às 11h30min 13h30min às 17h30min

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço: Av. Maripá, 5077 - Centro

Telefone: (45)3196-2500

Horário de atendimento: 08h às 11h45min 13h15min às 17h15min

VARA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

Endereço: Rua Almirante Barroso nº 3222 - Centro

Telefone: (45) 3277-4800

Horário de atendimento: 12h às 18h

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)

PROTOCOLO 02/2016
Atualizado em agosto de 2022

DINÂMICA DAS INTERVENÇÕES NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

O presente Protocolo estabelece a sistemática para os procedimentos relativos à execução da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, entendida como medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, colocação em família substituta, conforme estabelecido no artigo 101, § 1º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069/1990).

No corpo deste Protocolo estão especificados os procedimentos e as atribuições profissionais a serem observadas no curso do processo material do Acolhimento Institucional.

Parte I: Procedimentos iniciais e recomendações:

✔ As Equipes Técnicas do Serviço de Acolhimento e o Conselho Tutelar devem ser formalmente convidadas para participar de Estudos Multidisciplinar em Rede que possam culminar em Acolhimento Institucional.

✔ Quando verificada pela Rede possibilidade de Acolhimento Institucional encaminha-se Relatório do Estudo Multidisciplinar em Rede aos órgãos afetos, a saber: Vara da Infância e Juventude e à 5ª Promotoria de Justiça.

✔ A partir do ingresso no Serviço de Acolhimento Institucional adota-se como procedimento padrão inicial a avaliação das condições relativas aos seguintes aspectos:

a) Saúde: O Serviço de Acolhimento Institucional deverá contactar a Unidade Básica de Saúde (UBS) do território de residência da criança/adolescente acolhido (a), para solicitar o Relatório do **Histórico de Acompanhamento na Saúde (vide glossário).**

b) Educação: O Serviço de Acolhimento Institucional deverá contactar a Equipe Técnica de referência da Secretaria Municipal da Educação (SMED), ou o Colégio Estadual de referência para solicitação do **Relatório do Histórico de Atendimento da Educação (vide glossário).**

c) Assistência Social: O Serviço de Acolhimento Institucional deverá contactar os Serviços da Política de Assistência Social onde a criança/adolescente possui atendimento solicitando **Relatório do Histórico de Atendimento da Assistência Social (vide glossário)**.

✔ Os **Relatórios de Históricos dos Atendimentos e Acompanhamento** na Saúde, Educação e Assistência Social, acima mencionados, deverão ser entregues à Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data da solicitação.

✔ Configurada a situação do Acolhimento realiza-se contato da Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional e/ou Coordenação com:

a) A Gerência/Enfermeiro (a) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território da Instituição onde encontra-se o (a) acolhido (a) com objetivo de informar sobre o acolhimento e planejar o acompanhamento.

b) A Equipe Pedagógica da Escola/Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) onde a criança/adolescente encontra-se matriculado com objetivo de definir qual será a referência para o atendimento no âmbito da educação, tendo como preferência o resguardo e cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes.

Parte II: Visitas de Familiares e/ou Responsáveis que ocorrem nas dependências das Casas Abrigo

Para a realização de visitas se aguarda a expedição de Parecer da Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento, o qual é expedido num prazo máximo de até 15 dias do ingresso da criança e/ou adolescente no Serviço de Acolhimento. No Parecer deve constar a manifestação fundamentada, que considera peculiaridades dos casos (por exemplo: aleitamento) sobre condições de segurança que favorecem à realização ou à suspensão de visitas.

Parte II: Registro de Históricos de Atendimentos de Políticas Públicas Setoriais

II.1) Acompanhamento da Política da Saúde[1]

Após acolhimento institucional da criança e/ou adolescente os (as) profissionais do Serviço de Acolhimento farão contato telefônico com o (a) Gerente/enfermeiro (a) da UBS para o agendamento da avaliação de saúde. Esta avaliação deverá ser realizada em até 5 (cinco) dias úteis a partir da data em que a UBS for contactada.

Na data agendada, a Equipe da Unidade de Acolhimento levará a criança ou adolescente acolhido (a) para a consulta munida dos seguintes documentos: Certidão de Nascimento ou Registro Geral, Cartão Nacional de Saúde e Caderneta de Saúde da criança ou adolescente. Caberá ao médico e/ou enfermeiro (a) realizar a avaliação de saúde através da estratificação de risco (conforme os protocolos de saúde em vigência) e solicitar os exames de: hemograma completo; tipagem sanguínea e fator RH; Anti-HCV (Hepatite C); HbsAg (Hepatite

1Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: **crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Caderno n. 33.

B); HIV; VDRL/Sífilis e parcial de urina. Nesta oportunidade deverá ser avaliada a situação vacinal. Com relação aos recém-nascidos (menores de 29 dias), será observado se foram realizados os exames do "pezinho, orelhinha, olhinho e coração". Em caso negativo, deverão ser prontamente providenciados. Ao final dessa avaliação de saúde, será agendada a realização dos exames solicitados e o retorno para consulta com o (a) profissional médico (a) que fará a entrega dos resultados de exames, bem como, as orientações necessárias. Ressalta-se a importância do devido registro em prontuário e fornecimento das orientações por escrito no **RELATÓRIO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE ACOLHIDO (ANEXO 1)** a equipe da Casa Abrigo juntamente com o resultado dos exames para arquivo na pasta da criança/ adolescente na Casa Abrigo. As consultas de retorno das crianças menores de dois anos se darão conforme Protocolo de Estratificação de Risco de Crianças no Paraná (Aprovado em 28/04/2021)[2]. O acompanhamento das crianças estratificadas como risco intermediário será realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS) mensalmente até o sexto mês, bimestralmente do sexto mês ao primeiro ano de vida e trimestralmente a partir deste. Para as crianças estratificadas como alto risco o acompanhamento se dará de forma compartilhada entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) mensalmente até completar o primeiro ano de vida e trimestralmente a partir do segundo ano de vida, sempre com agendamento prévio.

Havendo a necessidade de atendimento às crianças ou adolescentes fora das datas agendadas, poderá ser realizado no período que compreende de segunda-feira a sexta-feira entre o horário das 7 às 19 horas (nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais) e das 8h00 às 11h45 e das 13h30 às 17h30 (nas Unidades Básicas de Estratégias Saúde da Família). A avaliação será

2Secretaria da Saúde do Paraná. **Estratificação de risco de crianças no Paraná**. (Aprovada na CIB/PR em 28.04/2021). Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf

na UBS de referência do território da Unidade de acolhimento, realizada por profissional enfermeiro (a) e se necessário feito o encaminhamento para outra UBS (mediante disponibilidade de vaga feita por contato telefônico) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Caso ocorra a necessidade de atendimento de saúde a noite, aos finais de semana, em feriados e pontos facultativos, estes deverão ser levados diretamente pela equipe da unidade do Serviço de Acolhimento para a UPA.

Toda a criança e/ou adolescente fará tratamento anti-parasitário dentro da rotina de acompanhamento pela UBS, além da verificação e avaliação do cumprimento do calendário nacional de vacinação.

Sempre que houver internamento hospitalar de criança/adolescente acolhido (a), no momento da alta deve ser solicitado ao local de internamento o documento Resumo de Alta. De posse deste documento, a Unidade de Acolhimento deverá apresentar ao profissional da UBS durante o próximo atendimento. Da mesma forma, quando realizar consulta na rede de saúde, que não for no âmbito das instituições de saúde municipal, como Ciscopar, Hospitais locais ou outros serviços fora do município deve ser solicitado o documento de Contrarreferência que será apresentado na UBS no próximo atendimento.

Todos os atendimentos realizados para acompanhamento da saúde da criança/adolescente e sua evolução/condutas/encaminhamentos deverão estar descritos no prontuário eletrônico. Após cada atendimento deverá ser impresso relatório do próprio sistema eletrônico a ser disponibilizado à equipe da Casa Abrigo para ser arquivado na pasta do acolhido. Excepcionalmente, nos casos em que o Sistema de Justiça necessite de informações complementares às já disponibilizadas mensalmente pela Casa Abrigo sobre o acompanhamento de saúde da criança e/ou adolescente acolhido, este poderá solicitar à Secretaria de Saúde relatório especifico das informações as quais necessita.

Quando identificada pela equipe técnica da Casa Abrigo a necessidade de encaminhamento de crianças e adolescentes em Medida Protetiva de Acolhimento Institucional para serviços de atendimento em saúde mental, este dar-se-á através de documento de **REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA (ANEXO 2)**, conforme o **FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL (ANEXO 3)**. O documento deverá conter descrição breve sobre o motivo do encaminhamento, sendo remetido ao Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental para ser direcionado ao serviço competente, conforme fluxo interno da Secretaria Municipal de Saúde.

II.2) Acompanhamento da Política da Educação

Configurado o acolhimento Institucional, a equipe da Unidade de Acolhimento deverá solicitar à equipe técnica da SMED o **Relatório do Histórico de Atendimento da Educação**, a qual realizará contato com a equipe da escola/CMEI solicitando que seja elaborado e encaminhado no prazo de cinco 5 (cinco) dias úteis, contendo no mínimo, as seguintes informações relacionadas à vida escolar da criança/adolescente:

a) Frequência/assiduidade;

b) Identificação do responsável pelo acompanhamento da vida escolar;

c) Atuação/participação da família;

d) Atual situação educacional da criança (atendimento psicopedagógico, Atendimento Educacional Especializado – AEE e/ou Professor de Apoio Permanente – PAP);

e) Aspectos comportamentais e das condições de desenvolvimento do(a) educando(a);

f) Aproveitamento escolar e aprendizagem;

g) Indicativos de ocorrência de violação de direitos e quais as intervenções realizadas;

h) Aspectos de higiene pessoal do(a) educando(a).

O relatório orientará a decisão sobre a necessidade de mantê-lo (a) ou não na unidade escolar em que se encontra matriculado; para isso se consideram as peculiaridades de cada situação.

No caso em que as Equipes acima descritas avaliem que é recomendada a transferência escolar, a coordenação da Unidade de Acolhimento ficará responsável por realizar os trâmites documentais necessários.

Em relação aos Colégios Estaduais e Escolas da Rede Privada de Educação, a equipe técnica e/ou Coordenação da Casa Abrigo realizará contato a fim de obter informações sobre o desenvolvimento escolar da criança/adolescente e avaliar possível transferência escolar.

Parte III: Atribuições das Equipes Técnicas dos Serviços de Acolhimento Institucional e da Equipe Técnica do Núcleo de Apoio Especializado à Criança e ao Adolescente (NAE)

✔ No que diz respeito às atribuições e a natureza das intervenções das Equipes Técnicas é fundamental compreender a diferença entre a dimensão pericial que caracteriza, por essência, a atuação do NAE e a dimensão de acompanhamento compatível com as expectativas postas às equipes dos Serviços de Acolhimento Institucional.

✔ Quando configurada a solicitação da aplicação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, caberá a Equipe Técnica do NAE realizar o procedimento da avaliação/perícia inicial para emitir posição balizada sobre a solicitação a fim de subsidiar a tomada de decisão do Juiz da Infância e da Juventude. A manifestação profissional decorrente desse procedimento

se expressa mediante um primeiro relatório, subscrito pelo(a) profissional responsável, no qual constará o prazo para nova avaliação da situação, considerando apurar se os objetivos estabelecidos foram alcançados, bem como proceder a indicação das medidas adequadas a serem aplicadas.

✔ O PIA deverá ser construído de forma intersetorial, ficando sob a responsabilidade da equipe técnica do Serviço de Acolhimento Institucional sistematizar as informações e, decorrido o prazo máximo de até 30 dias do ingresso da criança/adolescente no Serviço de Acolhimento, encaminhar a versão inicial do PIA à Vara da Infância e Juventude.

✔ Na versão inicial do Plano Individual de Atendimento (PIA) deve constar uma descrição objetiva da proposta metodológica da intervenção de cada Política junto à criança/adolescente e à família.

✔ No decorrer do período de acolhimento, e com base no estabelecido no PIA, a Equipe Técnica da Unidade de Acolhimento apresentará relatórios de acompanhamento sobre a evolução da situação de cada criança/adolescente. O conteúdo dos relatórios deve contemplar a descrição das intervenções realizadas com a família, bem como os resultados obtidos.

✔ Durante todo o período de acolhimento, a Equipe Técnica da Unidade de Acolhimento deverá trabalhar com as crianças e adolescentes temas pertinentes a sua história de vida e provisoriedade do acolhimento, com a finalidade de prepará-los(as) para o desligamento do Serviço.

✔ No que diz respeito aos adolescentes que estão acolhidos, toda a Equipe da Unidade de Acolhimento deve contemplar em suas intervenções para com estes a construção de projetos de vida, o desenvolvimento da autonomia e a preparação das condições de independência que caracterizam as responsabilidades da vida adulta.

✔ Na circunstância em que ocorra a decisão judicial para a destituição do poder familiar, a

atuação deverá ser integrada entre órgãos do Poder Judiciário e Serviço de Acolhimento com vistas à preparação da criança/adolescente para a colocação em família substituta.

✔ A apresentação de membros da família substituta à criança/adolescente será feita por uma ou ambas as Equipes, com planejamento conjunto, considerando os seguintes aspectos: idade da criança/adolescente, tempo de acolhimento e necessidades específicas da criança/adolescente.

Parte IV: Participação das Equipes da Rede de Atendimento em Audiências Judiciais

A participação de membros das Equipes Técnicas dos Serviços de Acolhimento e de outros órgãos da rede de proteção em audiências de instrução e julgamento será avaliada quando da propositura da Ação para fins de Destituição do Poder Familiar. Dar-se-á prioridade à dispensa de serem arrolados tais profissionais como testemunhas do Processo, com vistas a preservar os vínculos estabelecidos entre a Equipe e a família da criança/adolescente acolhido(a). No entanto, no caso em que seja solicitado pela Defesa o arrolamento desses (a) técnicos (a) como testemunhas, privilegiar-se-á que a manifestação dos (as) profissionais seja feita na forma de quesitos por escrito, evitando a circunstância de sua oitiva em audiência.

Parte V: Glossário

Ação para fins de Destituição do Poder Familiar: Ação judicial contenciosa que visa obter pronunciamento judicial sobre a destituição do poder familiar.

Audiência de Instrução e Julgamento: Ato judicial, que ocorre no bojo da Ação para fins de Destituição do Poder Familiar que visa coletar a prova testemunhal e as razões finais das partes. Neste ato judicial po derá inclusive ser proferida sentença e julgado o caso.

Audiência de Oitiva: Ato judicial realizado em prazo curto (até quinze) dias após ajuizamento de ação civil inominada, com objetivo de providenciar a oitiva ou coleta de depoimento dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente acolhidos (as), além dos (as) envolvidos (as) no ato de acolhimento, a critério do Ministério Público e do Juízo.

Contrarreferência para a UBS: Ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu), após a solução do caso, objeto da referência. A contrarreferência do (a) paciente deve conter informações que permitam o seu acompanhamento no local de origem.

Estratificação de Risco: Baseia-se numa classificação inicial que leva em conta a anamnese, o exame clínico. A estratificação de risco é uma estratégia para identificar as pessoas que possam ter algumas condições de saúde afetadas, para com isso ofertar um cuidado mais adequado; bem como auxiliar as equipes a se organizarem para possibilitar este cuidado.

Relatório do Histórico de Atendimento da Assistência Social: Trata-se do Relatório articulado pela Direção do Departamento de Proteção Social Especial junto à rede socioassistencial com informações relacionadas ao atendimento realizado nesta Política.

Relatório do Histórico de Atendimento da Educação: Trata-se do Relatório em que constam: a)Frequência/assiduidade; b)Identificação do (a) responsável pelo acompanhamento da vida escolar; c)Atuação/participação da família; d)Atual situação educacional da criança (atendimento psicopedagógico, Atendimento Educacional Especializado – AEE e/ou Professor de Apoio à Diversidade e Inclusão - PADI); e)Aspectos comportamentais e desenvolvimentais do (a)

educando (a); f)Aproveitamento escolar e aprendizagem; g)Indicativos de ocorrência de violação de direitos e quais as intervenções realizadas e, h) aspectos de saúde do (a) educando (a), incluindo higiene pessoal e zelo.

Relatório do Histórico de Acompanhamento na Saúde: Trata-se do histórico do acompanhamento nos serviços de saúde em que constam: a) Data de ingresso no Serviço de Saúde; b) informações pregressas de saúde (inclusive dados de acompanhamento do pré-natal, se disponível); c) situação vacinal, d) Acompanhamentos realizados na rede de serviços especializados de saúde; e) Atual condição de saúde da criança (diagnóstico e tratamento); f) Informações do contexto familiar (aspectos sociais e da saúde da família do acolhido) .

Relatório da Situação de Saúde da Criança/Adolescente Acolhido: Trata-se das orientações que deverão ser entregues ao profissional que estiver acompanhando a criança/adolescente durante a consulta detalhando as condições de saúde, diagnóstico, tratamento e encaminhamentos realizados.

Resumo de Alta: Relatório clínico elaborado por profissionais da saúde quando um paciente está pronto para receber alta do hospital ou unidade de cuidados. O sumário de Alta informa aos trabalhadores da saúde ambulatorial sobre os serviços prestados pela unidade de internação: reclamações, diagnósticos, medicamentos, tratamentos e recomendações para o acompanhamento do serviço ambulatorial. O Resumo de Alta deve incluir toda a informação pertinente para o tratamento contínuo do paciente e a condição do (a) paciente.

Unidade de Saúde Estratégia Saúde da Família (ESF): As unidades ESF contam com Equipes de Saúde da Família, inclusive com médico (a) especialista em saúde da família que está habilitado (a) a atender todas as faixas etárias e problemas encontrados na população adscrita, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde (MS).

Protocolo Estadual: Contém a descrição dos princípios que são norteadores das ações voltadas aos serviços de saúde adotadas pelo governo estadual.

Protocolo do Ministério da Saúde: Contém a descrição dos princípios norteadores nas ações voltadas aos serviços de saúde adotadas pelo governo federal, a União.

<u>Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS)</u>: São equipamento da política de Saúde que contam com equipes formadas por médicos (as) (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros (as), odontólogos (as), assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico.

Toledo,18 de agosto de 2022.

ANEXO 1

RELATÓRIO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA/ADOLESCENTE ACOLHIDO

Cod Pac: 99689822-1
Cod Prof: 14848-1

MUNICÍPIO DE TOLEDO

TOLEDO
PREFEITURA

		Impresso	**12/04/2022** **10:56**
Unidade:	**141-1 / EAP JARDIM COOPAGRO**		
Endereço:	MINISTRO CIRNE LIMA, 3215. JD COOPAGRO - TOLEDO / PR		
Usuário do Serviço:	**PACIENTE TESTE**		
Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 21 dia(s)	**Sexo:** FEMININO	
Endereço:	OLIVIO FINATTO, 221		

ORIENTAÇÕES

DESCREVER AQUI

ANEXO 2

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO | SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Data: 12/04/2022.
Hora: 11:09:05.

Formulário de Encaminhamento com Contra Referência

Formulário de Encaminhamento	
Atendimento Nº: 851319	
De: CREAS II	
Para: DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL	
Usuário: 1	**Nome do Usuário:** USUÁRIO TESTE DO SISTEMA
Assunto: ENCAMINHAMENTO PARA REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA	
Descrição: XXXXXXXXXX	

TOLEDO - PR, 12 de Abril de 2022.

CRISTHIANE LOIVA NOVELLO

DESTACAR E DEVOLVER PREENCHIDO PARA UNIDADE ENCAMINHADORA

Formulário de Contra Referência	
Atendimento Nº: 851319	
De: DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL	
Para: CREAS II	
Atendimento Realizado no Dia: ___/___/___	
Serviço Ofertado:	
Resumo do Procedimento:	

TOLEDO - PR, _____ de _____ de _____.

Nome do Profissional.

ANEXO 3

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

Considerando que os equipamentos vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social realizam encaminhamentos, quando necessário, para a Secretaria Municipal de Saúde;

Considerando a estratificação de risco em Saúde Mental realizada pelos profissionais da Política Municipal de Saúde, que acontece nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e que a partir de tal estratificação é definido o encaminhamento adequado à necessidade de cada paciente;

Considerando a necessidade de estabelecimento de fluxos para facilitar a comunicação e celeridade ao acesso de crianças e adolescentes em Serviço de Acolhimento Institucional aos serviços com absoluta prioridade, bem como, crianças e adolescentes atendidas pelas demais unidades de Assistência Social que compõe a Rede de Proteção, conforme prevê a Constituição Federal de 1988;

Considerando reuniões articuladas pela Gestão da Secretaria Municipal de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano (SMDH), entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social, nos meses de novembro/2021 a março/2022, objetivando o alinhamento do fluxo entre as Políticas.

Fica pactuado, entre as Secretarias de Saúde e Assistência Social, o fluxo de encaminhamentos que segue:

1. Quando identificada a necessidade de encaminhamento de crianças e adolescentes em Serviço de Acolhimento Institucional para serviços de atendimento em saúde mental, tal encaminhamento dar-se-á através de documento de Referência e Contrareferência, com descrição breve sobre o motivo do encaminhamento, sendo este documento entregue ao Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental para ser direcionado ao serviço competente, conforme fluxo interno da Secretaria Municipal de Saúde;

2. Os encaminhamentos de crianças e adolescentes atendidos nos equipamentos de Assistência Social de Proteção Social Básica (CRAS) e Proteção Social Especial de Média

Complexidade (CREAS) deverão ser encaminhados através de instrumental de Referência e Contrareferência para Unidade Básica de Saúde (UBS) do território que compõem a Atenção Primária da Política da Saúde, sendo que o procedimento de estratificação de risco será definido pela equipe de saúde, bem como o encaminhamento adequado considerando as diretrizes de atendimento em saúde mental;

3. Casos que exijam a maior articulação da Rede de Proteção continuarão sendo discutidos através da estratégia de Estudos em Rede, sendo que cada equipamento participante será responsável pelas informações discutidas, ficando a memória da reunião o instrumental de referência para partilha das informações e subsídios para os encaminhamentos necessários, não ficando sob responsabilidade de nenhuma equipe a emissão de relatório para subsidiar a intervenção particularizada.

Sem mais, salienta-se que este fluxo não abre precedentes para encaminhamentos divergentes do descrito neste documento.

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Secretária Designada de Saúde
Portaria nº 15, de 01/01/2021

Solange Silva dos Santos Fidelis
Secretária de Assistência Social
Portaria nº 1, de 01/01/2022

Jennifer Thays Chagas Teixeira
Secretária de Políticas para Infância, Juventude,
Mulher, Família e Desenvolvimento Humano
Portaria nº 01, de 01/01/2022

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL
DE TOLEDO/PR (RIPS)

INFORMAÇÃO 2022 – Revisão e Atualização

A Equipe de Mobilização (EM) da RIPS, integrada por profissionais representantes das políticas municipais de Assistência Social, de Educação, de Saúde; Secretaria de Desenvolvimento Humano, Conselheiros Tutelares e docente do Curso de Serviço Social da Unioeste, informam a todos/todas profissionais dos serviços e órgãos da Rede de Políticas Públicas do Município de Toledo PR que integram o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, que durante o ano de 2021 o trabalho desenvolvido por essa Equipe consistiu na revisão e atualização dos Protocolos coletivamente construídos e disseminados pela RIPS, desde o ano de 2016. Assim, para concretizar esse árduo e desafiador trabalho de revisão e atualização foi necessário envidar esforços e realizar diversos encontros de trabalho, num quantitativo aproximado de 19 reuniões, ao longo do ano de 2021 e até o início do mês de agosto 2022.

Postas essas considerações, com o teor do texto ora apresentado, a EM-RIPS informa e dissemina esta proposta coletiva e intersetorial concretizada através do **PROTOCOLO 003/2016** - **ACOMPANHAMENTO PARA O PÓS-ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (**versão revisada de agosto de 2022)

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO SOCIAL DE TOLEDO/PR (RIPS)

PROTOCOLO 03/2017
Atualizado em agosto de 2022

ACOMPANHAMENTO PARA O PÓS-ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Protocolo trata das intervenções que procedem à revogação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes, a qual pode culminar em uma das seguintes situações: retorno para a família de origem, inserção em família extensa, maioridade ou colocação em família substituta (adoção). O Protocolo também orienta as intervenções que se relacionam com as circunstâncias de desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional quando motivadas por questão de fato, como: arrebatamento, "abandono" ou "descumprimento sistemático de rotina pactuada".

A Rotina de Acompanhamento para o Pós-Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes observa as recomendações:

Parte I: Quando da Revogação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional motivada por decisão judicial:

I.1 Com o retorno para a família de origem ou inserção em família extensa:

a) A Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional realizará o Acompanhamento para a família de origem ou extensa, pelo período mínimo de 06 (seis) meses, após a revogação da Medida de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes, conforme estabelecido na *Resolução Conjunta CONANDA/CNAS 01/2009 (Orientações Técnicas.*

Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes).

b) Ao receber o Comunicado[1] da decisão judicial de revogação da Medida Protetiva de Acolhimento Institucional, cabe a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional, num prazo máximo de 07 (sete) dias, expedir Informação Impressa ou Ofício Circular sobre o fato (conforme modelo disposto no **APÊNDICE -2**[2]) para o Conselho Tutelar e para os demais serviços da rede municipal de políticas públicas (conforme a necessidade). No texto da Informação impressa ou Ofício Circular também constará a convocação (com data e local definidos) para a reunião de *Estudo em Rede*[3]*,* na qual se inicia a preparação da Rotina de Acompanhamento para o Pós-Acolhimento Institucional.

c) Estudo Multidisciplinar em Rede para a elaboração da proposta de Rotina de Acompanhamento para o Pós- Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes contará com a participação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do território da família, com o Conselho Tutelar[4] e com os equipamentos das políticas públicas setoriais que sejam necessários para definir quais as intervenções a serem propostas[5] e quais os serviços que acompanharão o núcleo familiar.

---

[1] **O modelo do instrumento para o Comunicado foi elaborado pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude (VU)/Toledo (APÊNDICE 1).**

[2] O modelo do instrumento para **a Informação impressa** foi elaborado pelas Equipes Técnicas dos Serviços de Acolhimento Institucional da Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção à Família (SMAS).

[3] Para o período de tempo que transcorre do recebimento do Comunicado da decisão judicial até a realização da reunião *de Estudo* ele *Rede,* caso o Conselho Tutelar receba alguma denúncia sobre indício de violação de direitos ou de violência contra a criança e/ou adolescente que esteja em Pós-Acolhimento Institucional, esse Conselho fará contato com a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional para decidirem em conjunto sobre os procedimentos a serem adotados.

[4] Esclarece-se que a participação do Conselho Tutelar se dará em conformidade e observância com os termos estabelecidos pelo artigo 136 da Lei n. 8069/1990 — e atualizações (Estatuto da Criança e do Adolescente).

[5] A proposta do **Acompanhamento** será apresentada a família, com vistas a conseguir a sua adesão. Ainda que a essa adesão não se efetive, os serviços serão ofertados e ficarão à disposição da família para que sejam usufruídos, de acordo com a demanda da mesma.

d) Para o registro da Rotina de Acompanhamento proposta para a família de origem, ou para a família extensa ou para o jovem que atingiu maioridade utilizar-se-á o instrumental intitulado ***"Plano de Ação em Rede"*** **(APÊNDICE 3)**. Dado tratar-se da proposta de Acompanhamento que contempla os 06 (seis) meses posteriores ao desligamento do Acolhimento Institucional, uma cópia desse ***"Plano de Ação em Rede"*** deverá ser encaminhada para a Vara da Infância e da Juventude (VIJ) para ser anexada ao processo judicial.

e) Após o período de 06 (seis) meses em que se tenha transcorrida a Rotina de Acompanhamento **Pós-Acolhimento Institucional a** Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional convocará reunião para um novo *Estudo Multidisciplinar em Rede* e/ou articulação individual com as equipes das Políticas setoriais com vistas a tratar da continuidade ou do encerramento do Acompanhamento. A conclusão a que se chegar com esse Estudo deve ser registrada no documento ***"Plano de Ação em Rede".***

I.2 Com a colocação em família substituta (adoção):

a) O Acompanhamento para a família substituta será realizado pela Equipe do Núcleo de Apoio Especializado (NAE), integrado à Vara da Infância e da Juventude (VIJ).

b) Para a família de origem que sofreu a destituição do poder familiar será apresentada uma proposta de Acompanhamento, conforme suas necessidades. Para efeitos de registro e documentação, a proposta de Acompanhamento é documentada no formato do "***Plano de Ação em Rede"***, para cuja elaboração a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional convocará uma reunião de Estudo Multidisciplinar em Rede, nos moldes acima

descritos. Uma cópia desse "Plano de Ação em Rede" deverá ser encaminhada para a Vara da Infância e da Juventude (VIJ) para ser anexada ao processa judicial.

I.3 Com a revogação da Medida Protetiva de Acolhimento por maioridade:

a) Para o desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional motivado por maioridade, a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento convocará o *Estudo Multidisciplinar em Rede*, para o qual também se contará com a participação do jovem, com visitas a elaborar uma proposta de **Rotina de Acompanhamento.**

b) Os jovens inscritos e atendidos pelo "Programa Emancipar"[6](ou em outra iniciativa que corresponda a dimensão afirmativa) serão acompanhados pela Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional, nos termos da **LEI "R" N° 120, de 23 de dezembro de 2021 (ANEXO I).**

c) Para os jovens que não estejam atendidos por programas de dimensão afirmativa, a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional também realizará uma **Rotina de Acompanhamento**, pelo período mínimo de 06 (seis) meses, após o desligamento do Serviço de Acolhimento, conforme estabelecido na Resolução Conjunta *CONANDA/CNAS 01/2019 (Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e adolescentes).*

[6]O "Programa Emancipar" tem por objetivo atender famílias e indivíduos em situação de risco social e pessoal, em decorrência de violação de direitos e rompimento de vínculos familiares, através de transferência de renda, articulada com a oferta de serviços públicos.

I.4 Desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional motivado por questões de fato:

a) No caso em que ocorrer a evasão de crianças e/ou adolescentes por meio de arrebatamento[7], ou por saída injustificada definitiva (abandono) ou por saídas frequentes que expressem o descumprimento sistemático da rotina pactuada[8] na unidade de acolhimento institucional, caberá a Equipe Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional:

a.1) Comunicar o fato imediatamente (por meio de ofício) ao Poder Judiciário, em cujo texto conste uma explicação sobre as circunstancias da evasão.

a.2) Proceder o registro do acontecimento junto ao ***Prontuário Individual de Atendimento***[9] para arquivo na própria unidade.

a.3) Quando couber, proceder o registro de ocorrência junto à Autoridade Policial apenas para fins de localização dos desaparecidos[10], na forma do art.208,§2°, da Lei

[7]"Arrebatamento": configura-se como ato de retirada de criança ou adolescente acolhido institucionalmente com violência ou ainda simulação ou sequestro, visando subtraí-la da responsabilidade do Estado sem autorização da Autoridade competente de maneira que configure a conduta tipificada no art.249, do Código Penal.

[8]"Saída injustificada definitiva (abandono)" ou "saídas frequentes que expressem o descumprimento sistemático da rotina pactuada" para criança e/ou adolescente em Medida de Acolhimento Institucional: configura-se como ato voluntário de saída sem autorização ou sem ciência da Equipe da Unidade de Acolhimento. As duas formas de saída ocorrem à revelia e fora da rotina estabelecida e pactuada entre a pessoa acolhida e a Equipe Técnica.

[9]Esse Prontuário é o instrumental técnico para a organização e registro das informações sobre o acompanhamento individual e/ou familiar normalizado pelas "Orientações Técnicas: Serviços de acolhimento para Crianças e Adolescentes". Nos termos dessas Orientações esse Prontuário Individual de Atendimento deve conter registros sistemáticos que incluam: histórico de vida, motivo do acolhimento, data de entrada e desligamento, documentação pessoal, informações sobre o desenvolvimento (físico, psicológico e intelectual), condições de saúde, informações sobre a vida escolar, registros dos atendimentos, etc.

[10]"Desaparecimento": ausência completa de noticias acerca da localização/paradeiro de criança ou adolescente sob medida de Acolhimento Institucional.

8.069/1990 – e atualizações Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[11], além do registro no cadastro nacional dos desaparecidos[12].

Parte II: Atividade simbólica de caracterização do encerramento da Medida de Acolhimento Institucional:

Nos termos da *Resolução Conjunta CONANDA/CNAS 01/2019 (Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes),* o processo de desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes será precedido de rito de despedida ***("desligamento gradativo***") da criança ou adolescente para com os demais acolhidos e cuidadores auxiliares, bem como para os colegas do respectivo serviço educacional (caso haja mudança). O cumprimento do processo de ***"desligamento gradativo***" será feito em, no mínimo, 48 horas.

No ato do desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes será entregue aos responsáveis os pertences pessoais da criança e/ou adolescente, bem como o álbum como registro da sua história, confeccionado durante o período de Acolhimento. Uma cópia digitalizada desse álbum ficará arquivada na instituição.

Acompanha o presente Protocolo um Fluxograma **(APÊNDICE 4)** que possibilita a rápida visualização sobre algumas das pactuações e procedimentos estabelecidos.

Toledo, 12 de abril de 2022.

[11]Fragmento do Conteúdo do art.208: "Reagem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente (...)§2º. A investigação do desaparecimento de criança ou adolescentes será realizada imediatamente após a notificação aos órgãos competentes, que deverão comunicar o fato aos portos, aeroportos, Policia Rodoviária e companhias de transporte interestaduais e internacionais, fornecendo-lhes todos os dados necessários à identificação do desaparecido".

[12]Conforme Lei Federal n° 12.127, de 17/12/2009 (http://www.desaparecidos.gov.br)

APÊNDICE 01 – PROTOCOLO 03/2017 – RIPS

Toledo, data

Ofício xx/201x

Ilustríssima Senhora Coordenadora,

Comunico Vossa Senhoria que, por ordem do MM Juiz de Direito da Vara da Infância e da Juventude, em r. decisão proferida à Seq...., no processo....., foi revogada a medida protetiva de acolhimento institucional, executada por esse equipamento público, cuja formalização burocrática está sendo realizada por esta Serventia, no prazo mais breve possível.

A presente comunicação tem fundamento no Protocolo 03/2017, produzido pela RIPS (Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo/PR), prestando-se ***para o fim exclusivo*** de dar continuidade ao fluxo de desacolhimento, de acordo com o estabelecido no referido protocolo.

Atenciosamente,

Assinatura do servidor responsável

Ilma. Senhora.

XXXXXX

DD. Coordenadora

Instituição de Acolhimento

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO 70 ANOS 1952 2022

SECRETARIA **DE** **ASSISTÊNCIA SOCIAL**



APÊNDICE 03 – PROTOCOLO 03/2017 – RIPS

PLANO DE AÇÃO EM REDE

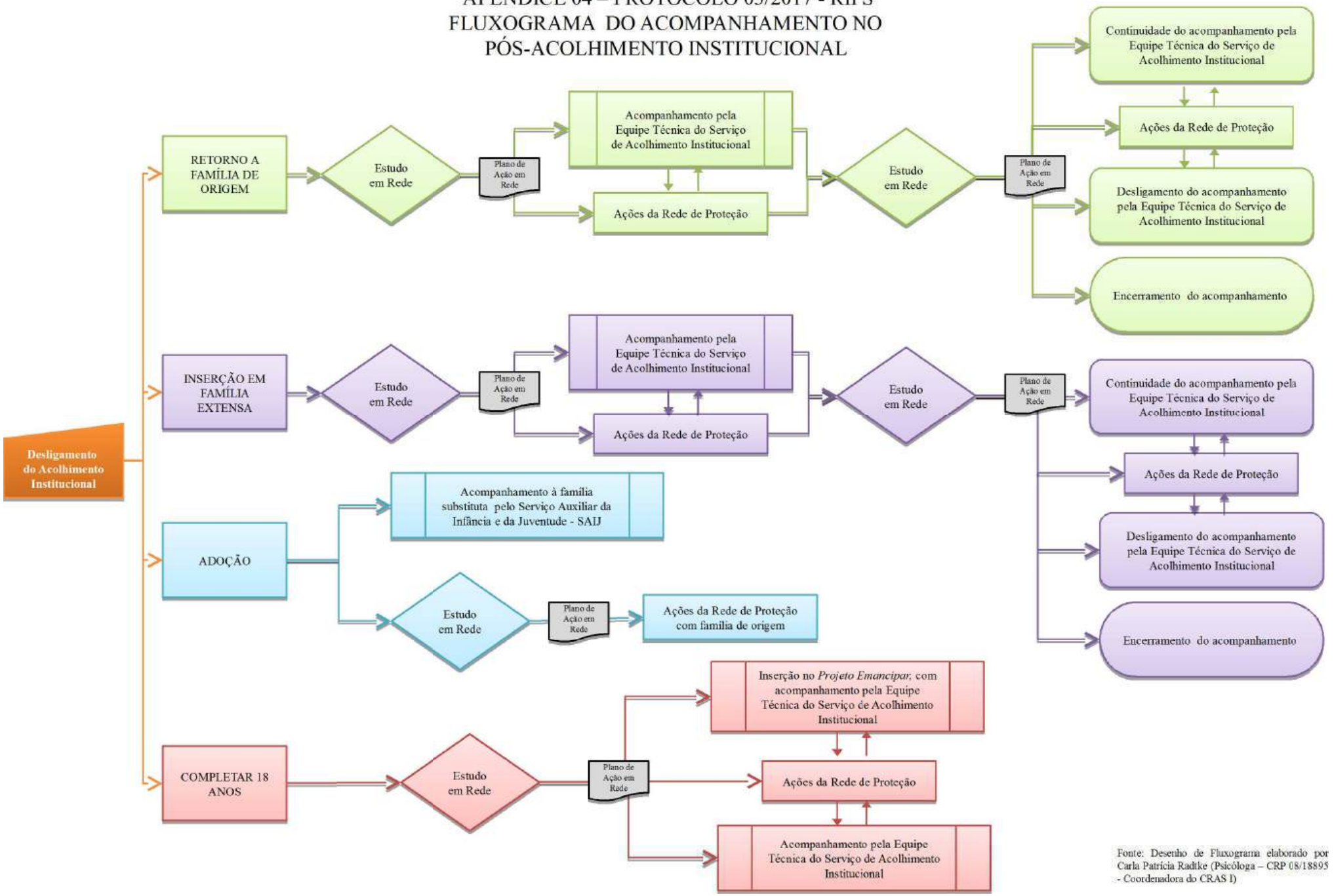
DATA:

NOME:

OBJETIVO	AÇÃO	PRAZO	RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÕES

Assinatura	Assinatura	Assinatura
Assinatura	Assinatura	Assinatura

APÊNDICE 04 – PROTOCOLO 03/2017 - RIPS
FLUXOGRAMA DO ACOMPANHAMENTO NO PÓS-ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL



Fonte: Desenho de Fluxograma elaborado por Carla Patrícia Radtke (Psicóloga – CRP 08/18895 - Coordenadora do CRAS I)



PROTOCOLO 04/2020
PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Novembro, 2020 (primeira versão)

Agosto, 2022 (versão revisada e atualizada)

TOLEDO – PR

Órgãos responsáveis pelo desenvolvimento e sistematização do Protocolo:

Secretaria Municipal de Assistência Social
Secretaria Municipal de Educação
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria de Desenvolvimento Humano
Conselhos Tutelares

Extensão Universitária: Projeto de Apoio à Política de Proteção à Criança e ao Adolescente – PAPPCA
Pesquisa e Pós-Graduação: Grupo de Pesquisa eDefesa dos Direitos Humanos Fundamentais da Criança e do Adolescente - GPDDICA



PROTOCOLO 04/2020
PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA ADULTA[1]
EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Protocolo trata do planejamento e da organização do atendimento da rede de políticas públicas no município de Toledo para que a pessoa adulta em situação de violência sexual possa usufruir do direito de ser respeitada, de ter protegida sua intimidade e privacidade, de ser ouvida e de permanecer em silêncio (nos termos da legislação vigente).

[1] Nos termos da legislação vigente considera-se pessoa adulta aquela que tem idade igual ou superior a 18 anos, maioridade jurídica, quando da ocorrência de um fato admitido pela legislação nacional como compatível com a tipificação de violência sexual (vide Glossário, ao final desse Protocolo). **Importa ressaltar que a Lei n. 12.650, de 17 de maio de 2012, conhecida como *"Lei Joana Maranhão"*, produziu alteração no Art. 111 do Código Penal (Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – atualizações) que trata da contagem do prazo para a prescrição de crimes contra a Dignidade Sexual. O que significa que caso uma criança ou adolescente tenha sofrido uma violência sexual nessa fase etária mas só consiga fazer a revelação do fato após atingir a maioridade, o prazo para procedimentos formais relativos à proposição de ação penal começam a contar a partir da data em que essa pessoa tenha completado 18 anos.**
Consulta: http://comunicacao.mppr.mp.br/modules/noticias/article.php?storyid=11204

INFORMAÇÃO 2022 – Revisão e Atualização

A Equipe de Mobilização (EM) da RIPS, integrada por profissionais representantes das políticas municipais de Assistência Social, de Educação, de Saúde e de Desenvolvimento Humano; Conselheiros Tutelares da Unidade II e docente do Curso de Serviço Social da Unioeste, informam a todos/todas profissionais dos serviços e órgãos dessa Rede de Políticas Públicas que integram a rede de atendimento que durante o ano de 2021 o trabalho desenvolvido por essa Equipe consistiu na revisão e atualização dos Protocolos coletivamente construídos e disseminados pela RIPS, desde o ano de 2016. Assim, para concretizar esse árduo e desafiador trabalho de revisão e atualização foi necessário envidar esforços e realizar diversos encontros de trabalho, num quantitativo aproximado de 16 reuniões, ao longo do ano de 2021 e até o início do mês de agosto 2022.

Postas essas considerações, com o teor do texto ora reapresentado, a EM-RIPS informa e dissemina essa proposta coletiva e intersetorial que concretiza o presente Protocolo.

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

APRESENTAÇÃO

Nesse mês de novembro de 2020 temos muito a celebrar com os avanços que temos construído para consolidar iniciativas institucionais e intervenções profissionais comprometidas com a defesa e proteção dos direitos de cidadania no município de Toledo. Dentre os avanços, consideramos fundamental destacar:

I - A trajetória da Rede Intersetorial de Proteção Social de Toledo – RIPS está completando 5 (cinco) anos de efetivo funcionamento. No curso desses anos grandes foram os desafios e as dificuldades enfrentadas por aquelas/es que persistiram envidando esforços para o amadurecimento e a consolidação desse trabalho em rede. Para isso a atividade primordial consiste em elaborar e desenvolver estratégias que possibilitam a construção das pactuações/acordos/negociações que tornam efetiva a RIPS, pautada pelo caráter intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional.

II - O cumprimento do compromisso assumido para a elaboração/construção; bem como a publicização/lançamento do **Protocolo 04/2020** intitulado: **Proteção e Atendimento à Pessoa Adulta em Situação de Violência Sexual.**

Na oportunidade em que tornamos público o **Protocolo 04/2020**, consideramos indispensável fazer um pequeno registro do quanto de trabalho coletivo acumulado está depositado no texto, no fluxograma e nos apêndices desse Protocolo. Para se chegar a esse resultado, partiu-se de uma atividade ampliada da RIPS em dezembro de 2017. Deflagrado o processo de construção, durante os anos de 2018 e 2019 foram realizadas 39 reuniões de trabalho, sendo: 02 Encontros Ampliados (dez./2018 e set./2019), 14 reuniões setoriais com órgãos/serviços da Rede, 23 reuniões da Equipe de Mobilização da RIPS (conhecida como EM- RIPS), responsável pela organização, pela problematização e pelas sistematizações das propostas. No ano de 2020 foram realizadas 08 reuniões (até 03/09). Entre os meses de outubro e novembro foram necessários diversos encontros de trabalho do grupo encarregado pela revisão da redação, além dos encontros para a organização da reunião ampliada em que se apresentaria este protocolo (01, 08, 15 e 19/10; 05, 18 e 19/11). Posto isso, entre dezembro/2017 e novembro/2020 foi preciso mobilizar mais de cem profissionais, num total de55 encontros de trabalho.

Enfim, podemos afirmar que o processo de construção desse Protocolo nos desafiou a lidar com os conflitos, as divergências de entendimentos e as resistências. Todavia, se chegamos até aqui, foi porque fomos capazes de viabilizar os consensos e tramar as pactuações/acordos/negociações necessárias para a construção desse referencial que objetiva um atendimento e proteção aprimoradas.

Desde já, nossos sinceros agradecimentos a todos e a todas que contribuíram e se dedicaram para que o município de Toledo possa contar com um Protocolo intersetorial, interdisciplinar e interinstitucional para o atendimento e a proteção da pessoa em situação de violência sexual.

Nós, Equipe de Mobilização da RIPS.

SUMÁRIO

ORIENTAÇÕES GERAIS	06
PARTE II - DAS PORTAS DE ENTRADA PARA A RECEPÇÃO E O PROCESSAMENTO DO ATENDIMENTO À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	07
PARTE III - PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO HUMANO E ÓRGÃOS DE SEGURANÇA PÚBLICA	09
GLOSSÁRIO	10
ANEXO A – Modelos de encaminhamentos das diversas politicas públicas	13
ANEXO A1 – Requisição de encaminhamentos da Saúde	13
ANEXO A2 – Referência e Contrarreferência da SMDH	14
ANEXO A3 – Formulário de encaminhamento e de contrarreferência do SUAS	15
ANEXO A4 – Referência e contrarreferência da SMED	16
ANEXO B – Ficha do SINAN	17
ANEXO C – Instrução Normativa SMS mº 05/2019	19
Fluxograma do Atendimento à Pessoa Adulta em situação de violência sexual	29

ORIENTAÇÕES GERAIS

I.1: Todas as situações de violência sexual devem ser referenciadas aos serviços da Política de Saúde, para UBS ou Unidade de Pronto Atendimento - UPA, a depender do tempo transcorrido entre a ocorrência e a ciência do fato, para que a pessoa que tenha sido vitimada possa receber os devidos cuidados, acompanhamentos e encaminhamentos.

I.2: O instrumental a ser utilizado por todas as **Portas de Entrada** para o encaminhamento aos serviços das políticas públicas é a **Ficha de Referência e Contrarreferência (Anexos A1, A2, A3 e A4, conforme respectiva política pública de referência),** que deverá ser endereçada (por e-mail ou envelope lacrado) aos profissionais responsáveis pelo seguimento do atendimento.

I.3: Todas as unidades que se constituem como **Porta de Entrada** deverão prestar orientações à vítima[2] de violência sexual, visando sensibilizá-la à formalizar a denúncia na Delegacia, para registro do Boletim de Ocorrência.

I.4: Independente da **Porta de Entrada**, o profissional que realizou o acolhimento da pessoa em situação de violência sexual deve preencher e encaminhar a **Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN (Anexo B)**, conforme **Instrução Normativa SMS nº 5 de 07 de janeiro de 2019 (Anexo C)**, que deverá ser endereçada (em envelope lacrado, nunca sob posse da vítima) aos profissionais responsáveis pelo processamento da informação do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde.

I. 5: Para proporcionar uma visão ampla do fluxo municipal a ser seguido elaborou-se o **Fluxograma para Proteção e Atendimento à Pessoa Adulta em Situação de Violência Sexual (Apêndice 1).**

[2] Em caso de pessoa curatelada, orientar-se-á o curador para que proceda a formalização da denúncia na Delegacia.

PARTE II

DAS PORTAS DE ENTRADA PARA A RECEPÇÃO E O PROCESSAMENTO DO ATENDIMENTO À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Constituem-se como **Portas de Entrada** para o atendimento das pessoas adultas emsituação de violência sexual a:

II. 1: Política de Saúde[3]: através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA/PAM), Unidades Especializadas de Saúde (Saúde Mental e Central de Especialidades), CISCOPAR, Hospitais (credenciados ao SUS públicos ou privados) e demais estabelecimentos de saúde em caráter privado e de Saúde Suplementar (clínicas médicas,consultórios, ambulatórios).

II.2: Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano: através desta Secretaria.

II.3: Política de Assistência Social[4]**:** através dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de

---

[3] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Promoção da Saúde/PNPS que constituem o referencial atualizadopara a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:

a) Lei nº 8080, 19/09/1990 (dispõe sobre a instituição e organização do Sistema Único de Saúde – SUS).

b) Norma Técnica, 1999 – Ministério da Saúde (atualizações/2012): Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultante daViolência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

c) Portaria nº 936, 19/05/2004 – Ministério da Saúde: Estruturação da rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção daSaúde e Implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência.

d) Matriz Pedagógica para Formação de Redes, 2006 – Ministério da Saúde (atualização/2011): Atenção integral para mulherese adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

e) Decreto Presidencial nº 7.958, 13/03/2013: Estabelece Diretrizes para o Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

f) Portaria nº 528, 01/04/2013 – Ministério da Saúde: Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

g) Lei nº 12.845, 01/08/2013: Dispõe sobre o Atendimento Obrigatório e Integral de Pessoas em Situação de Violência Sexual.

h) Portaria nº 1.271, 06/06/2014 – Ministério da Saúde: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

i) Portaria Interministerial nº 288, 25/03/2015 – Secretaria de Políticas para Mulheres, Ministério da Saúde e Ministério da Justiça: Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.

j) Norma Técnica, 2015 – Ministério da Saúde. Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registrode Informações e Coleta de Vestígios.

k) Portaria de Consolidação nº 04, 28/09/2017 – Ministério da Saúde: Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

[4] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Assistência Social/PNAS que constituem o referencial atualizadopara a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:

a) Lei nº 8742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social/Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

b) Política Nacional de Assistência Social/PNAS, 2004.

c) Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, 2005 e 2012.

Resolução nº 109, 11/11/2009 – Conselho Nacional de Assistência Social: Tipificação Nacional dos

Referência

Especializados de Assistência Social (CREAS), Serviço de Acolhimento Institucional e rede socioassistencial não-governamental.

II.4: Política da Educação[5]: através dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), Escolas e Colégios Públicos e Privados, Ensino de Jovens e Adultos (EJA), Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA), Instituições de Ensino Superior (Núcleo de Práticas Jurídicas, Núcleo Maria da Penha - NUMAPE, entre outros), Centro Integrado de Políticas Educacionais (CIPE).

II. 5: Órgãos de Segurança Pública: através da 20ª Subdivisão da Polícia Civil do Paraná, Delegacia da Mulher e Secretaria de Segurança e Mobilidade Urbana – Guarda Municipal.

[5] Legislação e normatização da área da Política Nacional de Educação/PNE que constituem o referencial atualizado para a organização do atendimento à pessoa em situação de violência sexual:
a) Lei nº. 9394, 20/12/1996: Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Art. 12 e 26).
Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos – Ministério da Educação/Ministério dos Direitos Humanos (1ª. edição ano de 2007 e 3ª. Reimpressão simplificada ano de 2018)

PARTE III

PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL, EDUCAÇÃO, DESENVOLVIMENTO HUMANO E ÓRGÃOS DE SEGURANÇA PÚBLICA

III.1 -Realizar o acolhimento humanizado da vítima em situação de violência em local adequado, com a devida discrição, seguindo os preceitos éticos, observando as recomendações do Decreto Presidencial nº 7.958/2013 e da Norma Técnica 2015 – Ministério da Saúde: *Atenção humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*. Para o adequado provimento de cuidados é indispensável considerar o período de tempotranscorrido numa ocorrência de violência sexual, dessa forma:

III.1.1 As situações de violência cuja ocorrência tenha sido **em até 72 horas**, devem ser encaminhadas imediatamente para à UPA ―Unidade de Pronto Atendimento localizada na Vila Becker, sendo indispensável que o profissional entre em contato telefônico com o Enfermeiro e/ou Assistente Social da UPA através dos telefones 3196-3102 (serviço social) ou 3196-3113 (direção de enfermagem), com o objetivo de informar sobre o ocorrido e direcionar o contato da vítima com este profissional, visando minimizar os efeitos da revitimização. Na sequência do atendimento feito por Unidade de Pronto Atendimento, realiza-se o encaminhamento da vítima para a UBS do seu território de residência acompanhada do documento **Ficha de referência e contrarreferência** (ANEXO A1). Endereçar a **Ficha** aos cuidados do gerente ou enfermeiro, com a descrição do motivo: "**Protocolo 04/2020-RIPS**". Para fins de organizar o atendimento e resguardar a intimidade e privacidade da vítima orienta-se a realizar contato telefônico prévio com o gerente ou enfermeiro da Unidade Básica de Saúde do território para informar situação.

III.1.2 Quando identificada situação de violência ocorrida **após 72 horas**, a vítima deverá ser referenciada à UBS do território de residência da vítima;

III.2 Sensibilizar a pessoa em situação de violência sexual formalizar a denúncia/registro de Boletim de Ocorrência, através do comparecimento à Delegacia da Mulher ou 20ª Subdivisão Policial de Toledo (Delegacia de Polícia Civil).

III.3 O profissional que realizou a acolhida da pessoa em situação de violência sexual deve preencher a **Ficha de Notificação Compulsória do Sistema Nacional de Agravos de Notificação SINAN (Anexo B)** e encaminhá-la, via envelope lacrado, ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, conforme **Instrução Normativa SMS nº 5 de 07 de janeiro de 2019.**

III.4 Para fins de avaliação/acompanhamento, os casos de violência sexual contra a pessoa adulta devem ser encaminhados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do território de residência do usuário através da **Ficha de Referência e Contrarreferência (Anexo A).**

GLOSSÁRIO

1. Tipificação dos atos/comportamentos considerados como violência sexual, segundo:

- Art. 7º da LEI nº. 11.340, de 07 agosto de 2006 – atualizações: "Lei Maria da Penha"[6] ;

- CÓDIGO PENAL[7] - Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e atualizações, TÍTULO VI - DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL;

- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa;

IMPORTANTE: Conforme a Lei nº 14.321/2022, Art. 15A, amplia-se o conceito de violência institucional

> Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade:
> I - a situação de violência; ou
> II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização:
> Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.
> § 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços).
> § 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro."

2 – Caracterização e conceituações compatíveis com os documentos oficiais das políticas públicas (leis, medidas provisórias, decretos, resoluções, portarias, etc.)

CONCEITUAÇÕES PERTINENTES AO ATENDIMENTO DO PÚBLICO LGBTQIA+: Por LGBTQIA+ entende-se que são as pessoas que se autodefinem lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros/transexuais/travestis, queer, intersexuais, agêneros e outros. Identidade de gênero é "a percepção íntima que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico"[8]. Neste sentido, a identidade traduz o entendimento que a pessoa tem dela mesma, como ela se descreve e como deseja ser reconhecida. Por não binário compreendem-se todas as pessoas cuja identidade ou expressão de gênero não se limita a categoria masculino/feminino. Por agênero, entendem-se as pessoas que não se identificam ou não se sentem pertencentes a nenhum gênero. Temos ainda o gênero fluido, o qual é considerado o gênero da pessoa que se identifica tanto com o sexo masculino quanto com o feminino, ou seja, sente-se homem em determinados dias e mulher em outros. A orientação sexual[9] refere-se à atração emocional,

[6] Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
[7] Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
[8] SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para aDiversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. 3ª ed. São Paulo: SJDC/SP, 2018. 47 p.
[9] Definição contida nos Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanosem relação à orientação sexual e identidade de gênero. Yo gyakarta, Indonésia, 2006, p. 7. Disponível em:
<http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>

afetiva ou sexual por indivíduos de sexo/gênero diferente (heterossexuais), do mesmo sexo/gênero (homossexuais), de mais de um sexo/gênero (bissexuais), ou não atrair-se sexualmente por pessoas de nenhum dos sexos/gêneros (assexuais).

CRAS (Centro de Referência de Assistência Social): O CRAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social. No CRAS toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, por meio do qual pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais.

CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social): O CREAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se destina ao atendimento para a população que necessita acessar os serviços da Proteção Social Especial (PSE), ou seja, famílias que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos): O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço que materializa as ações da Proteção Social Básica (PSB) da Política de Assistência Social. Trata-se de um serviço organizado em grupos, como forma de ampliar a convivência das diferentes culturas e das vivências entre os usuários, promovendo com isso o desenvolvimento do sentimento de pertença e de identidade.

UBS (Unidade Básica de Saúde): é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessas Unidades é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

UPA (Unidade de Pronto Atendimento): faz parte da Rede de Atenção às Urgências. Seu objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo umarede organizada em conjunto com a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar.

TERRITÓRIOS DOS CREAS no município de Toledo:

CREAS I - Vila Pioneiro, Vila Operária, Vila Boa Esperança, Jardim Maracanã, Jardim Alto Alegre, Paulista, Jardim Paraíso, Bandeirantes, Park Verde, Jardim da Mata, Jardim Laranjeiras, Jardim Europa/América, Concórdia, Independência, Bela Vista, Santa Clara III, Pedrini, Jardim Heloísa, Jardim Carele, Bom Jesus, São Pelegrino, Pinheirinho, Santa Clara V e Santa Clara IV. Distritos: São Luiz do Oeste, Ouro Preto, Boa Vista, Vista Alegre e Bom Princípio.

CREAS II - Vila Becker, La Salle, Santa Maria, Tocantins, Vila Industrial, Jardim Gisele, Fachini, Jardim Coopagro, Planalto, Pancera, Basso, Anápolis, Santa Clara I, Pascali, Filadélfia, Vila Panorama, São Francisco, Cerâmica Prata, Bressan, Parizotto, Belo Horizonte, Croma, Santa Clara II, Jardim das Torres, Cezar Park, Vila Rural, Centro e Jardim Porto

Alegre. Distritos: Concórdia D’oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Ipiranga, Vila Nova, Novo Sobradinho, Vila São Miguel e Novo Sarandi.

ANEXO A1

Cod Pac:

Cod Prof:

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TOLEDO

444-1 / SECRETARIA DA SAUDE DE TOLEDO

REQUISIÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS		**Emitido**	**18/11/202015:57**
USUÁRIO DO SERVIÇO: **PACIENTE XXXXXXXXX**			TELEFONE: **(XX) XXXXXXXXXX**
DATA DE NASCIMENTO: **XX/XX/XXXXX**	IDADE: **XX ano(s), X mês**	SEXO: **FEMININO**	CNS:
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**			
ENDEREÇO USUÁRIO DO SERVIÇO: **XXXXXXXXXXX, NºXXXX. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - TOLEDO/PR**			
SOLICITANTE: **444-1 / SECRETARIA DA SAUDE DE TOLEDO**			

Unidade: CREAS I

CID:R456 Solicitação: Normal

Motivo Ref.: Protocolo 04/2020 da RIPS.

Justificativa:

Desc. Especialista:

NOME DO PROFISSIONAL
NÚMERO DEREGISTRO

_____/_____/_____

Carimbo e Assinatura

ANEXO A2

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA INFÂNCIA, JUVENTUDE, MULHER, FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO - SMDH
TOLEDO - PR

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Data: ____/____/_____ **N° _____**

Assunto:_____

Para:_____

Nome:_____

Data nasc: ___/___/_____ CPF/RG: _____ Fone: _____

Endereço:_____

Referência:_____

_____

_____
Assinatura e Carimbo Profissional

- -

Procedimentos realizados:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: ____/____/_____

_____

Assinatura e Carimbo do Profissional

ANEXO A3

Prefeitura do Município de Toledo C.N.P.J.: 76.205.806/0001-88 Página:1 de 1
Data: 30/09/2020
Hora: 09:36:04

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO E DE CONTRA-REFERÊNCIA
REDE SOCIOASSISTENCIAL
Sistema Único de Assistência Social - SUAS

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Identificação - Atendimento Nº:

Encaminhamento do Setor de:

Para:

Usuário | Nome do Usuário

Data de Nascimento: | Sexo: | CPF: | Telefone: | NIS:

Endereço:

Identificação / Descrição:

Assunto: Referência - Encaminhamento

Profissional Responsável

Formulário de Contra Referência

Atendimento Nº:

Usuário | Nome do Usuário

Data de Nascimento: | CPF: | Endereço:

De:

Para:

Atendimento Realizado no dia:

____/____/____

Serviço Ofertado:

Resumo do Procedimento:

_____, _____ de _____ de ____

Profissional Responsável

ANEXO A4

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria da Educação

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA Nº xxx/2020 - SMED

Nome: xxxxx **DN:** xxx

Endereço: xxxxx

Telefone: xxxxxx

Para: xxxxxxx

Data: xx/xx/xxxx

Assunto: xxxxxx

REFERÊNCIA: (ENCAMINHAMENTO)

CONTRARREFERÊNCIA Nº xxx/2020 - SMED

Nome: xxxxx **DN:** xxxx

INTERVENÇÕES REALIZADAS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

TOLEDO,_____ DE_____ DE 2020.

Secretaria Municipal da Educação
Rua General Rondon, nº2195 – Jardim La Salle – CEP 85902-090 - Toledo – PR – (45) 33788301 –
educacao@toledo.pr.gov.br

ANEXO B

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física; Deficiência visual; Transtorno mental; Outras; Deficiência Intelectual; Deficiência auditiva; Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

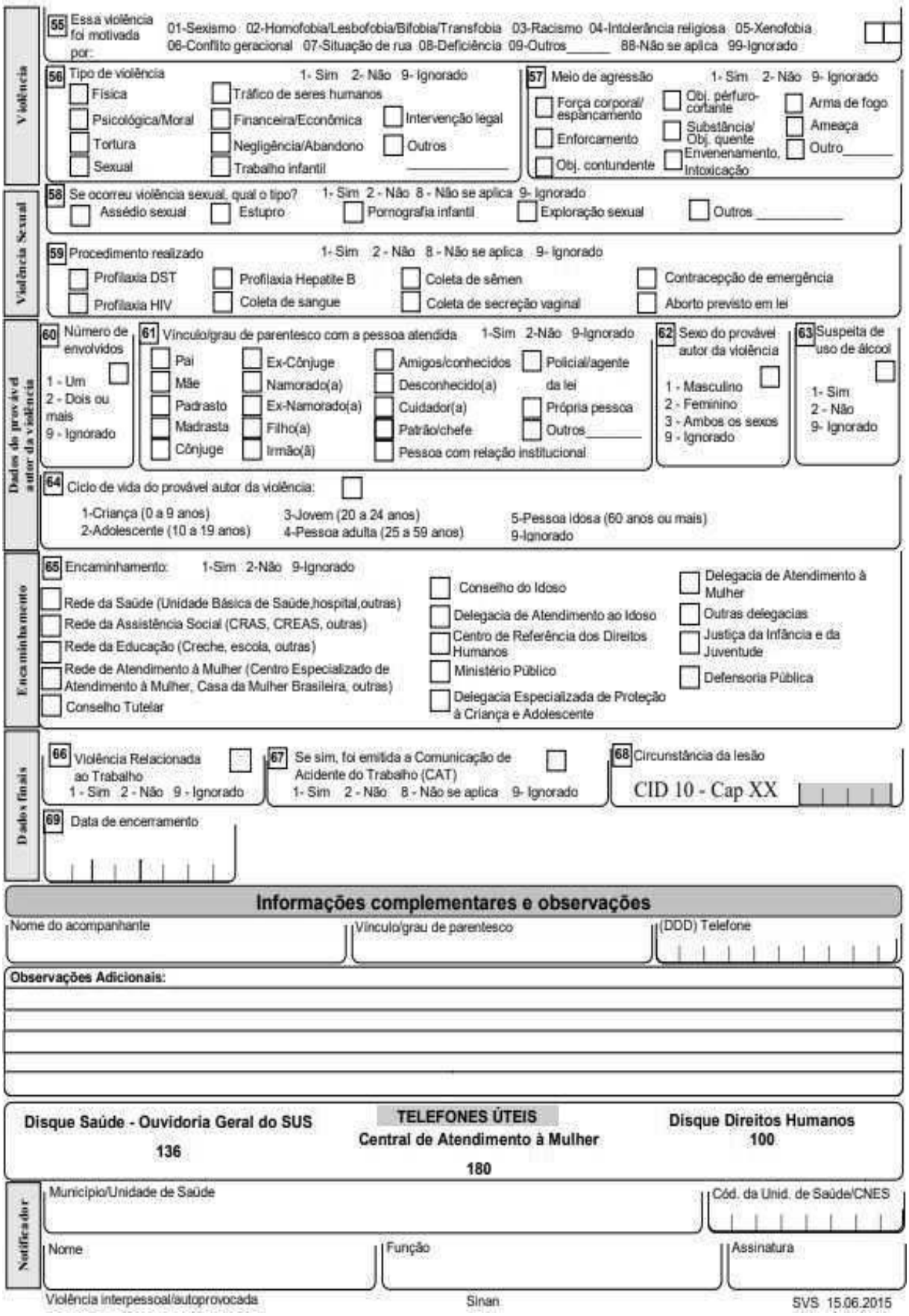
49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência — 01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias/construção; 09 - Outro _____; 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015



Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Física
- Psicológica/Moral
- Tortura
- Sexual
- Tráfico de seres humanos
- Financeira/Econômica
- Negligência/Abandono
- Trabalho infantil
- Intervenção legal
- Outros _____

57 Meio de agressão — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
- Força corporal/ espancamento
- Enforcamento
- Obj. contundente
- Obj. pérfuro-cortante
- Substância/ Obj. quente
- Envenenamento, Intoxicação
- Arma de fogo
- Ameaça
- Outro_____

Violência Sexual

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Assédio sexual
- Estupro
- Pornografia infantil
- Exploração sexual
- Outros _____

59 Procedimento realizado — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado
- Profilaxia DST
- Profilaxia HIV
- Profilaxia Hepatite B
- Coleta de sangue
- Coleta de sêmen
- Coleta de secreção vaginal
- Contracepção de emergência
- Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos
1 - Um
2 - Dois ou mais
9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Pai
- Mãe
- Padrasto
- Madrasta
- Cônjuge
- Ex-Cônjuge
- Namorado(a)
- Ex-Namorado(a)
- Filho(a)
- Irmão(ã)
- Amigos/conhecidos
- Desconhecido(a)
- Cuidador(a)
- Patrão/chefe
- Pessoa com relação institucional
- Policial/agente da lei
- Própria pessoa
- Outros_____

62 Sexo do provável autor da violência
1 - Masculino
2 - Feminino
3 - Ambos os sexos
9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool
1- Sim
2 - Não
9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:
1-Criança (0 a 9 anos)
2-Adolescente (10 a 19 anos)
3-Jovem (20 a 24 anos)
4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)
5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
- Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras)
- Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)
- Rede da Educação (Creche, escola, outras)
- Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- Conselho Tutelar
- Conselho do Idoso
- Delegacia de Atendimento ao Idoso
- Centro de Referência dos Direitos Humanos
- Ministério Público
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente
- Delegacia de Atendimento à Mulher
- Outras delegacias
- Justiça da Infância e da Juventude
- Defensoria Pública

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão
CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS
136

Central de Atendimento à Mulher
180

Disque Direitos Humanos
100

Notificador

Município/Unidade de Saúde | Cód. da Unid. de Saúde/CNES

Nome | Função | Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada — Sinan — SVS 15.06.2015

ANEXO C

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

INSTRUÇÃO NORMATIVA SMS Nº 5, de 07 de janeiro de 2019

Estabelece fluxo da ficha de notificação de violências no Município de Toledo, nas Políticas de Saúde, Assistência Social, Educação, da Mulher, da Juventude, de Segurança e Trânsito, Conselho Tutelar e em serviço relacionado à Secretaria de Estado da Justiça, Trabalho e Direitos Humanos.

A SECRETARIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, através do Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz – NPV,

considerando o disposto na Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional: *Art. 4º. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível*;

considerando o que estabelece a Lei nº 13.331, de 23 de novembro de 2001 – Código de Saúde do Paraná: *Art. 513. Não constitui quebra de sigilo médico a revelação dos casos de doenças de notificação compulsória. § 1º. Nas situações em que puderem resultar problemas sociais, a notificação deverá ser feita de forma confidencial à autoridade sanitária, que tomará, em cada caso particular, as providências necessárias. § 2º. Todos os funcionários do sistema de saúde, em todos os níveis, que pela natureza de suas atividades, tenham contato com informações sobre as doenças de notificação compulsória, deverão guardar sigilo profissional. Art.543. Constituem infrações sanitárias as condutas tipificadas abaixo: XXIII. Deixar de notificar doença ou outro agravo à saúde, quando tiver o dever legal de fazê-lo*;

considerando a Portaria nº 936/GM, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios;

considerando o que estabelece, em seu artigo 3º, o Decreto Municipal nº 995, de 1º de novembro de 2016, que instituiu o Núcleo Intersetorial de Prevenção às Violências, Acidentes e Promoção da Saúde e Cultura da Paz no Município de Toledo: *Art. 3º - O "Núcleo" tem como objetivos: I – geral: articular a rede intersetorial para planejamento da política pública municipal de enfrentamento às violências, visando à redução dos índices de violência no Município de Toledo, através da promoção da saúde e cultura da paz. II – específicos: b) implementar a notificação compulsória da violência visando a qualificar a informação para o diagnóstico e planejamento de ações de enfrentamento da violência; c) implantar e/ou implementar as ações de vigilância e controle dos acidentes e violências e promoção da saúde e cultura da paz;*

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

a Secretaria da Saúde do Município de Toledo **ESTABELECE** o fluxo da ficha de notificação de violências no Município, conforme segue:

Art. 1º – Todos os serviços que fazem parte da rede de atendimento público/privado às vítimas de violência no Município de Toledo, deverão realizar o preenchimento da ficha de notificação de violências, seguindo o respectivo fluxo descrito no Anexo "A", parte integrante desta Instrução Normativa.

Parágrafo único – Consideram-se, para efeito legal desta Normativa, os seguintes serviços:

I – Da Política de Saúde: Secretaria Municipal da Saúde: Atenção Básica (UBS, ESF, PAD, NASF, Ambulatório de Feridas), Serviços de Urgência e Emergência (UPA e MINI HOSPITAL), Departamento de Saúde Mental (Ambulatório, CAPS AD, CAPS II), Central de Especialidades, Clínica de Fisioterapia Infantil, Hospitais (HOESP, HCO, Hospital Campagnolo), CISCOPAR (SIM-PR/CAPS AD III, CTA, CEP, CEO);

II – Da Política da Educação: Centros Municipais de Educação Infantil – CMEIs, Escolas Municipais, Escolas Estaduais e Equipe Técnica da SMED;

III – Da Política de Assistência Social: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Centro de Revitalização da Terceira Idade – CERTI, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV e Casas Abrigo;

IV – Da Política da Mulher: Secretaria de Políticas para Mulheres;

V – Da Política de Segurança e Trânsito: Guarda Municipal, Patrulha Maria da Penha e Delegacia da Mulher;

VI – Da Política da Juventude: Secretaria da Juventude e Centros da Juventude;

VII – Da Política da Secretaria de Justiça, Trabalho e Direitos Humanos: Centro de Socioeducação – CENSE TOLEDO;

VIII – Do Conselho Tutelar.

Art. 2º – Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DA SECRETÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 07 de janeiro de 2019.

Denise Liell
Secretária Municipal da Saúde

Lucio de Marchi
Prefeito Municipal de Toledo

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

ANEXO "A"

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Atenção Básica (UBS, ESF, PAD, NASF, Ambulatório de Feridas)
Serviços de Urgência e Emergência (UPA e MINI HOSPITAL)
Departamento de Saúde Mental (Ambulatório, CAPS AD, CAPS II)
Hospitais (HOESP, HCO, Hospital Campagnolo)
CISCOPAR (SIM-PR/CAPS AD III, CTA, CEP, CEO)
Central de especialidades e Clínica de Fisioterapia

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O envelope com as fichas deve ser encaminhado semanalmente à equipe da Vigilância Epidemiológica via malote.
- Caso algum serviço de saúde não possua malote, deverá solicitar, via contato telefônico no número 3252-7851 ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes.
- Caso necessário atendimento em outro ponto da rede o serviço deverá sinalizar na referência e contrarreferência a data em que foi realizada a notificação de violência.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR

POLÍTICA DA EDUCAÇÃO

(Escolas estaduais e municipais, CMEIs, Equipe Técnica da SMED)

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- Nas escolas municipais e CMEIs o envelope com as fichas deve ser encaminhado pelo diretor da escola ou CMEI para a SMED e guardado em local específico (armário identificado).
- A escola e CMEI deverão sinalizar na referência e contrarreferência à Equipe Técnica da SMED a data em que foi realizada a notificação de violência.
- A Equipe Técnica da SMED notificará somente casos identificados durante o atendimento.
- A equipe da Vigilância Epidemiológica recolherá os envelopes, a partir do contato telefônico no número 3252-7851 semanalmente na SMED.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
CERTI (Centro de Revitalização da Terceira Idade)
SCFV (Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), Casas Abrigo

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O envelope com as fichas deve ser encaminhado para a equipe da Vigilância Epidemiológica via motorista da SMAS.
- Caso algum serviço de saúde não possua malote, deverá solicitar, via contato telefônico no número 3252-7851 ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes.
- Os CREAS notificarão casos para os quais são a porta de entrada do atendimento ou quando verificado nova situação de violência.
- Em todos os documentos de referência e contrarreferência da rede encaminhados aos serviços de assistência social, deverão constar a data em que foi realizada a notificação de violência.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA MULHER

Secretaria de Políticas para Mulheres

- O serviço identificará a suspeita ou caso confirmado de violência e deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento a equipe identificar nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DE SEGURANÇA E TRÂNSITO

Guarda Municipal
Patrulha Maria da Penha
Delegacia da Mulher

- O serviço que **primeiro** identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA JUVENTUDE

Secretaria da Juventude
Centros da Juventude

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

POLÍTICA DA SECRETARIA DE JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS

CENTRO DE SOCIOEDUCAÇÃO – CENSE TOLEDO

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

FLUXO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR*

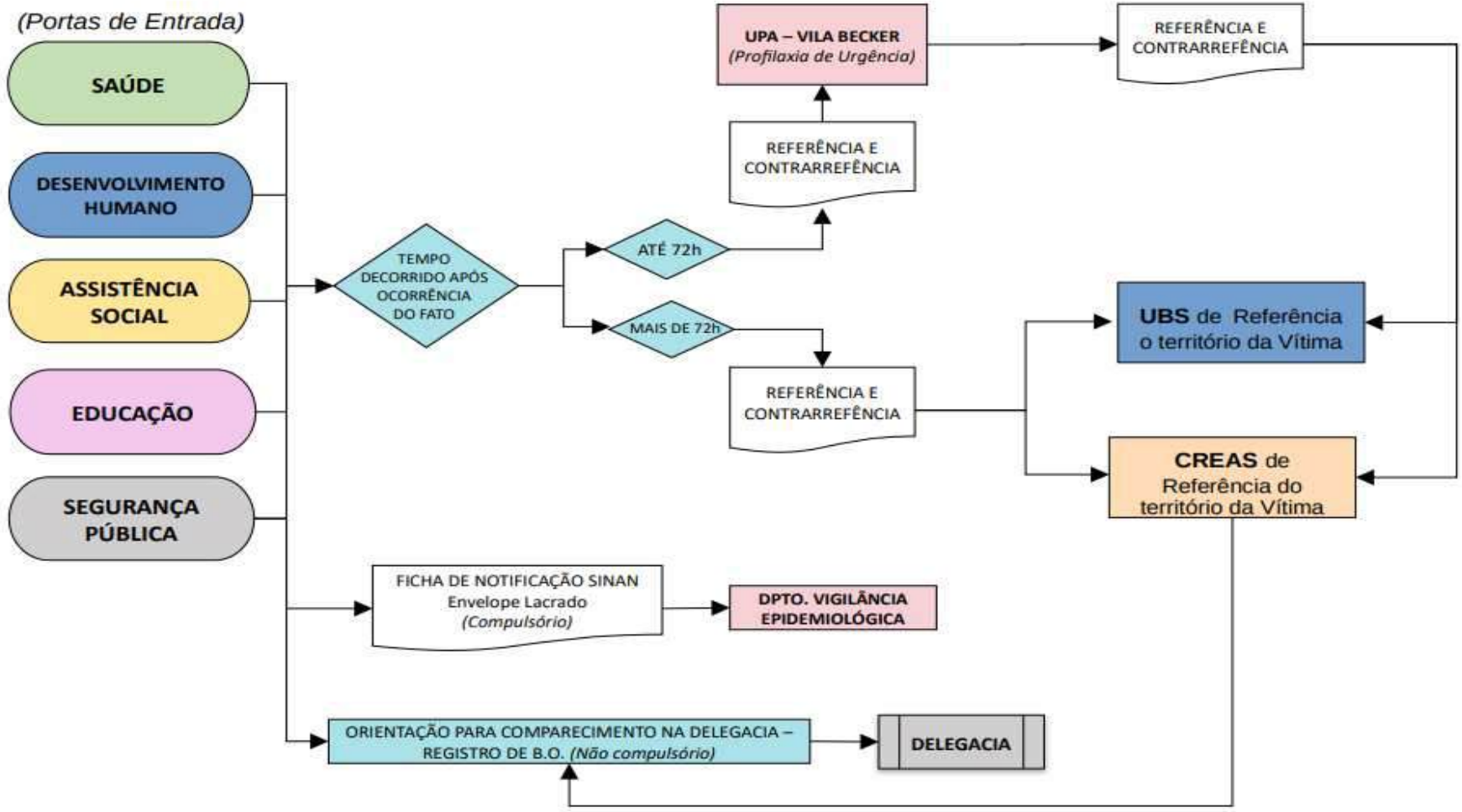
CONSELHO TUTELAR

- O serviço que identificar a suspeita ou caso confirmado de violência deverá preencher a ficha de notificação de violências do SINAN-MS.
- As fichas devem ser agrupadas em envelope lacrado com identificação: CONFIDENCIAL A/C VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
- O serviço deverá solicitar ao Setor de Vigilância Epidemiológica para recolher os envelopes, via contato telefônico no número 3252-7851.
- Se no decorrer do acompanhamento as equipes identificarem nova situação de violência, deverá ser notificado novamente.

* Definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

APÊNDICE 1

FLUXOGRAMA PARA PROTEÇÃO E ATENDIMENTO À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL



TOLEDO PREFEITURA

unioeste Universidade Estadual do Oeste do Paraná

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO Nº 1

4ª EDIÇÃO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO Nº 1

4ª EDIÇÃO

TOLEDO, JULHO DE 2021

AUTORES

Andressa Caroline Silva Gottardi - Enfermeira

Carla Caroline Campanelli Moreira - Enfermeira

Claudia Terezinha Frohlich - Enfermeira

Claudia Bonifácio Andrade – Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Jéssica Bernart da Silva - Enfermeira

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Kiussa Taina Geteins Vidal Cintra - Enfermeira

Márcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

REVISORES

Marcos Fernando Soares – Enfermeiro Obstetra

Marcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra

Viviane Carnelossi Benvenuto – Enfermeira Obstetra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

TOLEDO, JULHO DE 2021

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. JUSTIFICATIVA 9
3. OBJETIVO GERAL 9
4. EQUIPE RESPONSÁVEL 9
5. POPULAÇÃO ALVO 9
6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO 9
7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO 10
   7.1 Acolhimento 10
   7.2 Diagnóstico precoce da gestação 10
      7.2.1 Sinais de presunção de gravidez 11
      7.2.2 Sinais de probabilidade 11
      7.2.3 Sinais de certeza 11
   7.3 Estímulo a Paternidade Responsável 12
   7.4 Projeto "Um Outro Destino" - NAE 13
8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO 14
9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL 16
   9.1 Exame físico 17
10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A) 18
11. VACINAS NA GESTAÇÃO 18
   11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular]) 19
   11.2 Vacina Hepatite B 19
   11.3 Vacina contra Influenza 20
   11.4 Vacina contra COVID-19 20
   11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH 20
   11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B 21
12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL 21
   12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico 21
   12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas 22
13. EXAMES NO PRÉ-NATAL 29
   13.1 Teste da Mãezinha 30
   13.1.1 Sobre a coleta 30
   13.1.2 Prazo de envio 31
   13.1.3 Rotina para coleta dos exames 31
   13.1.4 Lançamento no Sistema SIG saúde MV 31
   13.2 Testes Rápidos 31
      13.2.1 Caso HIV positivo 31
      13.2.2 Caso Sífilis positivo 32
      13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante 34
   13.3 Toxoplasmose na Gestante 35

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose 35
14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 36
15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM 39
15.1 Primeira consulta 39
15.2 Consultas subsequentes 40
16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS 40
16.1 Primeiro trimestre de gestação 40
16.2 Segundo trimestre de gestação 41
16.3 Terceiro trimestre de gestação 42
17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO 43
18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR 43
19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de ciap´s para desfecho da gestação 15

Quadro 2 - Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso 22

Quadro 3 - Administração da suplementação profilática de ácido fólico. 22

Quadro 4 - Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação – cuidados de enfermagem e prescrições farmacológicas 22

Quadro 5 - Exames no pré-natal 29

Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA 32

Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos 33

Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina. 33

Quadro 9 - Controle de cura da sífilis 34

Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual 36

Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário 37

Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco 38

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ 46
FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA 47
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL 48
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS 49
FLUXOGRAMA 5 – ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO 50
FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM RH NEGATIVO 51
FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU 52
FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL 53
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE 54
FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO 55
FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES 56

LISTA DE ANEXOS:

ANEXO 1 – TABAGISMO 57
ANEXO 2 – ETILISMO 58
ANEXO 3 – PLANO DE PARTO NORMAL 59
ANEXO 4 – FLUXO CESÁREA ELETIVA 62
ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA 63
ANEXO 6 – PLANO DE PARTO CESÁREA 64
ANEXO 7 – FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES 65
ANEXO 8 – FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES 66
ANEXO 9 – FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO 67
ANEXO 10 – FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO 73
ANEXO 11 – LISTA DE EXAME PARA SEREM SOLICITADOS 74
ANEXO 12 – LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO 75

1. INTRODUÇÃO

Conforme pactuação do Município de Toledo com a 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e com intuito de melhorar a assistência da mulher e do recém-nascido, este protocolo vem estabelecer orientações e fluxogramas da assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário e assistência puerperal das gestantes da rede pública no município de Toledo/PR.

2. JUSTIFICATIVA

Este protocolo tem o intuito de permitir a padronização da assistência de enfermagem atendendo ao princípio da equidade, norteando os profissionais no planejamento e execuções dos cuidados, estabelecendo e padronizando condutas e manejos, bem como qualificar a assistência para uma melhor qualidade das ações de saúde da gestante no período de pré-natal, fornecendo orientações quanto ao parto e assistência ao puerpério.

3. OBJETIVO GERAL

Qualificar a assistência do pré-natal de risco habitual e intermediário pelo enfermeiro contribuindo para a diminuição dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Toledo/PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Gestantes, parceiros, familiares e puérperas.

6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO

A Consulta de Pré-natal de Enfermagem na rede de atenção primária em saúde é respaldada pelo MS e a Lei do Exercício Profissional 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO

Toda mulher em idade fértil (10 aos 49 anos) (BRASIL, 2012) e, sexualmente ativa, com relato de atraso menstrual, deve ser encaminhada ao profissional enfermeiro da unidade com intuito de detectar precocemente uma possível gestação. Observando que qualquer membro da equipe é responsável em receber esta informação e direcionar adequadamente esta possível gestante.

7.1 Acolhimento

O acolhimento da gestante na rede de atenção primária em saúde implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com seu contexto social, entre outros (BRASIL, 2012).

Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade da mulher e da sua família, para que seja realizada uma anamnese clara e objetiva com espaço para dúvidas e solicitações e que possibilite a estratificação de risco conforme a linha guia do Estado.

Quando existir a figura de um parceiro(a) e/ou acompanhante é um momento oportuno para sensibilizar e envolver sua participação valorizando a capacidade do parceiro(a) escutando suas demandas e sugestões oferecendo apoio e incentivando ao cuidado da própria saúde. No caso em que a mulher não queira a presença do parceiro(a) deve-se questionar as razões e se gostaria de outro acompanhante explicando os benefícios deste neste momento. Caso a mulher decida por não ter o futuro pai como acompanhante, respeitar a sua decisão.

Nas Unidades Básicas de Saúde, os atendimentos destas mulheres para realização de teste rápido para gravidez deve ser realizado no momento em que a mulher procura a unidade, entre as agendas, e caso positivo pode ser agendado o dia para consulta de Abertura de pré-natal. Na consulta de abertura de pré-natal é que serão realizadas a escuta qualificada, orientações sobre a gestação, as rotinas do serviço e haverá tempo hábil para retirar dúvidas.

7.2 Diagnóstico precoce da gestação

Com objetivo de realizar o diagnóstico precoce da gestação, as unidades de saúde deverão oferecer as mulheres com atraso menstrual ou suspeita de gestação o Teste Rápido para detecção da gravidez, instituído no Município desde 2009**.** Na

ausência do teste solicitar Beta-HCG no laboratório de referência, considerando que ambos os testes são sensíveis e confiáveis. *Ao solicitar o Beta-HCG o profissional deverá estabelecer uma forma de busca ativa da mulher para acompanhamento desse exame*. Orientar a mulher que em de teste rápido negativo: se persistir o atraso menstrual por mais 10 dias, retornar a UBS, para solicitar o Beta-HCG, conforme Fluxograma 1.

Caso a mulher seja captada com atraso menstrual acima de 12 semanas pode-se detectar a presença de Batimento Cardíaco Fetal (BCF) utilizando o detector fetal. Caso não seja possível a detecção do BCF, realizar o teste rápido para gravidez e por última escolha o exame laboratorial Beta-HCG, se o teste rápido de gravidez negativo.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) as mulheres com atraso menstrual podem apresentar sinais que indiquem uma possível gestação, devendo o enfermeiro estar atento a estes, para detecção e seguimento do acompanhamento.

7.2.1 Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

7.2.2 Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

7.2.3 Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas.

- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal a partir de 6 ou 7 semanas de gestação e a atividade cardíaca.

7.3 Estímulo a Paternidade Responsável

O profissional responsável pelo acolhimento deve estar atento a situações em que a gestante chega à consulta de pré-natal sem acompanhante: pergunte sobre o seu relacionamento com o pai e se ela gostaria que ele a acompanhasse nas próximas consultas e durante o parto; se a gestante quiser ir com o pai, converse com ela sobre como convidar, sobre os benefícios desse envolvimento e sobre o que teriam que considerar para a sua participação (horário do pedido de autorização para sair do trabalho, etc.); se o futuro pai/acompanhante não pode acompanhá-la nas consultas por razões como viagens, trabalho, privação de liberdade, etc., orientar a mãe a transmitir a ele todas as informações para que se sinta estimulado a se envolver no processo.

A participação do (a) parceiro (a) durante o acompanhamento da gestação e do parto e nos cuidados no desenvolvimento da criança é de fundamental importância, pois possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e a formação de vínculos afetivos saudáveis. Baseado nisso, as Políticas Nacional e Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009; e Resolução SES-DF n° 420, de 03 de dezembro de 2013) tem como um dos seus objetivos a proposição de ações estratégicas que fortaleçam e que efetivem a participação dos pais em todas as etapas da gravidez e do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam pré-natal na rede busquem acolher o(a) parceiro(a) da mulher, desde o diagnóstico da gravidez, e o(a) integre às ações realizadas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto, do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil, a partir das seguintes ações:

- Acolher e buscar envolver os pais/parceiros(as) desde o teste de gravidez, permitindo que ele(a) se identifique com a proposta de cuidar e começar a criar vínculos com seu futuro filho(a);

- Explicar para a gestante e o futuro pai os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto (Lei do Acompanhante);
- Realizar exames de testes rápidos e exames de rotina;
- Atualizar o cartão vacinal do(a) companheiro(a) da gestante;
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- Apresentar ao parceiro os textos disponíveis na Caderneta da Gestante;
- Estimular que o pai compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação;
- Incentivar a participação efetiva do parceiro(a) no momento do parto, puerpério e cuidado ao RN;
- Orientar e valorizar o apoio que ele(a) pode dar com relação à amamentação e realizando atividades domésticas como cuidar da casa, cozinhar e lavar as roupas.

No momento do diagnóstico da gravidez, caso essa mulher esteja sozinha, o profissional de saúde deve incentivar a participação do(a) parceiro(a) nas próximas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja realizado pelo casal, *respeitados os direitos da mulher acerca da presença de acompanhante.*

7.4 Projeto “Um Outro Destino” - NAE (Núcleo de Apoio Especializado á criança e ao adolescente)

O projeto “Um Outro Destino” existe para ajudar as gestantes ou mães de recém-nascidos, que manifestem o interesse de entregar o(a) filho(a) para adoção, a tomar uma decisão consciente, seja pela entrega para a adoção ou pela permanência com a criança. A entrega para a adoção tem respaldo jurídico e os profissionais ligados ao projeto estão preparados para oferecer a gestante ou mãe um tratamento humanizado, sem críticas ou censura, garantindo-lhe o direito ao sigilo.

A gestante que tem a intenção de entregar o(a) filho(a) em adoção deve procurar a vara da infância e da juventude onde receberá as informações e acompanhamento necessários para que possa tomar a decisão de maneira consciente e esclarecida. A gestante é acompanhada pela saúde, para o pré-natal e pela assistência social para atendimento especializado. Após o nascimento da criança,

a vontade da mãe ou de ambos os genitores, se houver pai registral ou pai indicado, deve ser manifestada na audiência.

Após a manifestação de intenção da entrega, a mãe pode desistir. O consentimento é retratável até a data da audiência realizada após o nascimento e os pais podem exercer o arrependimento no prazo de 10 dias, contados da data de prolação da sentença de extinção do poder familiar.

A adoção legal oferece á criança a oportunidade de ter um outro destino, sendo inserida em uma família habilitada, preparada dentro das atividades do grupo de apoio á adoção de Toledo(GAAT) e acompanhada pela Vara da Infância e da Juventude.

ABANDONAR É CRIME, ENTREGAR PARA A ADOÇÃO É UM ATO DE AMOR.

CONTATOS: (45) 99825-8674
(45) 3277-4811

8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Após o diagnóstico da gestação dá-se início ao acompanhamento do pré-natal da gestante, e os registros no prontuário eletrônico se darão da seguinte forma:

- Primeira consulta: obrigatoriamente deve ser agendado no sistema de informação municipal como: ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL INCENTIVO PHPN; Dados necessários para a adesão ao pré-natal web. No atendimento clicar na aba hipótese, abrir aba SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), clicar em pré-natal, preencher todos os dados do atendimento obstétrico, ao final do preenchimento gravar os dados do pré-natal, incluindo o CIAP (W78).
- Consultas subsequentes: deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA DE PRÉ NATAL.
- Consultas por demandas espontâneas, exames de testes rápidos e estreptococos, e coleta de preventivo: agendar como consulta de profissional de nível superior exceto médico.
- Consulta Puerperal: as consultas realizadas até 45 dias pós-parto deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA PUERPERAL. Durante o atendimento puerperal para poder concluir a gestação no sistema (municipal e pré-natal web) deve ser realizado registro no módulo atendimento de consultas SOAP, no campo avaliação informando os CIAPs relacionados ao desfecho da gestação conforme Quadro 1. Importante utilizar apenas

os CIAPs abaixo descritos, pois fora estes não se consegue exportar estes dados para base do Ministério da Saúde:

Quadro 1 – Relação de CIAP´s para desfecho da gestação

CONDIÇÃO	CIAP
Parto sem complicações de nascido vivo	W90
Parto sem complicações de natimorto	W91
Parto com complicações de nascido vivo	W92
Parto com complicações de natimorto	W93
Aborto espontâneo	W82
Aborto provocado	W83

- Consulta do Pai/Parceiro: a consulta deverá ser agendada no sistema de informação municipal como: CONSULTA PRÉ NATAL DO PARCEIRO.
- Aplicação de medicações em gestantes – principalmente gestantes e parceiros em tratamento de Sífilis: em qualquer situação que haja necessidade de aplicações de medicação na UBS para parceiro ou gestante, deve ser colocado no sistema de informação municipal, entrar em atendimento, procedimento ambulatorial, colocar nome do usuário/paciente, e procedimento administração de medicação. Colocando no campo de observação obrigatoriamente, o tipo de medicação administrada e a via de administração. Anotar também no cartão da gestante.
- Planilha de Gestante Municipal: o município conta com uma planilha de gestante municipal, toda adesão ao pré-natal a gestante deve ser inclusa nesta planilha, devendo esta ser alimentada conforme suas especificações por todos os membros da equipe, conforme organização de cada UBS.
- Planilha de Infecção do Trato Urinário e Sífilis: o município conta com uma planilha municipal, para a inclusão de gestantes com Infecção do Trato Urinário (ITU) e Sífilis, para rastreabilidade, monitoramento e acompanhamento, da gestão e da UBS. O enfermeiro deve alimentar esta planilha, com o auxílio das informações do médico.
- Quando gestante muda de endereço para outro município: alterar no cadastro do usuário endereço para não informado e descrever no campo observação que mudou-se e realizar o bloqueio do cadastro.

9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Realizar o devido preenchimento do Cartão da Gestante (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal intercalada com a do(a) médico(a) até o término da gestação;
- Solicitar exames de rotina de acordo com a Rede Materno Infantil;
- Realizar testes rápidos na gestante e parceiro(a) (lembrando que os resultados devem ser entregues separadamente). OBS.: *caso parceiro(a) não esteja presente na consulta, agendar conforme rotina da UBS;*
- Realizar o Teste da Mãezinha;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
- Encaminhar e/ou agendar a gestante para atendimento odontológico;
- Realizar a estratificação de risco conforme linha guia e encaminhar a gestante para atendimentos multiprofissionais conforme a necessidade (conforme quadros 10, 11 e 12)
- Verificar a situação vacinal e encaminhar a gestante a sala de vacina conforme sua necessidade. Caso a mulher não esteja portando o cartão vacinal e não existindo dados no sistema de informação municipal, orientá-la a trazer na próxima consulta e monitorar se houve a realização das vacinas necessárias durante o período de gestação;
- Identificar gestantes com sinal de alarme e encaminhá-las para consulta médica;
- Orientar as gestantes quanto aos sinais de riscos obstétricos, esta deve ser orientada a procurar o hospital de referência caso a unidade de saúde não esteja em horário de atendimento;
- Incentivar a participar das atividades educativas;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e atentar-se para a busca ativa das gestantes faltosas;
- Vincular as gestantes ao hospital\maternidade de referência de acordo com sua estratificação de risco, no município de Toledo, todas as gestantes deverão estar vinculadas ao HOESP/ Hospital Bom Jesus;

- *A visita guiada para o hospital de referência deve ser orientada desde a primeira consulta de pré-natal, sempre confirmar a disponibilidade da instituição para o agendamento. Contato com o Banco de Leite Humano – telefone: (45) 2103-2013;*
- Programa “Mãe Toledana”, instituído pela Lei “R” Nº 109, de 5 de setembro de 2007, o qual consiste no custeio de até vinte e oito passagens de transporte coletivo urbano a gestantes residentes no Município de Toledo, para viabilizar a realização do acompanhamento de pré-natal (a solicitação deve ser realizada através do e-mail maetoledana@toledo.pr.gov.br, após a gestante possuir o cartão de transporte do município);
- Programa “Mãe Dedicada – Pré-natal 100%”, instituído pela Lei “R” Nº 135, de 6 de novembro de 2009, que tem como objetivo a concessão de prêmio, a título de incentivo, no valor de R$ 200,00 (duzentos reais), em parcela única, às parturientes residentes no Município de Toledo, que tenham realizado, através do SUS, no mínimo sete consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde, durante a gravidez, e a primeira consulta do recém-nascido, mediante verificação pelos Relatórios de Acompanhamento, Cartão da Gestante e Declaração de Nascido Vivo da Secretaria da Saúde (a solicitação deverá ser realizada no setor de protocolo da prefeitura);

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a estratificação do risco conforme a Linha Guia Rede Materno Infantil, sempre identificando e monitorando o correto preenchimento do cartão da gestante.

Ao identificar uma situação que caracterize risco real e/ou fatores evitáveis a gestante deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada.

9.1 Exame físico geral e obstétrico

Durante a consulta de enfermagem além da competência técnica, o enfermeiro deve atentar-se para as condições crônicas e agudas apresentadas pela gestante:

- Avaliação dos dados vitais;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação da região cervical;

- Avaliação da cavidade oral;
- Inspeção e palpação das mamas;
- Avaliação de edemas principalmente em face e MMII;
- Observar varizes e sinais flogísticos;
- Palpação Obstétrica para identificação da situação e apresentação fetal e acompanhamento da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF);
- Presença de perdas vaginais;
- Leucorreia;
- Queixas urinárias;
- Exame especular, podendo ser na primeira consulta e/ou nas subsequentes. OBS: *Diante da necessidade de coleta de preventivo na gestação, realizar o preventivo e avaliação ginecológica simultaneamente.*

10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A)

Além das orientações gerais sobre o pré-natal deve-se solicitar/realizar os seguintes exames:

- Testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Solicitação laboratoriais de rotina: tipagem sanguínea e fator RH, hemograma, lipidograma (HDL, LDL, colesterol total, triglicerídeos), glicose de jejum, urina e TSH;
- Aferição dos Sinais Vitais e IMC;

Estes deverão ser solicitados/realizados no primeiro trimestre de gestação da mulher e, caso seja detectado alguma alteração, deve-se ofertar o devido tratamento ou encaminhamento para a condição clínica diagnosticada.

Solicitar carteira de vacinação e/ou verificar no sistema de informação municipal e atualizar as vacinas atrasadas.

11. VACINAS NA GESTAÇÃO

A vacinação durante a gestação não objetiva somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Dessa forma, recomenda-se que as mulheres gestantes estejam com seu calendário vacinal atualizado com as seguintes vacinas: dT (Dupla Adulto – Difteria e Tétano); dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis*

acelular]); Influenza, COVID-19 e Hepatite B. Baseado nisso, a gestante deverá iniciar ou complementar seu esquema vacinal de acordo com a situação encontrada, a saber:

11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular])

a) *Gestante sem nenhuma dose registrada da dT:* iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

b) *Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses) em qualquer período gestacional:* deve-se completar o esquema de 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias entre elas, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

c) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há menos de 5 anos:* deverá receber 1 dose da dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

d) *Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos:* deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

e) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos:* deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação.

Deve ser administrada 01 dose da vacina dTpa para cada gestação, devido os anticorpos serem de curta duração. Gestantes que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde podem receber a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério (até 45 dias após o parto).

11.2 Vacina Hepatite B

a) As gestantes não vacinadas, independente da faixa etária e idade gestacional devem receber 03 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses. Aquelas que apresentam esquema vacinal incompleto devem apenas completar o esquema já iniciado.

b) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem menores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) solicitar o exame Anti-Hbs para avaliar imunidade contra Hepatite B – agendar o exame com cota do CISCOPAR;

c) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem maiores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) devem receber 3 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses.

11.3 Vacina contra Influenza

É recomendada em todas as gestantes, em qualquer período gestacional, ou puérperas até 45 dias pós-parto, durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

11.4 Vacina contra COVID-19

a) A vacina pode ser administrada em qualquer faixa etária e Idade Gestacional, apenas respeitando intervalo mínimo entre as doses recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

c) No caso de puérperas que receberem a vacina não há indicação de interromper a amamentação.

11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH

Quando for necessária a administração de imunoglobulina, deve-se registrar a indicação no cartão da gestante e destacar o exame laboratorial que atesta a necessidade da imunoglobulina. O hospital de referência que realizará tal procedimento.

Em casos de aborto, em que não tenha sido feito imunoglobulina ANTI-RH, ou não há anotações frente à administração por parte do hospital, primeiramente deve-se entrar em contato telefônico com o hospital de referência, se não realizado, solicitar ao setor de epidemiologia a imunoglobulina para aplicação na Unidade de Saúde.

Atentar-se a consulta puerperal, a anotação do hospital de referência do parto, se existe anotação no cartão da gestante frente a administração de imunoglobulina, se não houver registro entrar em contato com hospital. Caso haja algum problema ou falta de informação entrar em contato com vigilância epidemiológica do município.

11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B

Em caso de Teste Rápido de Hepatite B positivo, realizar notificação a epidemiologia e solicitar exames confirmatórios (Uma vez confirmado a Hepatite B ou caso a gestante já saiba que é portadora, solicitar a imunoglobulina pela ficha do CRIE, preencher adequadamente a ficha e encaminhar ao setor de epidemiologia. **Imprescindível colocar data provável do parto (DPP) e hospital de referência na ficha do CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).**

12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL

12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico

A necessidade de ferro durante a gestação é muito elevada, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva.

Desse modo, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes.

A suplementação com ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Inicialmente, deve ser indicada para toda gestante, independente do risco estratificado, devido poucas exceções que contraindicam o uso na gestação, o custo-benefício é maior.

Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias (idealmente 03 meses) antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia (FEBRASGO, 2012).

O esquema de prescrição e administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico encontra-se nos quadros 2 e 3. Ressalta-se que o profissional enfermeiro está habilitado para prescrever esses medicamentos.

Quadro 2 - Administração da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Gestante	40 mg de ferro elementar	Diariamente a partir das 12 semanas até o final da gestação
Mulheres pós-parto e pós- aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto

Quadro 3 - Administração da Suplementação Profilática de Ácido fólico.

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico 5mg*	Pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar (ideal 3 meses)
Gestante	Ácido fólico 5mg*	Diariamente até o final da gestação

**Se disponível na rede pública utilizar preferencialmente a dosagem de 400mcg.*

12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Quadro 4 - Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Modificação / Desconforto	Observação	Prescrição de Cuidados	Prescrição Farmacológica
Cefaleia	* Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; * Pode também estar relacionado a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; * Sempre afastas o risco de alterações de Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia; * Investigar história prevista de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.	* Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; * Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais; * Orientar exercícios de relaxamento e respiração, pratica de meditação ou yoga; * Facilitar expressão de sentimentos e expectativas; * Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; * Estimular a prática física; * Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; * Se dor recorrente, solicitar avaliação médica.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **1ª Escolha: Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor.** **2ª Escolha: Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.**
Desmaios Tontura Fraqueza	* Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); * Diminuição do débito cardíaco;	* Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; * Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; * Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios;	

	* Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); * Anemia; * Hipoglicemia.	* Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; * Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; * Ingesta hídrica adequada; Sentar coma cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; * Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; * Avaliar a pressão arterial.	
Sonolência	* Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.	* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingesta hídrica.	
Insônia	* Stress, sobrecarga de trabalho; * Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; * Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; * Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; * Movimentação fetal excessiva	* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingesta hídrica; * Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; * Participar de grupos de gestantes; * Ler livros e ver filmes que relaxem; * Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; * Banho morno, massagens; *Evitar alimentos com cafeína; *Evitar telas pelo menos 2h antes de dormir;	
Náuseas Vômito	* Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também; * Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado; * Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, com o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes; * Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo; * Avaliar sempre o risco de evolução da Hiperêmese Gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a	* Orientar alimentar-se de forma fracionada de 3/3horas de preferência; * Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; * Orientar evitar jejum prolongado; * Orientar comer devagar e mastigar bem os alimentos; * Orientar dar a preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torrada, bolachas); * Orientar evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte; * Orientar ingesta hídrica adequada;	***** Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **1ª ESCOLHA:** *** Bromoprida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições);** **2ª ESCOLHA:** *** Metoclopramida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)** **3ª ESCOLHA:** *** Ondansetrona 4mg 2cp de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)**

	desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.	* Orientar auriculoterapia ou acupuntura; *Dar preferência para alimentos frios e ácidos;	**Atentar-se para alergias e síndrome extrapiramidal** *Obs: na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.*
Queixas urinárias Ou Infecção urinária confirmada com exame laboratorial	* A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. **Avaliar sempre:** * Presença de sinais de alerta; * Presença de sintomas sistêmicos.	* Aumentar ingesta hídrica; * Repouso em decúbito lateral esquerdo; * Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; * Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta médica.	*O tratamento deverá ser realizado após a confirmação da ITU com resultado de Urocultura positiva com antibiograma **1ª Escolha: Nitrofurantoína 100mg 1cp 6/6 horas por 7 dias** **2ª Escolha: Cefalexina 500mg 1cp 6/6 horas por 7 dias** **3ª Escolha: Amoxicilina + Clavulanato: 500+125mg 1cp 8/8 horas por 7 dias (junto com as refeições)** **Após 36 semanas usar apenas Cefalexina. **Avaliar resultado do antibiograma, caso tenha resistência das medicações acima, encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal Cólicas	* Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); * Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. **Avaliar sempre:** * Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); * Presença de ITU; * Verificar se a gestante não esta apresentando contrações uterinas.	* Orientar a paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); * Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; * Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar a barriga; * Cuidados nutricionais, aumento da ingesta hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência; * Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; * Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.	**Buscopam simples 01 cp de 8/8 horas se cólicas.**
Edema	* No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides do ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao	* Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min várias vezes ao dia; * Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; * Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da	**Meia de compressão para gestantes. (compressão média)** **Ou** **Meia 7/8 média compressão**

	ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; * Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. **Avaliar sempre:** * A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclampsia. * A maioria das gravidas edemaciadas exibe gestação normal. * Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.	cama com tijolos, favorecendo o retorno venoso diminuindo o edema; * Usar roupas leves, evitando roupas apertadas que dificultem o retorno venoso; * Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; * Realizar controle de peso e pressão arterial.	
Pirose Azia	* Devido as alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrico resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; * Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; * Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. **Avaliar sempre:** * História clínica; * Uso de medicamentos.	* Fazer alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência; * Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; * Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; * Elevar a cabeceira da cama ao dormir; * Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Hidróxido de alumínio 10-15ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; - Orientar armazenamento na geladeira.** *Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.*
Dor lombar Dor em região pélvica	* As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. **Avaliar sempre:** * Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); * Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, * Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); * História de trauma.	* Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; * Recomendar a aplicação de calor local e massagens; * Recomendar acupuntura; * Corrigir postura e movimentar se devagar; * Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural. * Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; * Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; * Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade; * Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto. * Encaminhar para fisioterapia caso necessário.	***** Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor. ou Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.**
Cãibras	***** Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. ***** A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles: ***** Estiramento da musculatura e da fáscia; ***** Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; ***** Redução do nível de Cálcio; ***** Compressão de raízes nervosas; ***** Problemas posturais;	***** Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). ***** Recomendar pisar em superfície fria ***** Massagear músculo contraído e dolorido ***** Evitar o alongamento muscular excessivo ao	

		acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); ***** No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; ***** Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; ***** Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; ***** Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional;	
Constipação intestinal Flatulência	***** Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e habito de eliminação intestinal inadequado. ***** Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.	***** Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus, grão integrais, mamão, linhaça, gergelim, mamão, ameixa seca. ***** Fracionar alimentação 3/3 horas; ***** Estabelecer como rotina horário de evacuação; ***** Aumentar ingesta hídrica; ***** Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); ***** Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão; ***** Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; ***** Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação medica.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Lactulona ou óleo mineral (suspensão) – 1 colher de sopa no máximo 3x ao dia** *Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.*
Sialorreia	***** A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez; ***** Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	***** Orientar paciente sobre o desconforto; ***** Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; ***** Orientar a gestante a deglutir a saliva; ***** Aumentar ingesta hídrica.	
Hiperpigmentação da pele	* O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; * Devido ao aumento dos hormônios melanina, estrógeno e progesterona.	* Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. * Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; * Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); * Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.	
Dispneia	* Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o	* É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações,	

	agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. * Atentar sempre as comorbidades e história clínica da paciente.	encaminhar para avaliação médica. * Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. * Elevar a cabeceira da cama.	
Hemorroidas	* O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas; * É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto; Avaliar: * Aumento da intensidade da dor; * Endurecimento do botão hemorroidário; * Sangramento retal.	* Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; * Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; * Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; * Banho de assento com água morna; * Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.	
Leucorreia	* O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato das vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas. Avaliar sempre: * Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; * Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; * Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; <u>ATENÇÃO</u> As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos. • Nos sintomáticos as queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	Orientar: * O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; * Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; * Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; * Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação;	**<u>Candidíase</u>** (independente da IG): O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, com **Miconazol a 2%, creme vaginal por 7 dias;** **<u>Vaginose bacteriana</u>** (independente da IG): Metronidazol 250mg. 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg. 1 comprimidos VO, 8/8h, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) **OU** Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias **<u>Tricomoníase</u>** (independente da IG): Metronidazol 2 g, VO, dose única; **OU** Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; **OU** Metronidazol de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias. **Tratamento parceiro:** Metronidazol, 2 g, VO, dose única.
Epistaxe	* O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente	Prescrever: * Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para	

	em locais menos úmidos e no inverno; * Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação; * Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.	manter as narinas úmidas; * Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz; * Encaminhar para avaliação medica, caso necessário.	
Síndrome do Tunel Carpeano	* Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar. * Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor.	* Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local. * Dormir com as mãos elevadas. * Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.	
Estrias	* Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. * Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.	Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações: * A hidratação reflete também na elasticidade da pele, por isso orientar e estimular aumento da ingesta hídrica; * O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; * O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; **Obs: Qualquer tratamento estético de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.**	
Sangramento gengival	* Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	* Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; * Fazer uso de uma escova de dente macia e suave; * Realizar bochechos com soluções antissépticas.	
Alergia	As alergias são freqüentes na gestação, ainda mais em mulheres que já sofriam de reações alérgicas antes de engravidar. É comum a piora dos sintomas, devido o aumento dos hormônios e as mudanças do corpo deixando a mulher mais sensível aos alérgenos.	*Evitar banhos quentes e longos; *Aumentar a ingesta hídrica; *Observar objetos que podem desencadear processo alérgico; *Trocar roupa de cama semanalmente; *Não coçar; *Não usar roupas muito apertadas;	**Loratadina 10mg 1cp/dia por 5 dias.**
Hipotireoidismo	Alteração comprovada em exame laboratorial conforme fluxo***	*Fazer uso da medicação em jejum; *Esperar mínimo de 30 minutos para tomar café da manhã; *Evitar café preto no café da manhã; *Aumentar consumo de verduras verde escura;	**Levotiroxina 25mcg 1cp/jejum** **O aumento da dosagem deve ser discutida com o médico.
Anemia	Alteração do resultado da hemoglobina	*Tomar 1 hora antes do almoço ou jantar;	**Anemia leve:** **Sulfato ferroso 40mg 2cp/dia;**

	Anemia Leve – HB 9-11 Anemia Moderada – HB 8-8,9 Anemia grave – HB < 8.	*Consumir uma fruta cítrica – (ex laranja); suco de limão.	**Anemia moderada: Sulfato ferroso 40mg 3cp/dia** **Anemia grave: Encaminhar para avaliação médica.**

13. EXAMES NO PRÉ-NATAL

Quadro 5 - Exames de Rotina no pré-natal

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste Rápido para detecção da Gestação	X		
Beta HCG	X (quando necessário)		
Teste Rápido para HIV	X	X	X
Teste Rápido para Sifilis (treponêmico)	X	X	X
VDRL* (não treponêmico)	Seguimento mensal após TR com titulação.		
Teste Rápido para Hepatite B (HBS AG)	X	X	X
Teste Rápido para Hepatite C (Anti HCV)	X	X	X
Triagem Sanguínea (Grupos ABO, Fator Rh)	X		
Teste Indireto de Aniglobulina Humana (TIA) (Coombs Indireto)	* Se Rh negativo solicitar Coombs indireto no 1º trimestre; * Se Coombs indireto for POSITIVO, encaminhar ao pré-natal de alto risco; * A imunuglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações pós-abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).	Se Coombs indireto negativo solicitar mensalmente a partir da 24ª semanada de gestação.	
Teste da Mãezinha (Eletroforese de Hemoglobina)	X	Se Alteração (Traço Anemia Falciforme ou Anemia Falciforme) solicitar Eletroforese para o parceiro.	
Hemograma	X	X	X
Urina I	X	X	X
Cultura de Urina (Urocultura)	X (Registrar agente bacteriano se ITU e ATB usado no tratamento)	X	X
Dosagem de Glicose	X	X	X
Teste de Tolerância à Glicose 1 e 2h		X (entre 24 e 28 semanas)	

Exame Citopatológico Cérvico-vaginal/microflora		X (a partir de 20 semanas)	
Toxoplasmose (IgM e IgG)	X *Se imune não solicitar mais! * Registrar na carteirinha IMUNE	X	X
Avidez para toxo IGG	****Solicitar caso Toxoplasmose IGM e IGG reagente ou indeterminados **solicitar antes de 16 semanas.**		
Pesquisa de Hormônio Tireoidestimulante (TSH)	X		
Parasitológico de fezes	X		
Swab para Streptococus			X *Preconizado entre 35 e 37 semanas, em caso de exceção coletar em tempo oportuno. ***Quando positivo grampear o resultado na primeira folha da carteirinha ou anotar e grifar na primeira folha da carteirinha.***
Ultrassonografia	X * TN + ON; * Obrigatoriamente de 11 a 13 semanas e 6 dias; *Colocar a DATA mais adequada para a realização e IG; ULTRASSON ENDOVAGINAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE APENAS PARA DUM DESCONHECIDA; *Anotar no cartão da gestante CCN, TN e ON	X *Morfológica + Colo uterino; *Preferência entre 20 e 24 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG. *Anotar no cartão da gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição e as possíveis alterações de morfologia e/ou morfometria	X *Preferencialmente entre 35 a 37 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG; *Anotar no cartão de gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição do bebê

13.1 Teste da Mãezinha

Este exame permite identificar em gestantes, hemoglobinopatias como a Doença Falciforme e a Talassemia Major.

13.1.1 Sobre a Coleta

Os exames deverão ser coletados preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, conforme organização de cada unidade, seguindo as orientações especifica da FEPE (Federação Ecumênica de Proteção ao Excepcional), contidas no envelope.

13.1.2 Prazo para o envio

O exame após coletado precisa estar no correio o mais breve possível.

13.1.3 Rotina para coleta dos exames

O envelope contendo os testes e a ficha nominal (original) deverá ser encaminhado à Secretaria de Saúde impreterivelmente nos dias seguintes a coleta, junto com o malote da central de especialidades que é feito diariamente nas unidades, dessa forma haverá tempo hábil para o envio pelo correio, e assim, o exame não será rejeitado.

A unidade deverá anexar (com clips) ao envelope da FEPE uma cópia da lista nominal, para controle da secretaria de saúde.

A funcionária responsável pelo recebimento dos malotes, assim que receber o envelope identificado pela FEPE encaminhará diariamente ao correio.

13.1.4 Lançamento no Sistema Sig Saúde MV

O procedimento deverá constar no prontuário da paciente e no cartão da gestante, bem como lançar no campo procedimento ambulatorial: teste da mãezinha.

Obs.: *Não será necessário solicitar eletroforese de hemoglobina via laboratorial na rotina do pré-natal das gestantes.*

13.2 Testes Rápidos

Os testes rápidos para Sífilis, HIV, Hepatite B e C devem ser feitos mediante a orientação da gestante e parceiro e com oferta de aconselhamento pré e pós testes. O aconselhamento pré e pós teste deve ser feito por profissional de nível superior devidamente capacitado. *Atenção para a realização dos testes rápidos no mesmo momento na gestante e parceiro, pois os resultados devem ser entregues separadamente.*

13.2.1 Caso HIV positivo

- Realizar contra teste na unidade, tendo em mãos dois resultados positivos de testes com laboratórios diferentes;
- Realizar notificação compulsória e enviar ficha para setor de epidemiologia do município;
- Aconselhar e orientar o(a) usuário(a), e encaminhar ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/CISCOPAR);
- Estratificação de alto risco gestacional, manter acompanhamento UBS e pré- natal de alto risco no MACC;

- Ligar no serviço de referência CTA para realizar o agendamento;
- Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento, conforme quadro 6:

Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA

GESTANTE	PARCEIRO
RG, CPF, Cartão SUS	RG, CPF, Cartão SUS;
Comprovante de endereço atualizado;	Comprovante de endereço atualizado;
Exames realizados para fim de diagnóstico do agravo (testes rápidos ou laboratorial);	Exame do diagnóstico do agravo (resultados testes rápidos);
Carteira de Pré-natal;	Outros exames realizados recentemente, se houver;
Laudos exames de sífilis, hepatite b e hepatite C (podendo ser testes rápidos ou laboratorial)	Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)
Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)	Se transferência de outro serviço e/ou município, a gestante e parceiro devem já estar cadastrado no município que irá fazer o encaminhamento.

Fonte: Vigilância epidemiológica e CTA/CISCOPAR, 2019.

13.2.2 Caso Sífilis positivo

- Com teste rápido positivo, iniciar tratamento para a gestante no mesmo dia, conforme Quadro 7;
- Se o parceiro estiver presente iniciar tratamento concomitante, independente do resultado do teste rápido deste;
- Se teste rápido do parceiro reagente e gestante não reagente, iniciar tratamento de ambos da mesma forma;
- Solicitar VDRL para coleta no mesmo dia, prazo máximo de uma semana e realizar acompanhamento de VRDL mensal para estadiamento;
- Preencher ficha de notificação, planilha de ITU e Sífilis, ressaltar a importância de estar tudo anotado no cartão da gestante, solicitar VDRL e realizar acompanhamento mensal;
- Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não-treponêmicos (SESA, 2017);

IMPORTANTE:

- Na ausência de teste treponêmico (T.R. ou FTA-ABS IGM/IGG), deve ser considerado para o tratamento da gestante o teste não-treponêmico, com qualquer

titulação, desde que não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada ou o registro do tratamento não esteja disponível (SESA, 2017);

- Em relação ao tratamento do parceiro sexual, é considerado como concomitante aquele que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante (SESA, 2017).
- A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, **caso esse intervalo ultrapasse 14 dias**, o esquema deve ser reiniciado (Brasil, 2020).

Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)	
Esquema terapêutico	**Seguimento**
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária	
Esquema terapêutico	**Seguimento**
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas (1,2 milhão UI em cada glúteo) Dose total: 7,2 milhões de UI, IM	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos

Fonte: *Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.*

Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina.

Gestantes com alergia confirmada a penicilina
Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.

Fonte: *Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.*

Quadro 9 - Controle de cura da Sífilis

Controle de cura

- Realizar testes não-treponêmicos mensalmente nas gestantes, e no parceiro, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
- Redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negativação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra a cura da infecção.
- No caso de sífilis primária, secundária e latente recente, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses a três diluições em 6 meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após 6 meses). Se os títulos de mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.
- A não redução da titulação em duas diluições (ex.: de 1:32 para 1:8), o aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64) ou a persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento, um novo tratamento deve ser iniciado.
- Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica (incluindo HIV) em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Fonte: Adaptado de Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais, 2019.

13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante

- Com a realização do teste rápido positivo para hepatites virais, realizar notificação que deve ser enviado ao setor de epidemiologia, e solicitar exames conforme rotinas;
- Para casos de *hepatite C* reagente, solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. Após resultado, encaminhar para o infectologista na vaga (sem urgência), já que o tratamento na gestação e lactação é contraindicado;
- Para casos de *hepatite B* reagente, solicitar demais marcadores virais (Anti-HBc IgM e IgG; Anti-HBs, Anti-HBe e HBeAg (estes exames devem ser encaminhados ao laboratório CISCOPAR/CTA onde realizará a coleta e estes seguirão para o LACEN-PR). Solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. A necessidade de consulta para gestantes portadoras do **vírus da hepatite B** se dá em duas situações:
- **1ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg reagente - encaminhar ao infectologista para tratamento.
- **2ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg não reagente e PCRVHB acima de 2000UI/ml encaminhar ao infectologista para avaliar necessidade de tratamento.
- Se for HbsAg reagente além de notificar solicitar Imunoglobulina Anti Hepatite B pelo formulário do CRIE e encaminhar com a notificação à epidemiologia.

13.3 Toxoplasmose na Gestante

A sorologia deverá ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG), se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes) a sorologia deverá ser repetida no início do 2º e 3º trimestre. Caso IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica doença antiga não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em paciente com imunodeficiência). Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos deverá ser solicitado o teste da avidez para IgG, preferencialmente na mesma amostra (SESA, 2017).

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose

Todas as prescrições devem constar o CID da doença, além da posologia e demais informações pertinentes ao paciente e prescritor, *para gestante* ou caso de toxoplasmose congênita, *além da informação o CID deve-se também constar o número do SINAN e idade gestacional.*

Para ter acesso aos medicamentos a gestante deve procurar a FARMÁCIA ESCOLA, munido de documentos pessoais, comprovante de residência, cartão SUS, prescrição médica contendo as informações anteriormente citadas. A medicação será fornecida para um período de 30 dias.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da toxoplasmose são fornecidos e distribuídos pela 20ª Regional de saúde. O pré-requisito para fornecimento/distribuição para o município é disponibilizar informações relacionadas aos tratamentos dispensados aos pacientes. Dessa forma preencher a prescrição e fazer a ficha do SINAN (gestante e toxoplasmose congênita) com as informações já mencionadas acima é primordial, para não ocorrer o desabastecimento no município.

14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual

RISCO HABITUAL		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, **inclusive:** ***Características individuais e socioeconômicas:*** • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); ***História reprodutiva anterior:*** • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); ***Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:*** • Ameaça de aborto[1]; • Hipotireoidismo[2]; • Tabagismo (Fagerström< 8 pontos)[3]; • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE <2 pontos)[4] ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve[5]; • Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

1. Ameaça de aborto *é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência* ***2. Hipotireoidismo****: Anexo I;* ***3. Teste de Fagerström*** *– Estratificação de risco tabagismo: Anexo II;* ***4.Teste de T-ACE*** *– Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III;* ***5. Depressão e Ansiedade leve:*** *Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada (preencher ficha de estratificação de risco: Anexo **.*

Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário

RISCO INTERMEDIÁRIO		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: ***Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:*** • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudos); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situacao de rua, indígenas, qulombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagertöm: 8 a 10 pontos)[1]; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)[2]; ***História reprodutiva anterior:*** • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclampsia grave ou eclampsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. ***Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, nea gestação atual:*** • Diabetes gestacional não-insulinodepentente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9d/dl);

1. Teste de Fagerström *– Estratificação de risco tabagismo: Anexo II;* ***2.Teste de T-ACE*** *– Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III;* ***3. Óbito fetal (natimorto):*** *quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).*

Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco

ALTO RISCO		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: ***Características individuais e condições socioeconômicas:*** • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC≥40). ***Condições Clínicas prévias à gestação:*** • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: ✓ *Doença falciforme (exceto traço falciforme)* ✓ *outras hematopatias.* • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação; • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave[1]. ***História reprodutiva anterior:*** • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores ***Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:*** • Anemia grave (Hemoglobina<8); • Diabetes gestacional insulinodependente; • Doenças infectocontagiosas: ✓ *HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;* ✓ *Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;* • Doença hemolítica perinatal;

		• Gestação gemelar; • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mai episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). • Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); • Incompetência Istmo-cervical; • Má formação fetal confirmada; • Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)[2]; • Oligodrâmnio ou polidrâmnio; • Placenta acreta/acretismo placentário; • Placenta prévia (após 22 semanas); • Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)[2]; • Síndromes hipertensivas na gestação: • hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; • Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); • Tromboembolismo na gestação; • Trombofilias na gestação; • Senescência placentária com comprometimento fetal.

1.Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada. 2.Utilizar Tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).

15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Minimamente a evolução da consulta de enfermagem deve conter os seguintes dados:

15.1 Primeira Consulta

- Data da última menstruação (DUM);
- Idade gestacional de acordo com a DUM;
- Data provável do parto de acordo com a DUM;
- Gravidez planejada – sim ou não;
- Antecedentes obstétricos, número de gestações, abortos, cesáreas e partos (G.. A.. C...P..);
- Antecedentes pessoais e de doenças previas;
- História familiar;
- História gestações anteriores/ antecedentes obstétricos;
- GESTAÇÃO ATUAL: Uso de medicações, uso de substâncias que podem causar dependências, último preventivo, vacinação, estratificação de risco *(o que a gestante apresenta e qual risco (habitual ou baixo, intermediário ou alto risco)*;

- Exame físico;
- Realização de testes rápidos com resultados;
- Realização teste da mãezinha;
- Condutas: prescrições, solicitações de exames, orientações.

15.2 Consultas Subsequentes

- DUM, IG, DPP;
- Reestratificação de risco;
- Queixas;
- Exame físico: movimentos fetais, BCF, altura uterina, edema, apresentação fetal;
- Em algum momento exame especular (pode ser no momento da coleta de preventivo), exame clínico das mamas;
- Resultados de exames;
- Perdas vaginais;
- Condutas e orientações.

16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são práticas de saúde que valorizam a construção de redes de apoio social e da cidadania, estimulam práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida e fortalecem os vínculos entre profissionais e usuários, e usuários e população.

Destacamos que é de extrema importância, e se faz necessária, a realização de grupos de gestantes em todas as unidades básicas de saúde do município de Toledo.

Para a realização dos grupos, sugere-se que as equipes busquem parcerias com outros serviços existentes na rede para trabalhar as diversas temáticas, de acordo com cada realidade. Temas sugeridos:

16.1 Primeiro Trimestre da Gestação

- Adaptações fisiológicas do corpo da mulher durante o primeiro e segundo trimestre e os sintomas correspondentes;
- Evolução do feto;

- Hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, higiene pessoal, uso de drogas licitas e ilícitas...);
- Aspectos emocionais e psicológicos da gestação;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância das vacinas durante a gestação;
- A importância da realização do pré natal: exames preconizados e tratamentos, inclusive para parceiros quando necessário;
- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Fluxograma municipal para encaminhamento de gestantes;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- Atividade sexual durante a gravidez;
- Importância da presença do(a) acompanhante nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.2 Segundo Trimestre da Gestação

- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da coleta do exame citopatológico, para prevenção de câncer do colo uterino;
- O risco do corrimento vaginal, da infecção urinária ou da infecção dentária para o parto prematuro;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância da suplementação com ferro para prevenção da anemia na mãe e no bebê depois de nascido;

- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Orientar sobre o papel do acompanhante durante o internamento hospitalar (estimular a presença do acompanhante durante as atividades em grupo);
- As fases do trabalho de parto: a fase latente de trabalho de parto (<4cm de dilatação), a fase ativa de trabalho de parto (>4cm de dilatação), a fase de expulsão do bebê e da placenta;
- Esclarecer sobre duração de um trabalho de parto, posições de parto, alimentação durante trabalho de parto, episiotomia, necessidade de realizar episiotomia e o uso de ocitocina, tendo como referência as Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal;
- Importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.3 Terceiro Trimestre da Gestação

- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da visita guiada como forma de vinculação obstétrica ao seu hospital de referência;
- Orientação de que a partir de 36 semanas as contrações uterinas são normais sem que seja trabalho de parto, sobretudo no fim da tarde e noite;
- A importância da realização dos exames preconizados e tratamento, inclusive para parceiros quando necessário;
- Orientação que a gestante procure o hospital de referência se contrações frequentes (3 ou mais em 10 minutos), perda de sangue ou líquido via vaginal, diminuição ou parada de movimentação fetal;
- Reafirmar as consultas de pré-natal semanais entre 36 e 41 semanas ou até o bebê nascer, não havendo alta do pré-natal;
- Oferecer as PIS disponíveis na UBS;

- Reafirmar o protocolo de internação quando atingir 41 semanas de idade gestacional, independentemente de trabalho de parto;
- Reafirmar que o parto cesárea só pode ser indicado quando ela estiver em trabalho de parto ou em casos que há uma real indicação clínica. Não é possível predizer que o parto será cesariano no pré-natal;
- Orientar como será o acompanhamento do puerpério na APS;
- Enfatizar a importância das consultas de puerpério;
- Orientar sobre a doação de leite materno após o parto para os BLH ou PCLH;
- Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;
- Orientar sobre a importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal;
- Reforçar quais documentos a gestante precisa levar para a maternidade.

17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO

Visita domiciliar (VD) deve ser realizada até o 5º dia, após a alta hospitalar, pela equipe de enfermagem e/ou médica. A visita domiciliar do ACS não deve ser considerada para esta finalidade, embora não deve deixar de ser realizada. Em anexo Padrão de Visita da UBS Panorama frente a condições a serem avaliadas na VD, servindo como um guia.

18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A avaliação da qualidade da atenção à saúde da mulher durante o pré-natal deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré natal;
- Proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até 12ª semana de gestação);

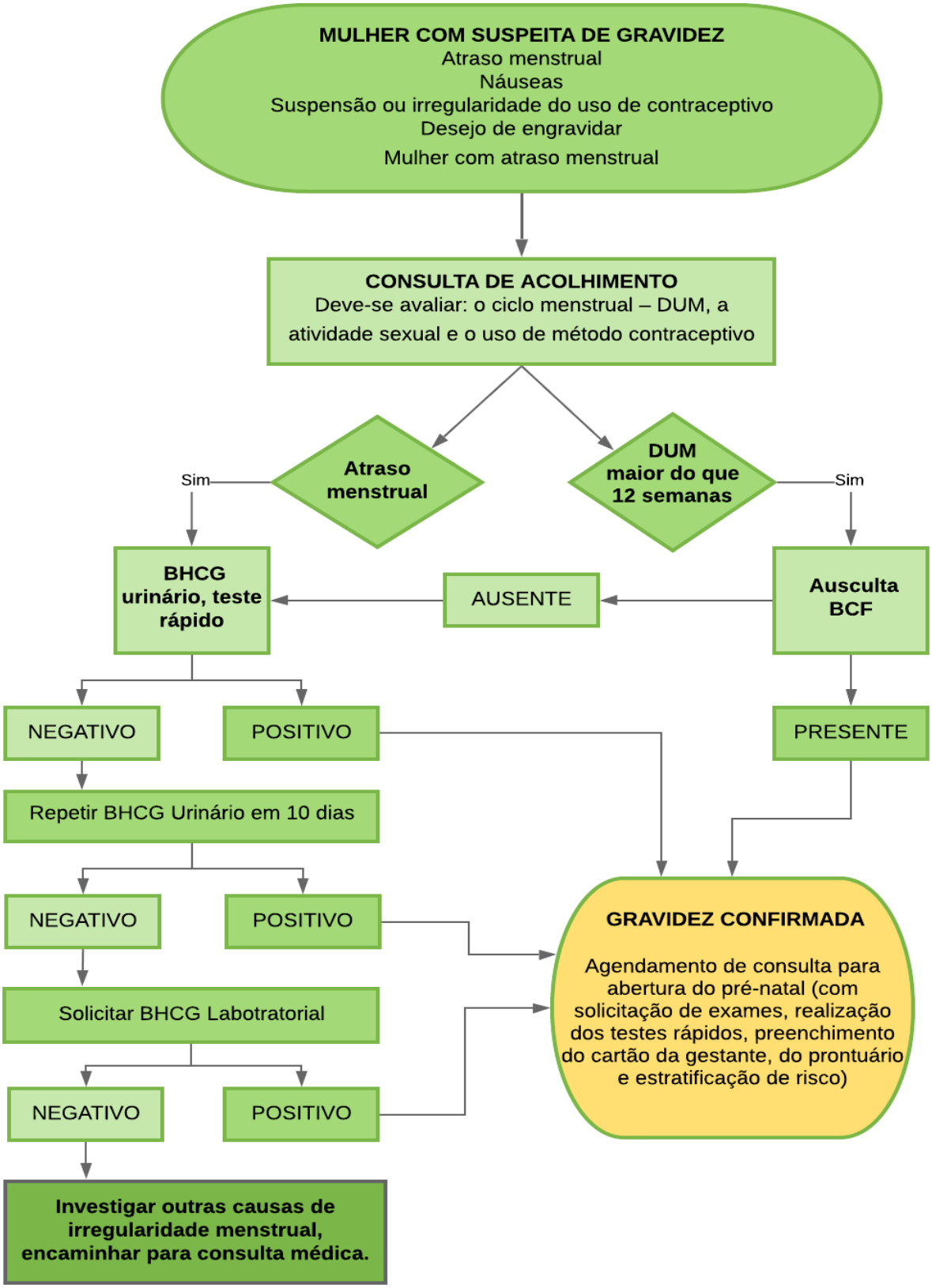
- Proporção de gestantes que realizaram visita ao serviço de saúde de referência indicado para o parto (maternidade ou centro de parto normal);
- Número de casos de sífilis congênita em filhos de gestantes acompanhadas nas UBS;
- Número absoluto de casos de morte materna na Superintendência de Saúde;
- Número absoluto de casos de mortes fetais e infantis na Superintendência de Saúde;
- Realização de consulta de puerpério até o 10º dia pós-parto;
- Realização de consulta do RN em até 5 dias após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

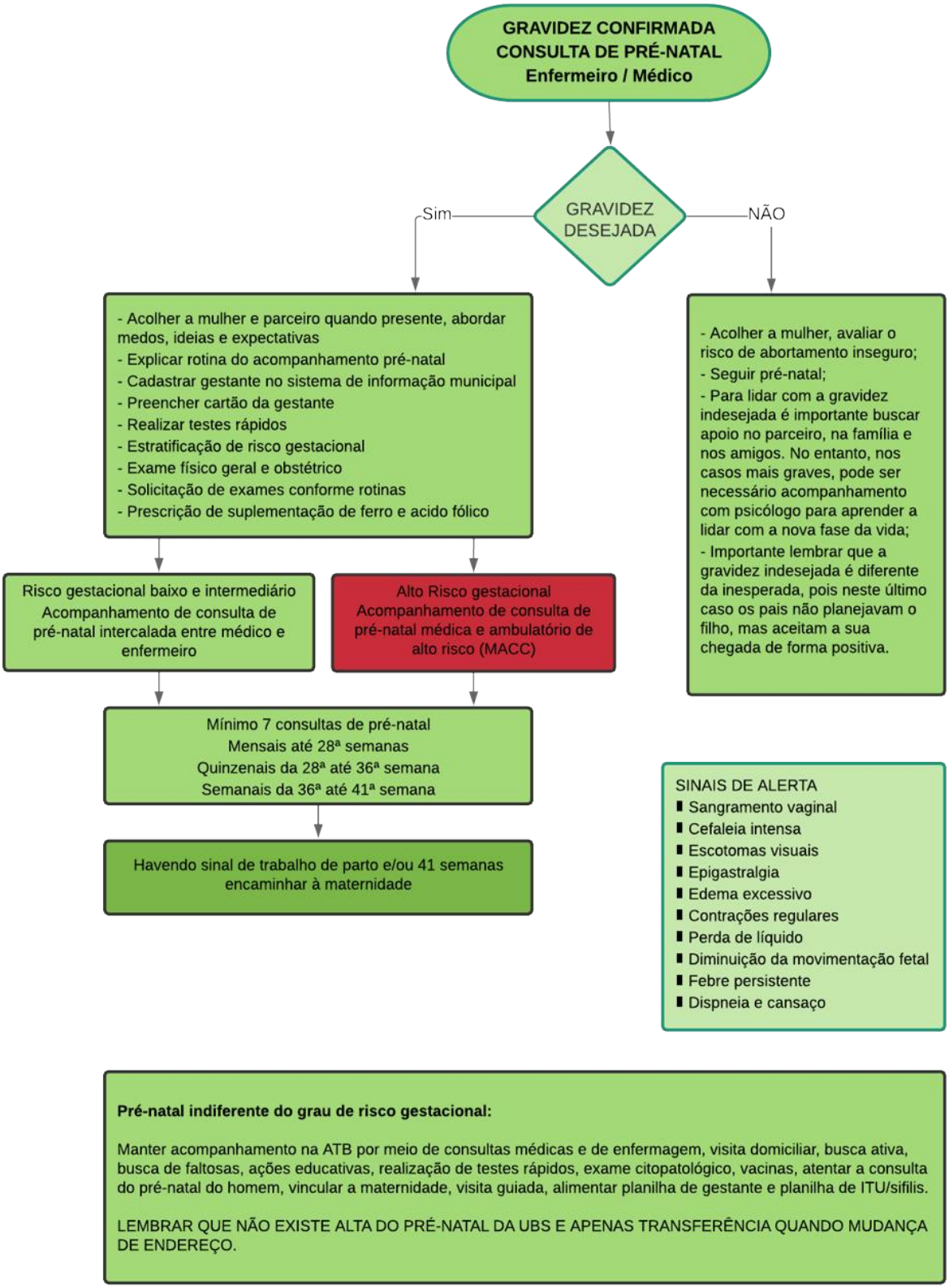
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012.
- BRASIL. Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde,2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. Fluxo de encaminhamentos hepatites virais, HIV/ADIS, Toledo: CTA/CISCOPAR, 2018/2019.
- PROTOCOLO DE ENFERMAGEM. Saúde da mulher: acolhimento ás demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Vol.3. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis/ Saúde, 2016.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Caderno de atenção ao pré- natal: toxoplasmose. Curitiba: SESA.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis. Curitiba: SESA, 2017.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Linha guia rede mãe paranaense 7ª Ed.. Curitiba: SESA, 2018.
- Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p. : il.

FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ



FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA

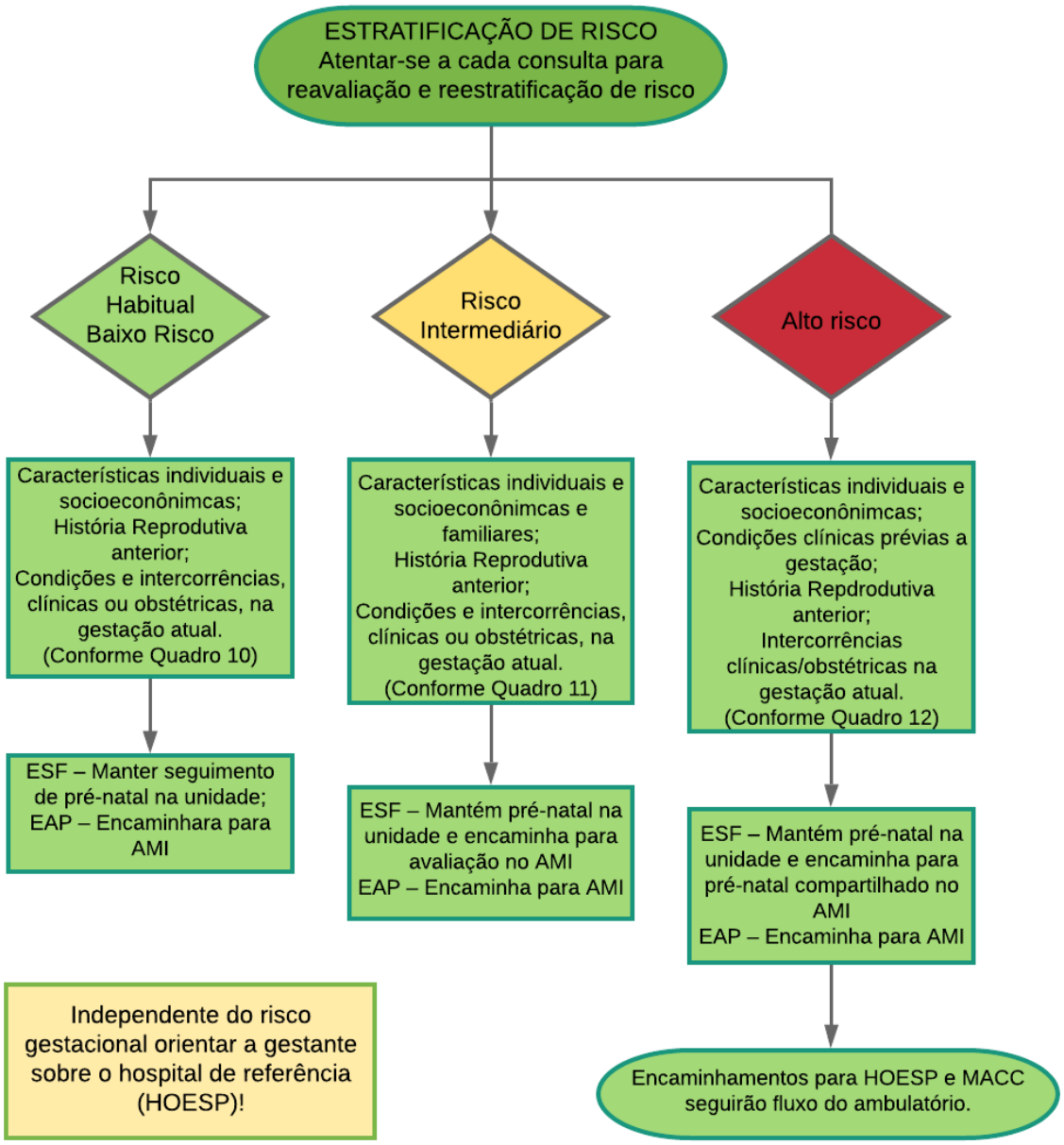


Pré-natal indiferente do grau de risco gestacional:

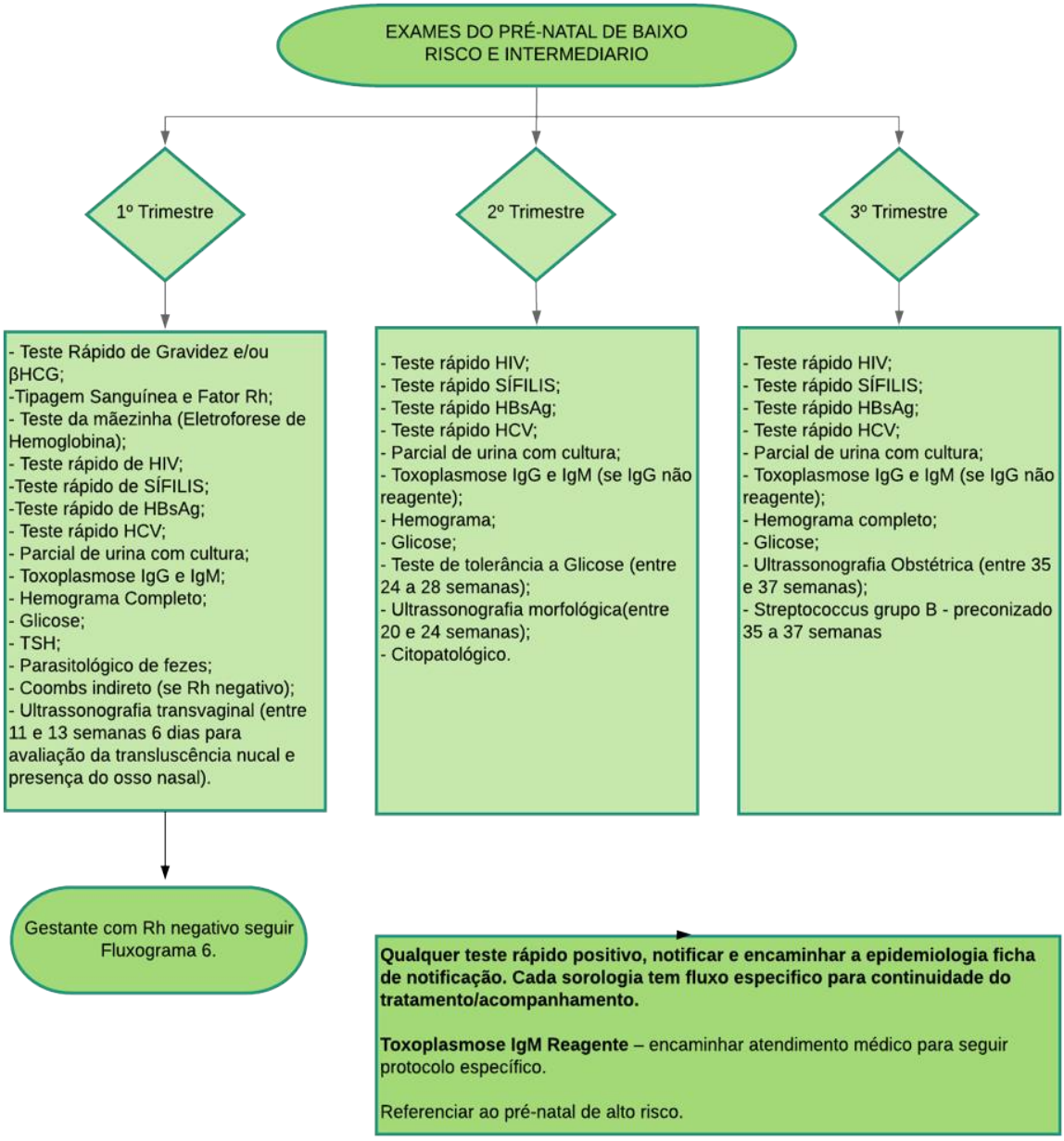
Manter acompanhamento na ATB por meio de consultas médicas e de enfermagem, visita domiciliar, busca ativa, busca de faltosas, ações educativas, realização de testes rápidos, exame citopatológico, vacinas, atentar a consulta do pré-natal do homem, vincular a maternidade, visita guiada, alimentar planilha de gestante e planilha de ITU/sifilis.

LEMBRAR QUE NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL DA UBS E APENAS TRANSFERÊNCIA QUANDO MUDANÇA DE ENDEREÇO.

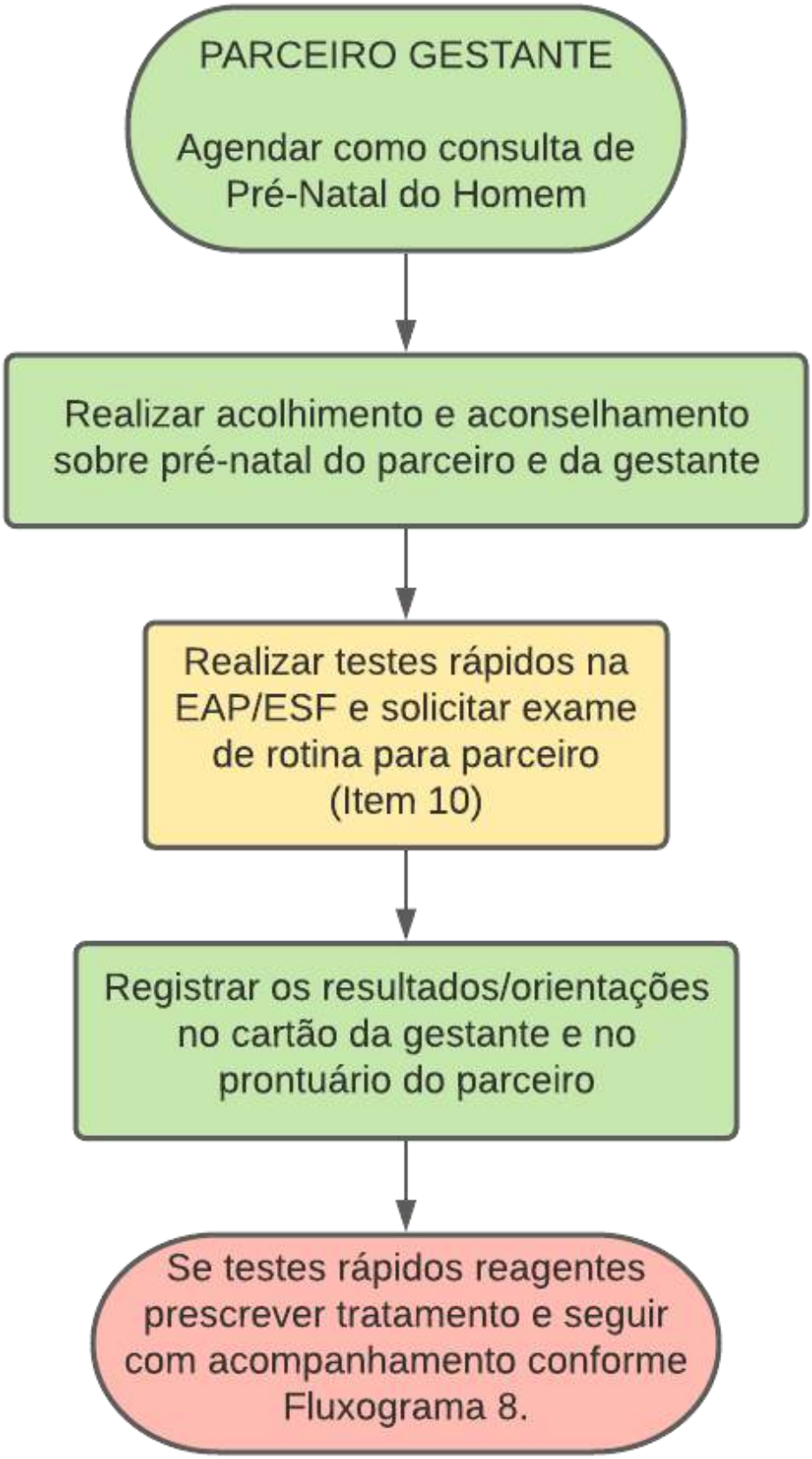
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL



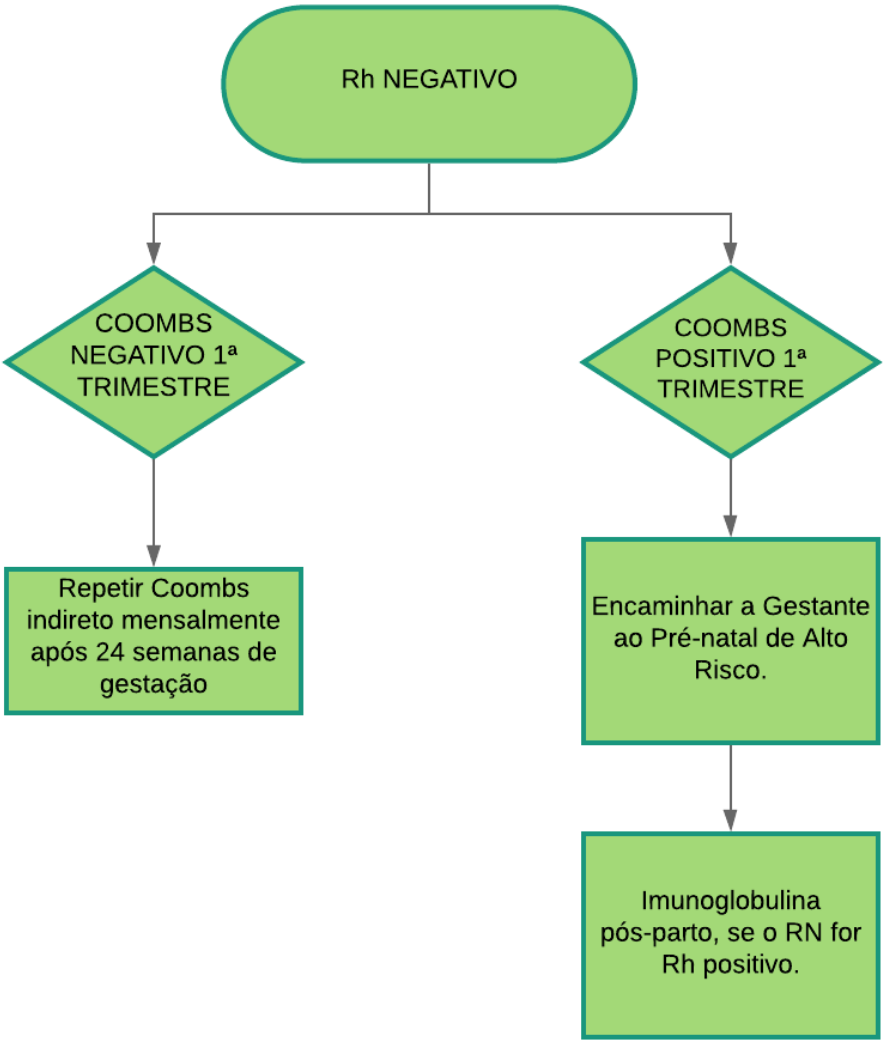
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS



FLUXOGRAMA 5 -– ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO



FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM Rh NEGATIVO



ATENTAR-SE

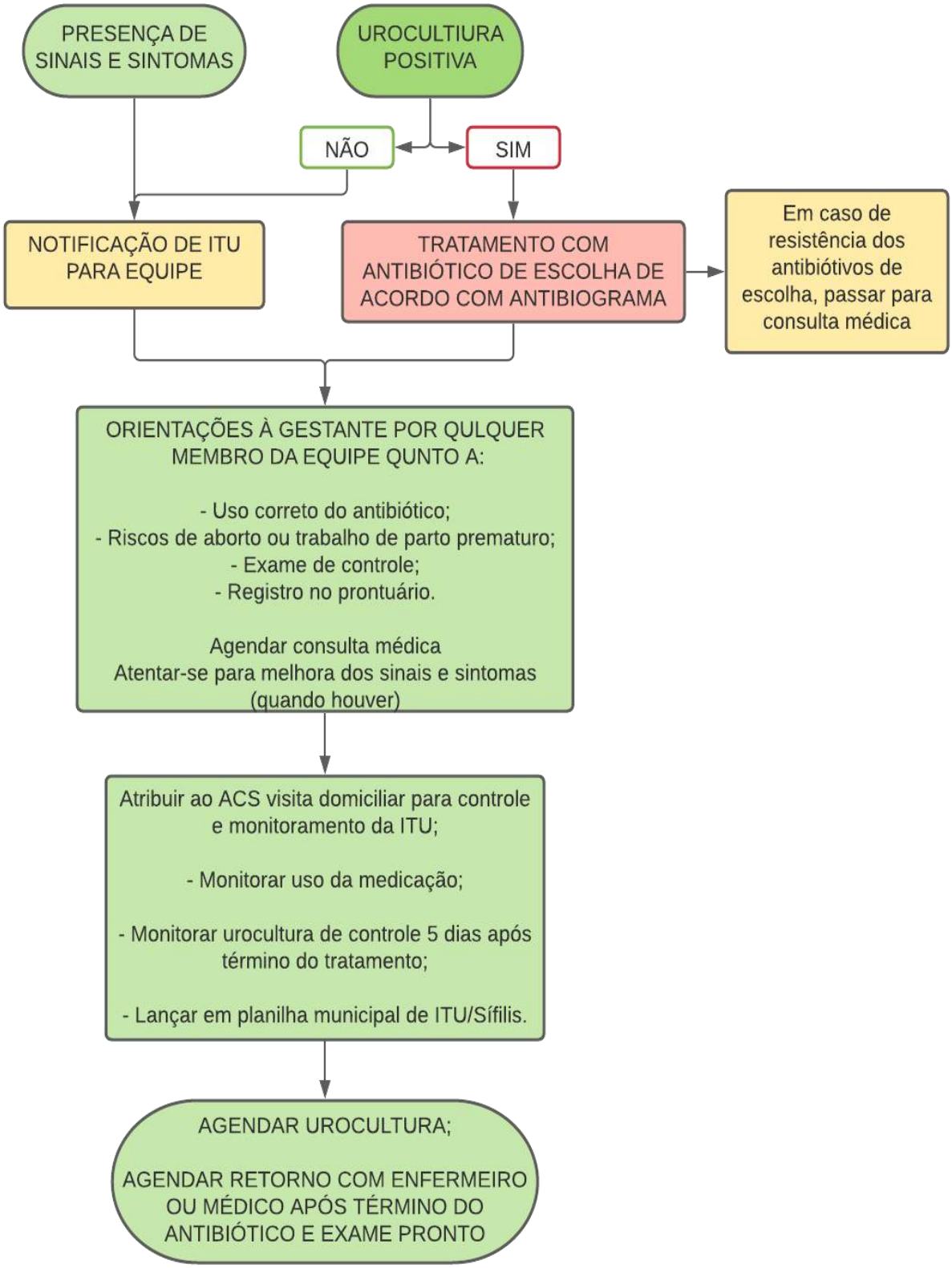
- **Orientar à gestante procurar o hospital de referência caso apresente qualquer sangramento;**

- Uma vez necessária a administração de imunoglobulina, será realizada no hospital sem necessidade de solicitação prévia;

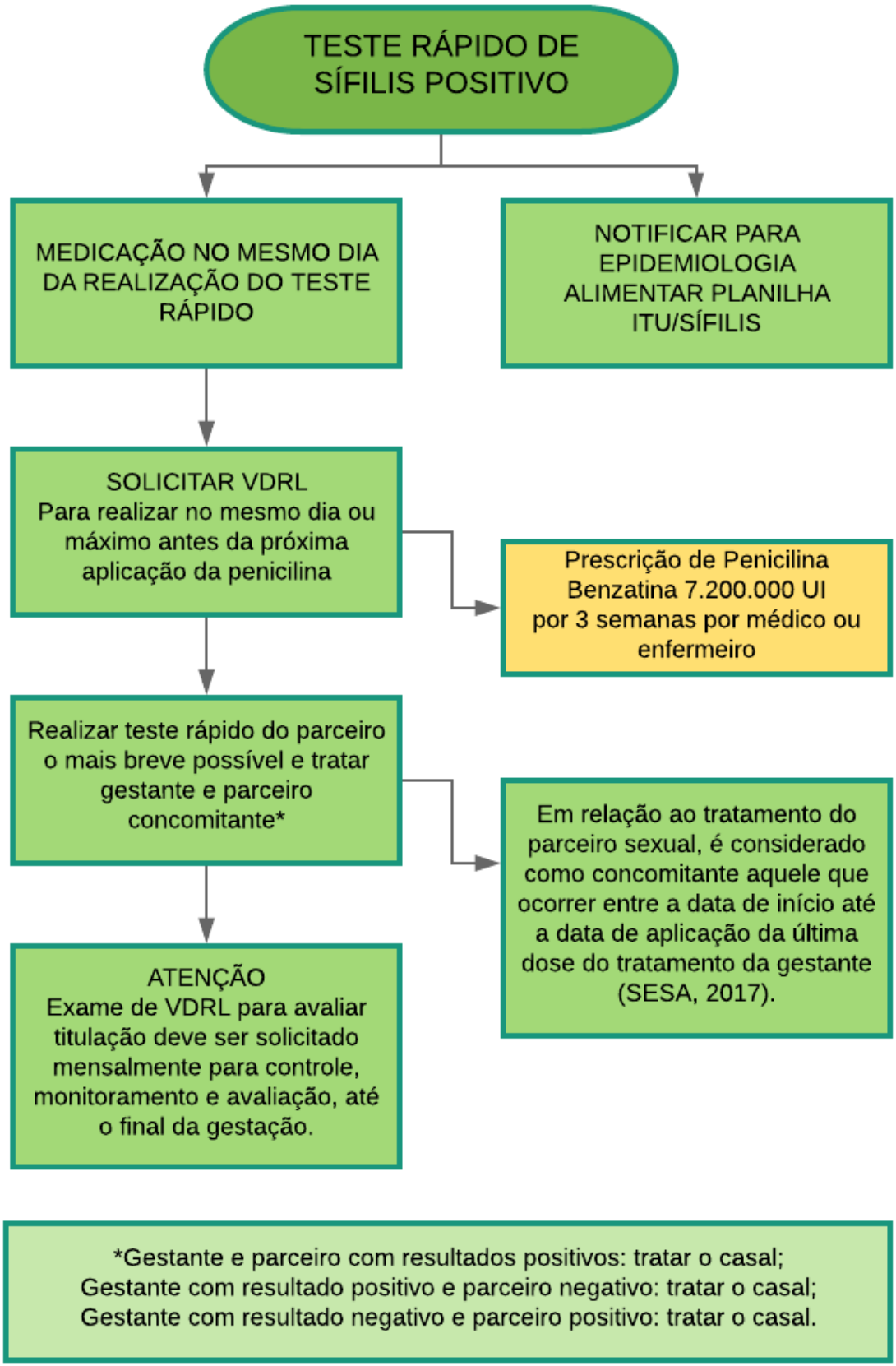
- Deve estar anotado em destaque no cartão da gestante e grampeado o exame laboratorial do qual atesta a necessidade da imunoglobulina Anti-Rh.

- Em casos de aborto que não constar no cartão da gestante a aplicação da imunoglobulina Anti-Rh, entrar em contato com hospital e posteriormente com o setor de epidemiologia, pois se não foi realizado a UBS deverá realizar a administração.

FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU

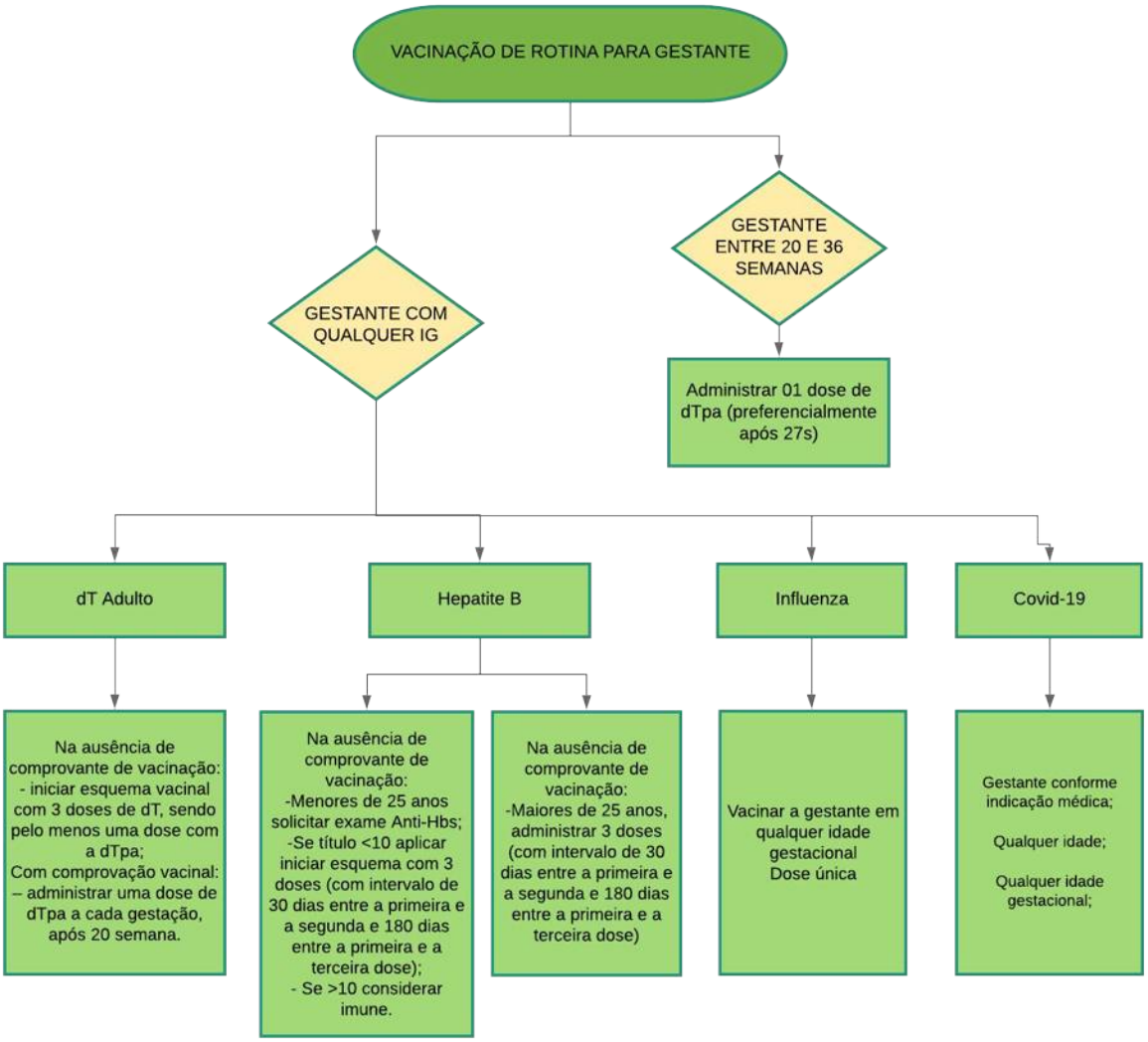


FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL

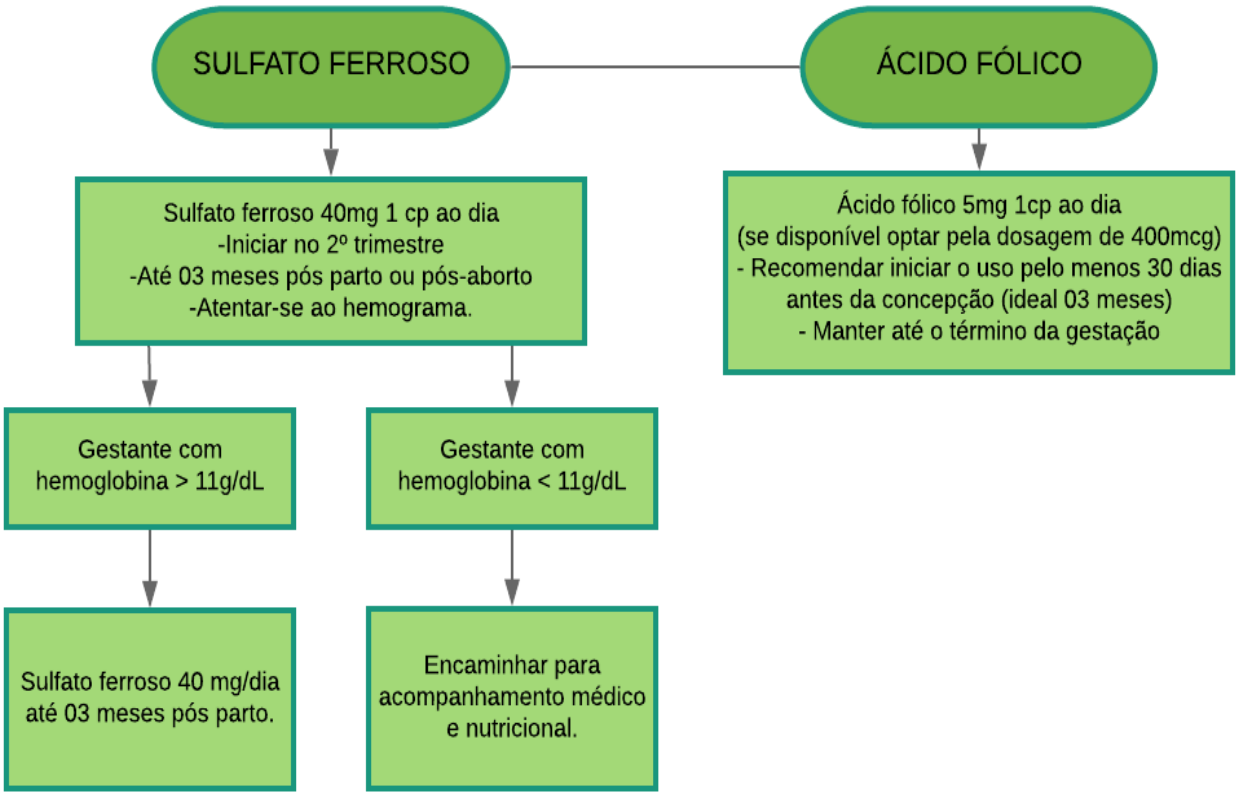


*Gestante e parceiro com resultados positivos: tratar o casal;
Gestante com resultado positivo e parceiro negativo: tratar o casal;
Gestante com resultado negativo e parceiro positivo: tratar o casal.

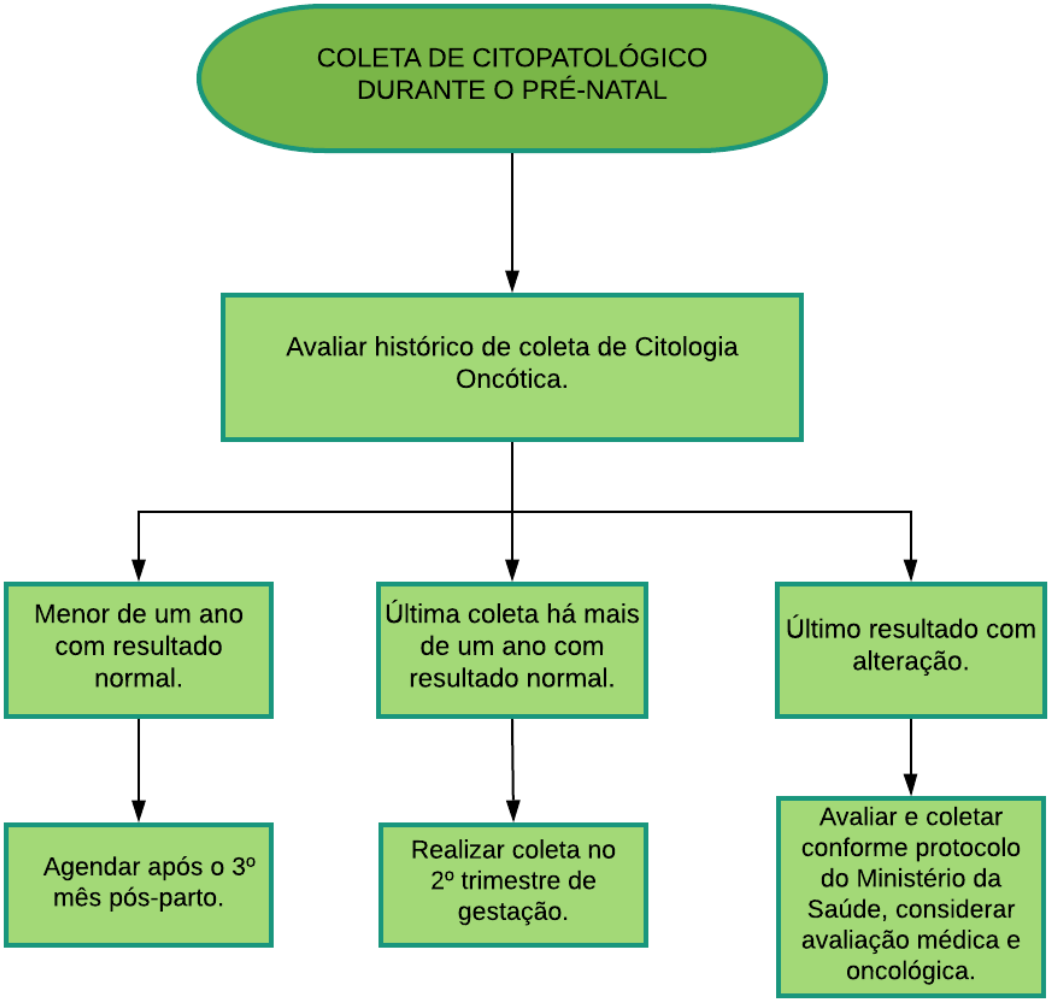
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE



FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO



FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES



ANEXO 1: TABAGISMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendada que se suspenda o uso do tabaco durante a gestação. Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de tabaco. Diante de resposta positiva ao uso de tabaco (pg.9 Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE DE FAGERSTROM: mede o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser feitas as gestantes, somados o número no final de cada resposta e avaliado o resultado no fim da página.

Teste de Fagerstrom	**Pontos**
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? • Dentro de 5 minutos (3) • 6-30 minutos (2) • 31-60 minutos (1) • Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? • Sim (1) • Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? • O primeiro da manhã (1) • Outros (0)	
4.Quantos cigarros você fuma por dia? • Menos de 10 (0) • De 11 a 20 (1) • De 21 a 30 (2) • Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? • Sim (1) • Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? • Sim (1) • Não (0)	
TOTAL DE PONTOS	

Resultado Teste de Fagerström:

Pontos	0-2	3-4	5	6-7	8-10
Dependência do tabaco	Muito baixa	Baixa	Média	Elevada	Muito elevada

ANEXO 2: ETILISMO

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool (pg.9 carteira da gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE T-ACE

T-ACE	**Respostas**
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	( ) Não bebo - 0 ponto ( ) Até duas doses – 1 ponto ( ) Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool.

Fonte: Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

ANEXO 3: PLANO DE PARTO NORMAL

PLANO DE PARTO

AMBULATÓRIO DE GESTANTES e CRIANÇAS DE TOLEDO

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu(minha) filho(a). Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante: _____

Grau de parentesco: ( ) Parceiro(a) ( ) Mãe ( ) Amiga ( ) Outra ( ) nenhum

Quando ocorrer a participação de Doula, esta deverá estar devidamente cadastrada na instituição. Caso não esteja, deverá providenciar o cadastro, caso contrário ela não poderá atuar no seu atendimento.

1. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita as contrações):
( ) Sim ( ) Não ( ) não tenho preferências

2. Sobre ter a minha bolsa rompida (estourar a bolsa manualmente):
( ) Sim ( ) Não ( ) não tenho preferências

3. Se a minha bolsa romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto:
( ) induzir o parto, caso não haja contraindicação
( ) entrar em trabalho de parto espontaneamente
( ) não tenho preferência

4. Se eu chegar no final da gestação e não entrar em trabalho de parto espontaneamente:
( ) realizar indução do trabalho de parto
( ) não realizar indução do trabalho de parto
( ) não tenho preferências

5. Durante o trabalho de parto:
a) Quanto a alimentação:
( ) prefiro comer e ingerir líquidos
( ) prefiro ficar em jejum
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a deambulação (andar):
( ) prefiro poder caminhar e me movimentar
( ) prefiro ficar deitada
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto a dor:
( ) prefiro métodos não farmacológicos para controle da dor
( ) prefiro analgésicos para dor
( ) prefiro decidir na hora

d) quanto ao ambiente:
( ) prefiro ambiente com pouca luminosidade
( ) prefiro ambiente claro e luz acessa
( ) prefiro ambiente com aromas e música
( ) prefiro decidir na hora

6. Na hora do Parto:
a) quanto a posição:
( ) posição de minha preferência
( ) prefiro deitada na mesa de parto
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a episiotomia:
( ) prefiro que não seja realizada
( ) prefiro que seja realizada somente em caso de necessidade
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto ao nascimento do bebê:
( ) prefiro que seja colocado pele a pele ao nascer
( ) prefiro que seja avaliado logo de imediato pelo pediatra
( ) prefiro decidir na hora
d) quanto ao corte do cordão umbilical:
( ) prefiro que meu acompanhante realize o corte
( ) prefiro que o profissional corte
( ) prefiro decidir na hora

e) quanto a amamentação na sala de parto:
( ) prefiro que seja meu bebê seja colocado para mamar assim que nascer
( ) prefiro que seja colocado para mamar no quarto, quando estiver mais recuperada
( ) prefiro decidir na hora

7. Sobre os cuidados com o bebê:
a) quanto a aplicação do colírio:
( ) prefiro que não seja aplicado
( ) prefiro que seja aplicado
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a aplicação da vitamina K (kanakin):
( ) prefiro que não seja aplicado
( ) prefiro que seja aplicado
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto a amamentação:
( ) quero amamentar sob livre demanda
( ) não quero e não vou amamentar
( ) prefiro decidir na hora

8. Observações e detalhes sugeridas por mim:

_____

_____

_____

_____

_____

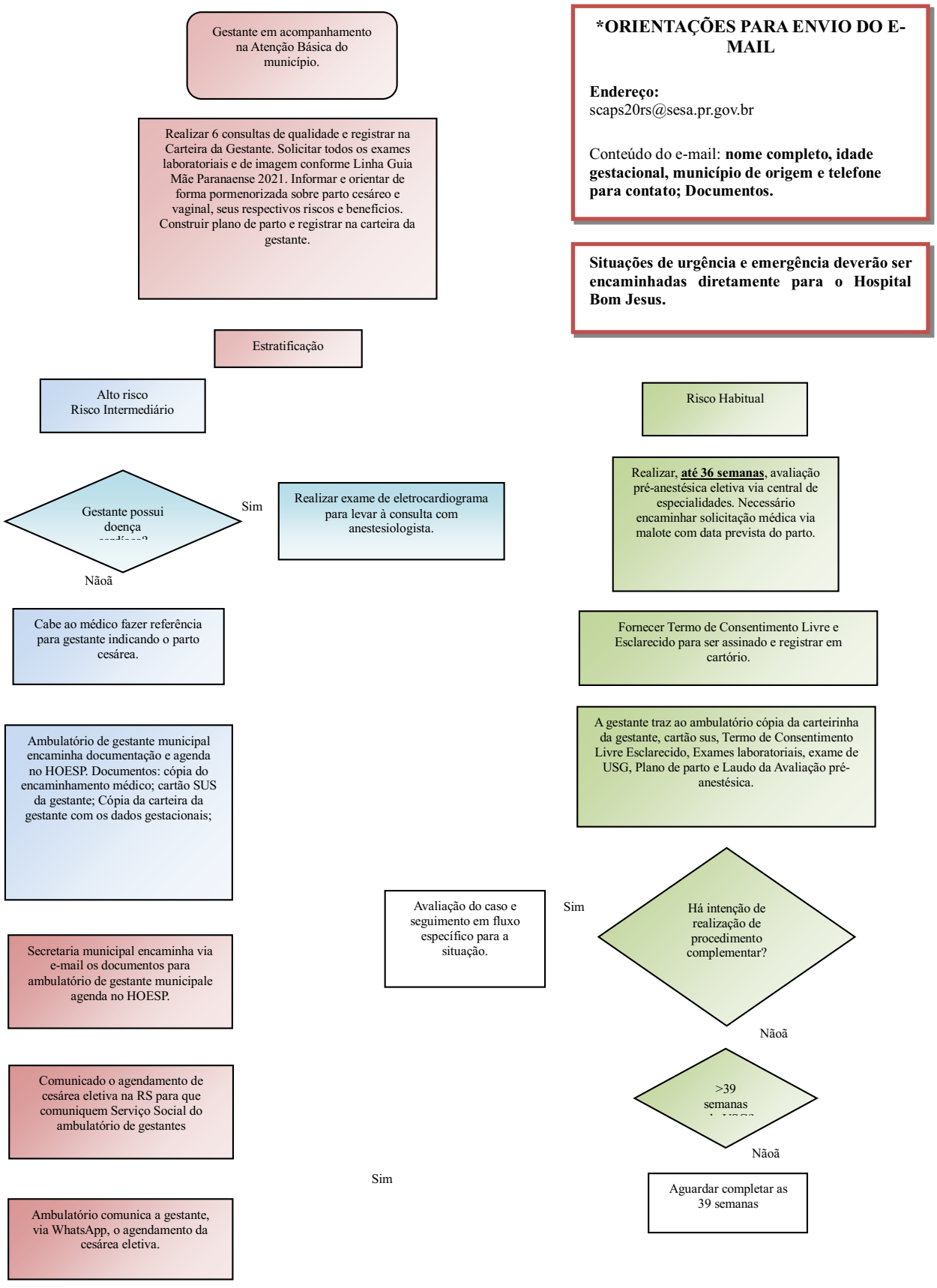
*Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Toledo-PR, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura com firma reconhecida

ANEXO 4: FLUXO CESÁREA ELETIVA



ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu,_____ _____, nacionalidade _____, portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____ _____, na cidade de_____, estado do_____, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.

Declaro ter ciência que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/PR_____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (incisão da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho minha decisão de realizar parto cesárea.

Toledo, ____ de _____ de _____.

_____ Assinatura e RG da gestante

_____ Assinatura do Cônjuge

_____ Assinatura e carimbo do obstetra

ANEXO 6: PLANO DE PARTO CESARIANA:

PLANO DE PARTO – CESARIANA

Eu,_____,
estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos, porém desejo realizar cesariana eletiva após 39 semanas, pois não quero entrar em trabalho de parto.

Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

( ) Quero que seja meu acompanhante: _____

( ) Não desejo ter acompanhante.

( ) Desejo ter meu filho de parto cesariana, fui orientada sobre as condições e os riscos da minha escolha.

( ) Prefiro optar por cesariana eletiva por motivos particulares, já que minha gestação é baixo risco, e gostaria que fosse realizado após 39 semanas, se tudo estiver bem comigo e com o meu filho.

( ) Gostaria que meu filho fosse colocado em contato comigo logo após o nascimento ou entregue para o meu acompanhante, assim que liberado pelo obstetra e pediatra.

( ) Gostaria que fosse permitido fazer fotos do nascimento pela equipe de enfermagem ou pelo meu acompanhante.

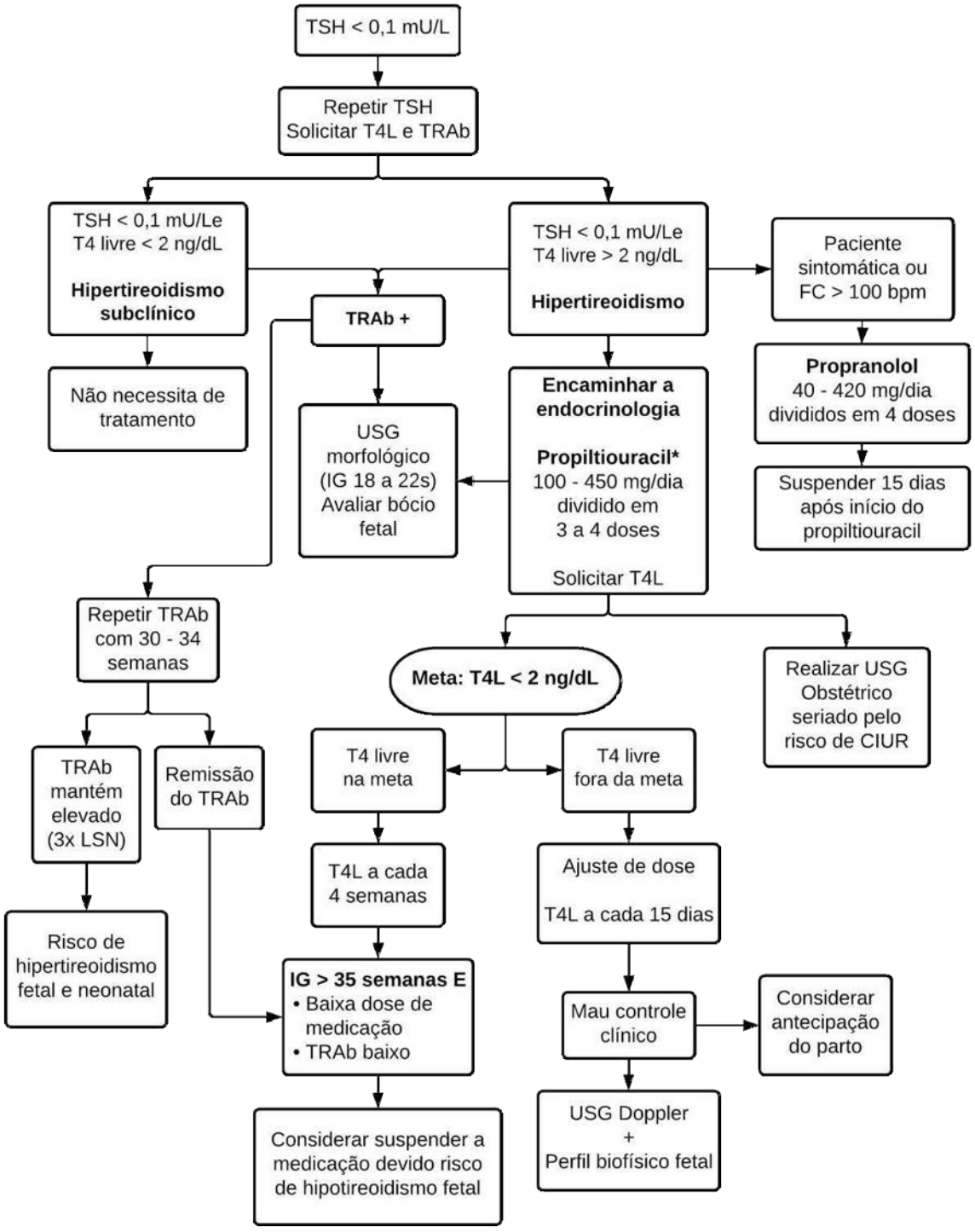
( ) Gostaria que o procedimento fosse realizado sem sedação, preferencialmente com o uso de anestesia raquidiana.

( ) Se possível gostaria que as minhas mãos não fossem amarradas durante a cesariana, mas entendo se não for possível.

Toledo, _____de _____ de _____.

Assinatura: _____

ANEXO 7: FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES



Hipertireoidismo transitório pode ocorrer no 1º trimestre devido à aumento de TBG, falso-positivo devido resposta cruzada entre HCG e TBG ou associado a hiperêmese gravídica, normalmente sem sinais clínicos e não necessita de tratamento.

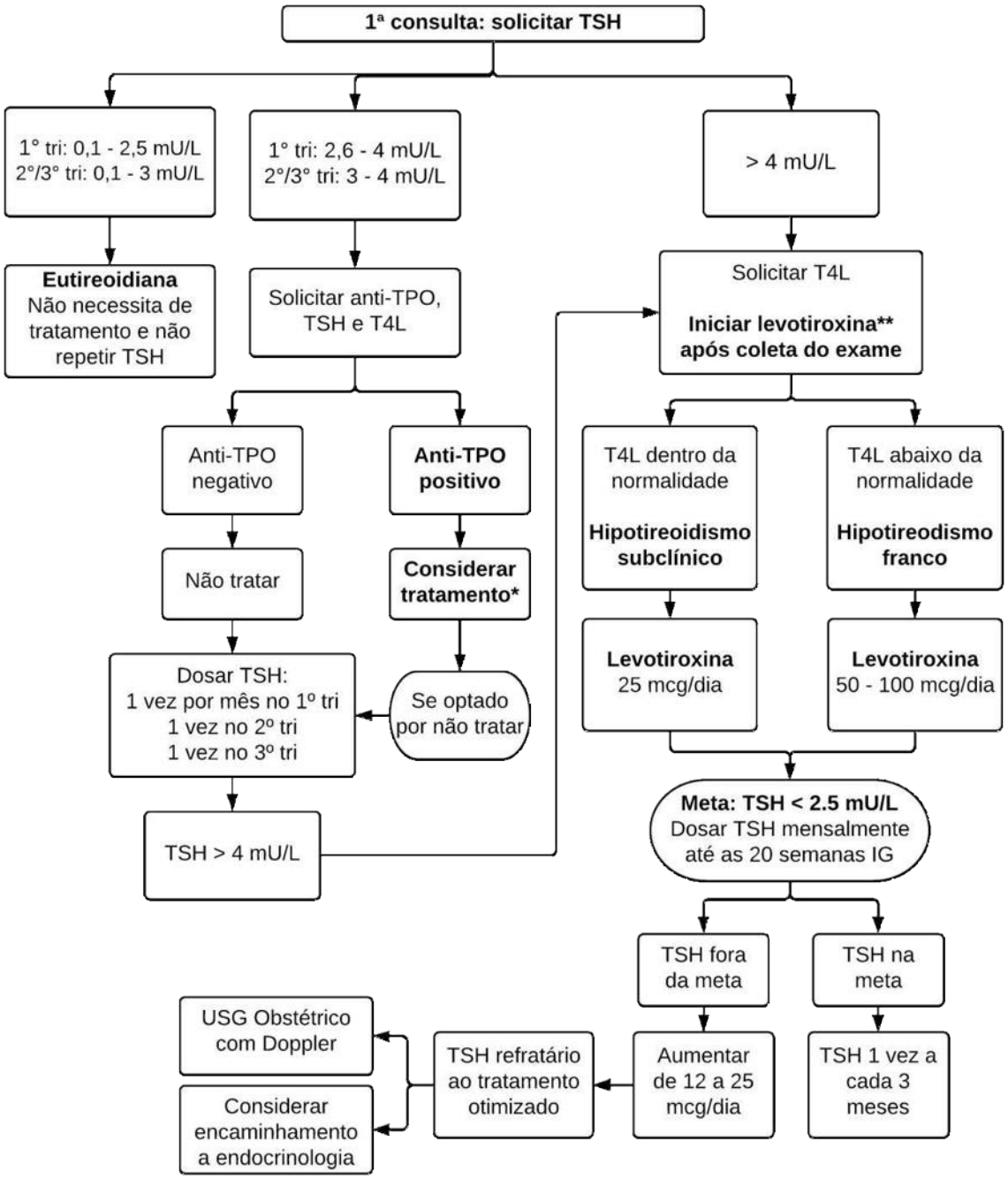
***Usar a menor dose possível para obter controle clínico e T4L dentro da normalidade**. Caso paciente com sintomas gastrointestinais exuberantes (avaliar hepatotoxicidade) ou baixa adesão ao propiltiouracil, considerar **metimazol** a partir da 16ª semana, com dose de 10 a 30 mg/dia.

Na amamentação é permitido tanto o propiltiouracil (até 450 mg) quanto o metimazol (até 30 mg), sendo as medicações administradas após as mamadas, e com monitorização da função tireoidiana do recém-nascido.

Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

Referências: 1. Doenças da. tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
2. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment. UpToDate, 2021.

ANEXO 8: FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES



Hipotireoidismo anterior a gestação:
Aumentar em 30% a dose de levotiroxina em uso.
Seguir fluxo do hipotireoidismo franco.

*Considerar história de abortos de repetição (≥ 3 abortos consecutivos) e história familiar. Se optado por tratar, administrar levotiroxina 50 mcg/dia.
**Iniciar com levotiroxina 25 mcg/dia e ajustar após obter o valor do T4 livre
Se dúvidas, entrar em contato com obstetra responsável pelo matriciamento

Seguimento pós-parto

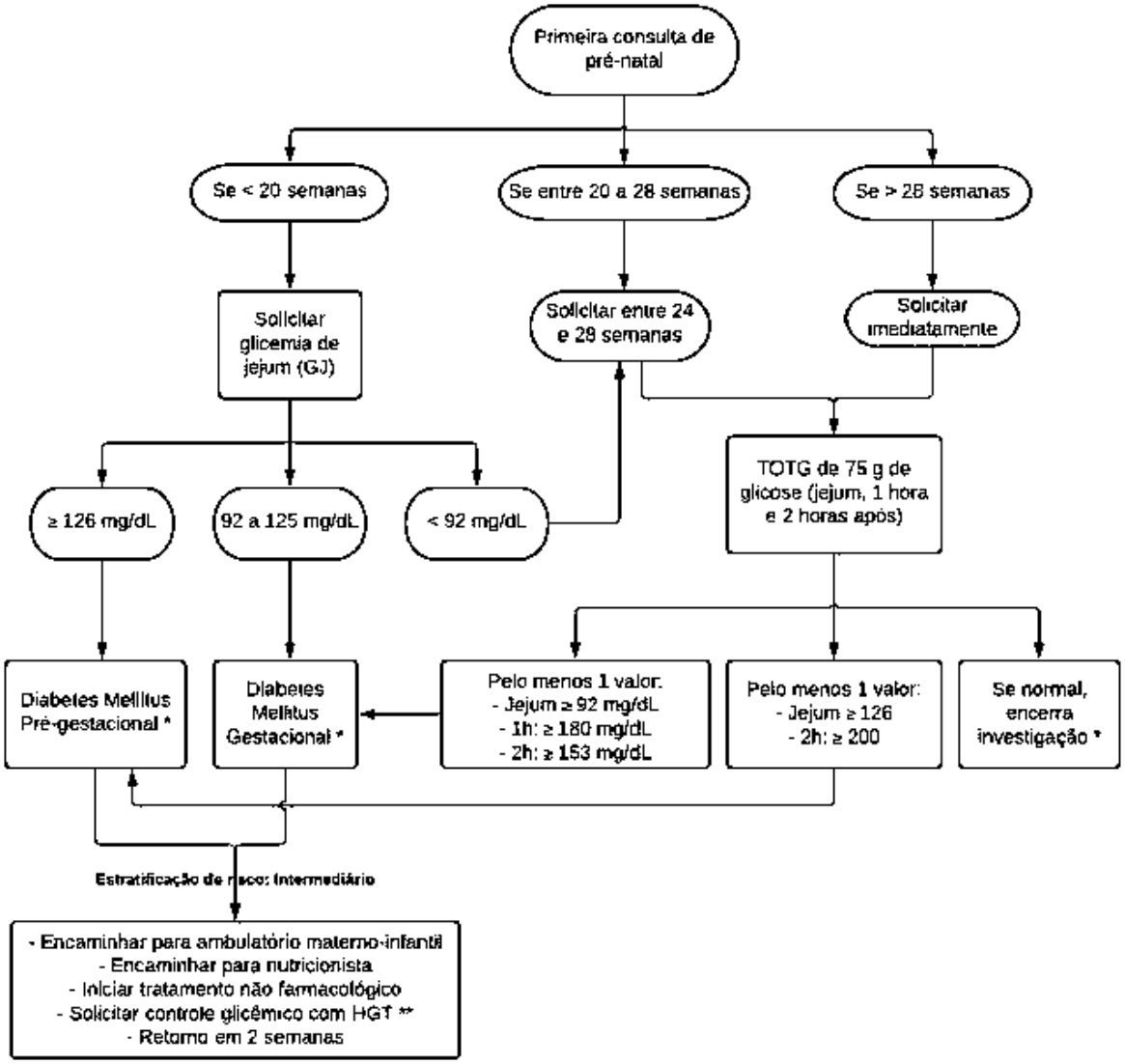
- Hipotireoidismo prévio: reduzir levotiroxina para a dose pré-gestacional e dosar TSH em 6 semanas
- Hipotireoidismo gestacional: suspender levotiroxina e dosar TSH em 6 semanas

Referências:
1. Doenças da. tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
2. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate, 2021.
Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

ANEXO 9: FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 1



GJ: glicemia de jejum. TOTG: teste oral de tolerância a glicose.

* Após o diagnóstico, não solicitar GJ ou TOTG.

** Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

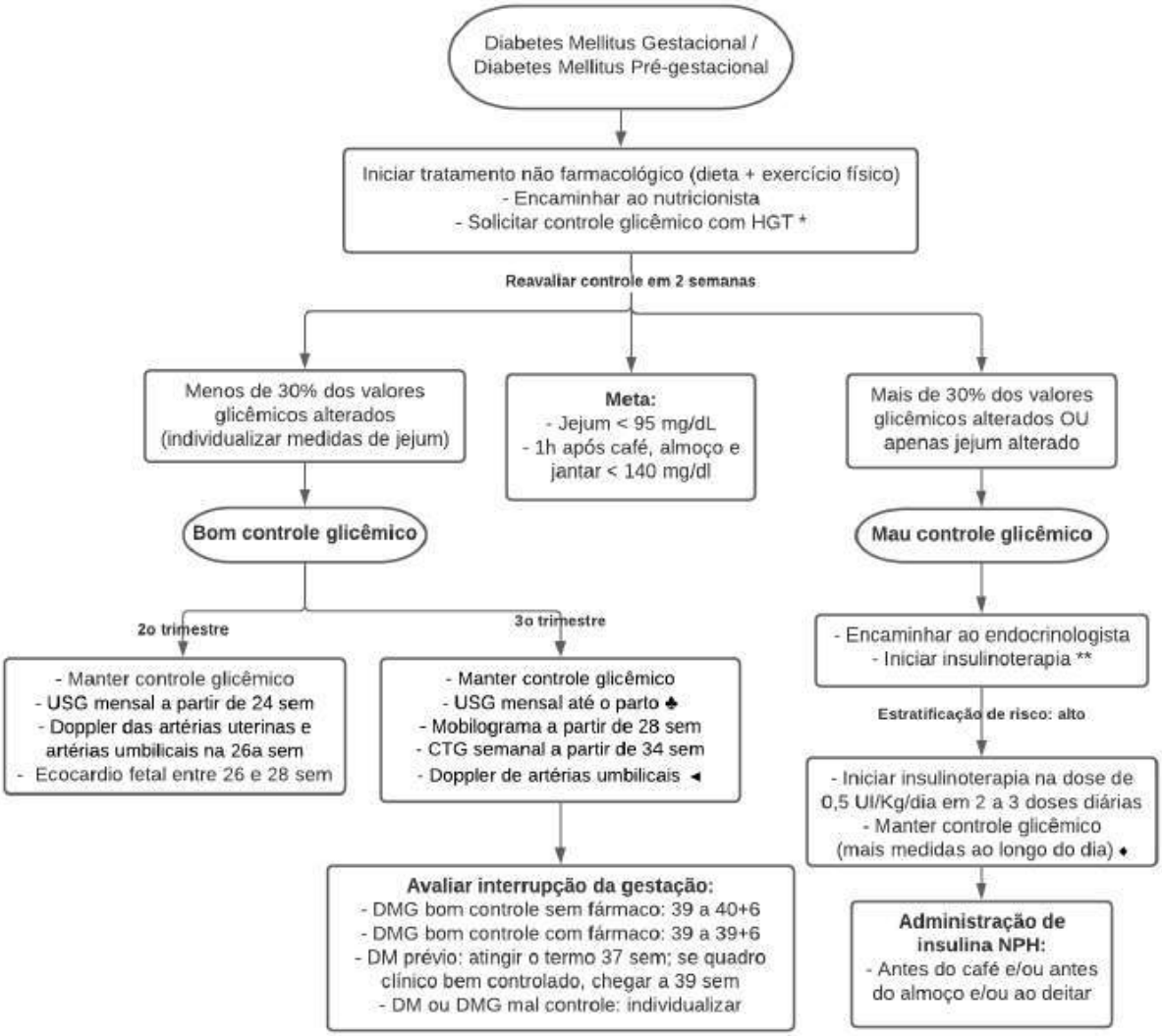
Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MANEJO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 2



TOTG: teste oral de tolerância a glicose. Não deve ser realizado após o diagnóstico.

* Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

** Não há necessidade de solicitar novas GJ ou TOTG durante o pré-natal.

♦ Medidas para controle glicêmico em uso de insulina: jejum, 1h após o café, antes do almoço, 1h após o almoço, antes da janta, 1h após o jantar e as 22 horas. Quando com bom controle, fazer 4 medidas ao dia, jejum sempre e alternando os outros períodos.

♣ Em caso de suspeita de restrição de crescimento ou feto grande para idade gestacional realizar avaliação a cada 15 dias.

◄ Solicitar se houver hipertensão arterial sistêmica, toxemia ou vasculopatia

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose de 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO E TIRAS DE HGT

NOME DA PACIENTE:

SOLICITO:

1. GLICOSÍMETRO 01 un

2. TIRAS DE HGT 120un

**REALIZAR CONTROLE GLICÊMICO 4X/DIA.

CIAP: W85

CID: O24.9

_____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: **//*****

MODELO DE CONTROLE DE HGT EM GESTANTES:

FAZER CONTROLE DA GLICEMIA CAPILAR (HGT) 4 VEZES AO DIA:

JEJUM, 1 HORA APÓS CAFÉ- DA-MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR

VALORES ALVO: JEJUM <=95, 1 HORA APÓS COMER <=140

NOME GESTANTE: _____

DATA	JEJUM	1h PÓS CAFÉ	1h PÓS ALMOÇO	1h PÓS JANTA

ORIENTAÇÕES PARA DIABETES GESTACIONAL:

Tenho Diabetes Gestacional, e agora?

A Diabetes é uma doença que aumenta o açúcar, que chamamos de glicose, no sangue.

O sangue da mãe com muita glicose passa para o bebê pela placenta.

Aumentam as chances de complicações na gestação quando você não tem conhecimento ou controle.

O que pode acontecer comigo?

Infecção de urina • Pressão alta • Parto prematuro • Maior risco de hemorragia pós-parto • Maior risco de diabetes no futuro • Morte materna

E com o bebê?

Peso maior que 4 Kg, com dificuldades no parto e fraturas • Problemas na respiração • Hipoglicemia (baixa de glicose) • Icterícia (pele amarela) • Morte

O que tenho que fazer?

Manter valores de glicemia normais

Anotar os valores e levar em todas as consultas.

Fazer 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e 2 a 3 lanches (um no meio da manhã, um no meio da tarde, um antes de se deitar)

SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Tente não ficar muito tempo sem comer.

FAZER ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física diminui a glicose do sangue e deve ser realizada por 30 minutos 4 a 5 vezes por semana. Atividades como caminhada, hidroginástica, pilates, yoga, natação, etc.

CONTROLE DA GLICEMIA

O controle da glicose é feito com um aparelho (glicosmetro), na lateral dos dedos das mãos.

Inicialmente deve ser feito 4 vezes no dia (jejum, 1 hora após iniciar a alimentação, no café-da-manhã, almoço e jantar).

Anote sua glicemia em um diário de glicemia. Isto é importante para o seu controle e durante as consultas de pré-natal, nutricionista e endocrinologista.

COMO DEVEM FICAR AS MEDIDAS

Jejum: menor ou igual a 95 mg/ dl

1 Hora após o início das principais refeições: menor ou igual a 140 mg/ dl

2 Horas após o início das principais refeições: menor ou igual a 120 mg/ dl

No aparelho, podem aparecer umas letras: HI: glicemia acima de 600 mg/dl*

LO: glicemia abaixo de 10 mg/dl*

*** os valores podem variar de acordo com a marca.**

ATENÇÃO!!! SE ISSO ACONTECER, PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO.

COMO MEDIR SUA GLICEMIA

1. Lavar as mãos ou passar álcool 70. Secar bem.
2. Furar o dedo na lateral.
3. Preencher todo o espaço da fita, com a gota de sangue.
4. Descartar as lancetas e fitas usadas, em um frasco de plástico rígido vazio (amaciante ou água sanitária).
5. Anotar o valor da glicemia no diário.
6. Fazer o rodízio dos dedos.

SIGA AS ORIENTAÇÕES E FAÇA TODOS OS EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL. SE A GLICEMIA NÃO CONTROLAR COM DIETA E ATIVIDADE FÍSICA, VOCÊ PODE PRECISAR DE MEDICAMENTOS COMO INSULINA.

O QUE VOCÊ DEVE COMER AO DIA?

→ PORÇÕES TOTAIS DO DIA

1. Verduras e legumes à vontade (alface, couve, abobrinha, etc);
2. 01 porção de feijões ou oleaginosas (feijão, soja, lentilha, amendoim, castanha, etc);
3. 02 porções de carne ou ovos;
4. 01 porção de óleos ou gorduras (manteiga, margarina, azeite, óleo, etc);
5. 03 porções de legumes de raiz (abóbora, cenoura, chuchu, quiabo, vagem, etc);

6. 03 porções de frutas (maçã, banana, abacaxi, laranja, etc);
7. 03 porções de leite ou derivados (queijo, iogurte, coalhada, etc);
8. 05 porções de carboidratos (macarrão, arroz, angu, batata, mandioca, farofa, pães, bolos, biscoitos, etc).

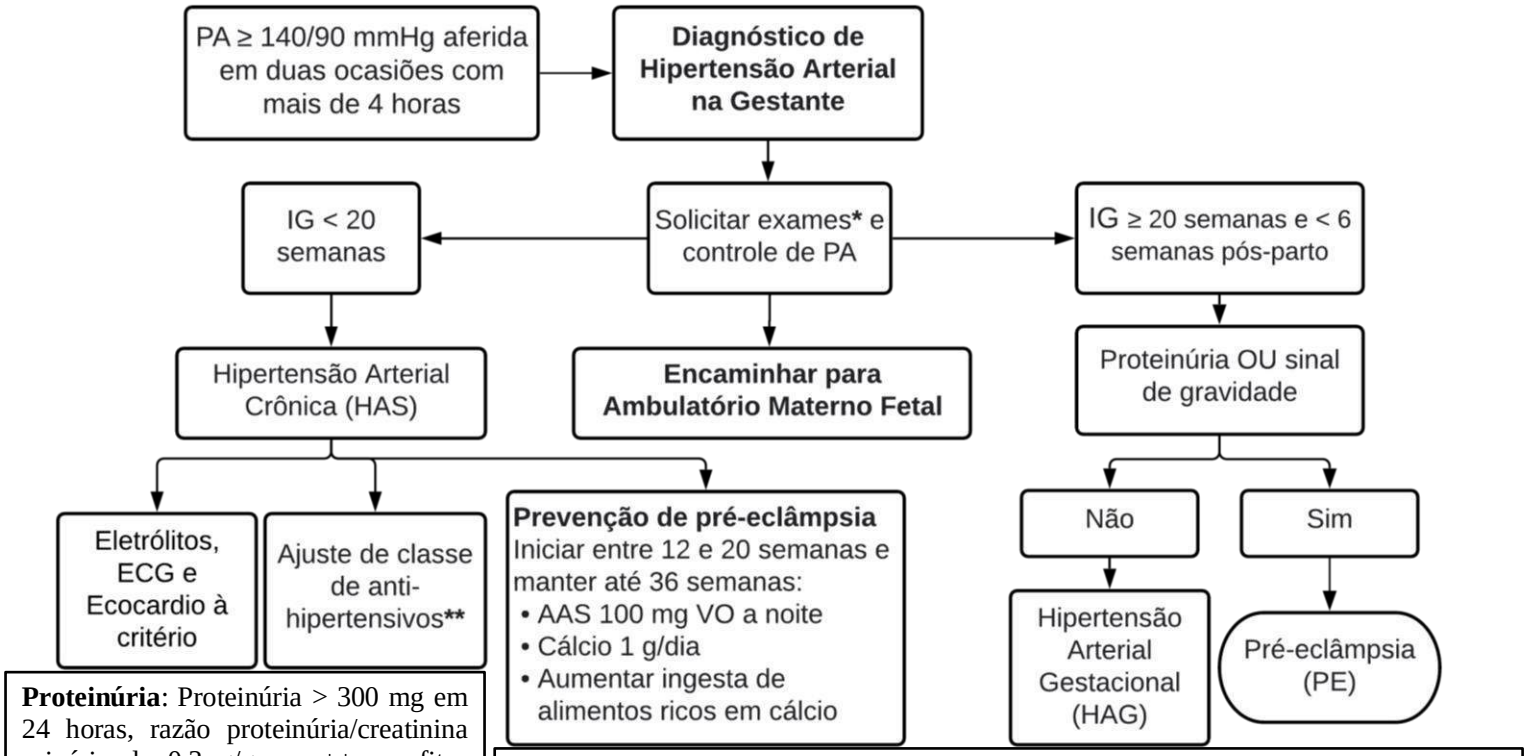
PREFIRA ALIMENTOS INTEGRAIS (Pão integral, arroz integral, etc)
EVITE SUCOS DE FRUTAS (mesmo natural sem açúcar) E REFRIGERANTES.
EVITE TODOS OS TIPOS DE DOCES: AÇUCAR, AÇUCAR MASCAVO, MEL, MELADO, CHOCOLATE. SE PRECISAR ADOÇAR, PREFIRO O ADOÇANTE DE ESTÉVIA.

ORIENTAÇÕES GERAIS NO DIAGNÓSTICO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

• Não pular refeições.
• Avaliar o controle glicêmico 1 hora após a primeira garfada da refeição.
• Não tomar nenhum medicamento quando em jejum para controle do HGT.
• Atividade física preferível: caminhadas diárias.
• Se usa insulina, aguardar 10 segundos após a aplicação da insulina para retirar a agulha.
• Fazer um diário alimentar 1 semana antes da consulta com nutricionista.
• Sempre levar a folha anotada com o controle glicêmico nas consultas médicas e nutricionista**.**

ANEXO 10: FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Manejo da Hipertensão Arterial em Gestantes



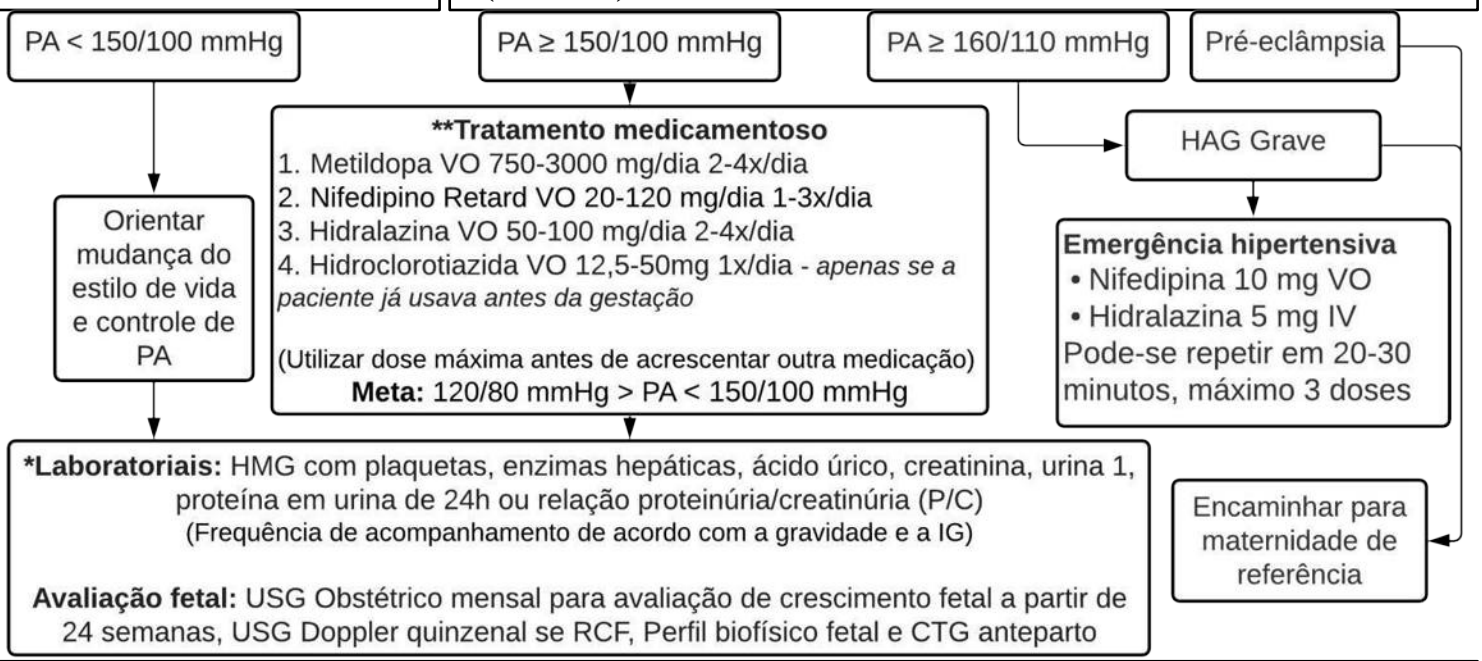
Proteinúria: Proteinúria > 300 mg em 24 horas, razão proteinúria/creatinina urinária de 0,3 g/g, ou ++ em fitas reagentes

Sinais de gravidade: trombocitopenia(< 100.000), creatinina > 1,1 mg/dL ou 2x creatinina basal, elevação de 2x das transaminases hepáticas, edema agudo de pulmão, dor abdominal, sintomas visuais ou cefaleia, convulsões, sem outros diagnósticos alternativos.

Prevenção de pré-eclâmpsia, para todas as gestantes que possuem:

1 fator de alto risco:
- HA crônica
- DM 1, 2 ou gestacional
- PE prévia com desfecho fetal adverso
- Gestação múltipla
- Doença renal
- Doença autoimune (LES/SAAF)

OU 2 ou mais fatores de risco moderado:
- Nuliparidade
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2)
- História familiar de PE (mãe ou irmã)
- Idade ≥ 35 anos
- Negra ou baixo nível socioeconômico
- História obstétrica prévia ruim (PIG, Prematuridade, baixo peso, > 10 anos de intervalo interpartal)



Referências:1. Gestacional Hypertension. UpToDate, 2021. 2. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. ArqBrasCardiol, 2020.3. Hipertensão arterial crônica e gravidez. FEBRASGO, 2019.**Autores**: Roberto Pimenta, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

ANEXO 11: LISTA DE EXAMES PARA SEREM SOLICITADOS

EXAMES LABORATORIAIS:

- Hemograma completo;
- Glicose de Jejum; Glicose pós-prandial; TOTG;
- TSH; T4 livre; Anti-TPO; Trab;
- Toxoplasmose IGM/IGG; Teste de avidez IGG;
- Urina; Urocultura; Antibiograma; Proteinúria de 24h;
- EPF;
- Swab para streptococcus tipo B;
- Tipagem sanguínea + fator RH; Eletroforese de hemoglobina;
- Tipagem sanguínea + fator RH e Eletroforese de hemoglobina do parceiro;
- TGO; TGP
- Creatinina; Ureia;
- Teste rápido de HIV, Elisa, Western Blot;
- Teste rápido Sífilis, VDRL, FTA-ABS;
- Teste rápido Hepatite B; Anti-hbs, HbsAg, Anti-HbeAg, HbeAg, Anti-HBC total, Anti-HBC IgM e IgG, PCR;
- Teste rápido Hepatite C; PCR.

EXAMES DE IMAGEM:

- USG Endovaginal; USG Transvaginal;
- USG Obstétrica; USG Obstétrica Morfológica; USG Obstétrica com Doppler;
- USG Obstétrica gemelar; USG Obstétrica Morfológica gemelar; USG Obstétrica com Doppler gemelar;
- Ecocardiograma fetal;
- Cardiotocografia**;

CONTROLE DE HGT:

- Glicosímero;
- Fitas de HGT;
- Lancetas de HGT;

CONTROLE DE PRESSÃO:

- Aferição de pressão diária;

ANEXO 12: LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO

- Nutricionista: Gestante com obesidade III (mórbida); diabetes gestacional, diabética prévia, hipertensa mal controlada; baixo peso; alteração da abrupta da curva de peso;

- Psicólogo: Gestantes estratificadas – encaminhara para Psicóloga Tereza – Ambulatório de Saúde Mental

- Endocrinologista: Gestante com diabetes gestacional ou diabética prévia com mal controle glicêmico e laboratorial;

- Cardiologista: Gestante cardiopata ou com mal controle pressórico;

- Ginecologista/Obstetra: Gestantes de risco intermediário e alto risco;

- Assistente Social: Gestantes em situação de vulnerabilidade social, pedido de laqueadura, pedido de cesárea eletiva;

- Dentista: Gestante para avaliação odontológica na gestação e queixas odontológicas.

"Nenhum de nós é tão bom, quanto todos nós juntos"

Ray Kroc

PREFEITURA MUNICIPAL DE
TOLEDO – PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES
PARA PACIENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

MARÇO DE 2022

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 3
2 OBJETIVO..... 3
3 MATERIAIS DISTRIBUÍDOS CONFORME PROCEDIMENTOS 4
3.1 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA..... 4
3.2 NUTRIÇÃO ENTERAL POR SNG, SNE E GASTROSTOMIA..... 5
3.3 LAVAGEM NASAL..... 6
3.4 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: TÉCNICA LIMPA..... 7
3.5 DISPOSITIVO URINÁRIO NÃO INVASIVO PARA CONTROLE DE DIURESE....7
3.6 ESTOMIAS..... 8
3.7 CURATIVO DOMICILIAR..... 9
3.8 COLCHÃO DE AR..... 11
4. RESÍDUOS GERADOS NOS CUIDADOS DOMICILIARES..... 12
5. ORIENTAÇÕES DOMICILIARES..... 13
6. REGISTRO DE DISPENSAÇÃO NOMINAL..... 14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 14

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

1. INTRODUÇÃO

Este Procedimento Operacional Padrão foi elaborado por iniciativa das Gerentes de Saúde das Unidades Básicas de Toledo com a colaboração dos profissionais do Departamento de Atenção Básica, Departamento de Gestão, Departamento Administrativo/Financeiro e da Central de Abastecimento Farmacêutico, motivados pela necessidade de padronização das rotinas de dispensação de materiais médico-hospitalares na Atenção Primária.

Considerando que alguns materiais médico-hospitalares são imprescindíveis para a manutenção da saúde, o município de Toledo se responsabiliza pela dispensação de insumos de saúde específicos para uso na atenção domiciliar.

Importante salientar que no caso de desabastecimento dos insumos provenientes da Central de Abastecimento Farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar até normalização do estoque.

Durante a elaboração deste protocolo, não foi encontrado consenso na literatura em relação às quantidades de cada material médico-hospitalar a serem dispensados para cuidados domiciliares realizados pelo próprio paciente e/ou cuidador, ficando definida neste documento que, após avaliação da equipe no domicílio ou na unidade, poderá ser dispensada a quantidade necessária de materiais de acordo com a condição de cada paciente, respeitando a quantidade máxima descrita neste protocolo. **Portanto, para a entrega desses materiais não é necessário prescrição médica.**

2. OBJETIVO

Padronizar a dispensação (modelo e quantidade) de cada material médico-hospitalar pela Atenção Primária em Saúde - APS para a realização dos cuidados domiciliares executados pelo paciente e/ou cuidador.

3. MATERIAIS DISTRIBUÍDOS CONFORME PROCEDIMENTOS

3.1 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Traqueostomia é o procedimento cirúrgico de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou simplesmente uma cirurgia de abertura da traqueia que exterioriza a luz traqueal.

A aspiração traqueal consiste na retirada de secreções dos pulmões pela cânula da traqueostomia, de forma estéril, por meio de um sistema de vácuo. A aspiração deve ser frequente, de acordo com a necessidade decorrente do acúmulo de secreções a ser avaliada pelo enfermeiro da APS. Deve-se aspirar a cânula, depois a nasofaringe, e por fim, a cavidade oral. Em casos de presença de cânula interna, ela deve ser frequentemente removida para inspeção e limpeza.

A higiene local e troca da fixação da cânula de traqueostomia devem ser diárias a fim de minimizar irritações cutâneas. A fixação da cânula na região cervical com cadarço de algodão não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granuloma por cisalhamento da cânula com traqueostomia. A região entre a pele e a cânula deve ser protegida com uma compressa de gaze, bem como se deve proteger o lúmen da cânula para evitar entrada de sujidades e proporcionar maior conforto ao paciente.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Sonda traqueal	Até 360 unidades
Compressa de gaze não estéril	Até 200 unidades
Luva plástica estéril	Até 360 unidades
Cadarço	Até 10 metros
Solução Fisiológica	Até 15 frascos de 100 ml

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

Agulha	Até 15 unidades

Obs 1: Não existe consenso na literatura com relação a frequência periódica eletiva de troca das cânulas, devendo ser avaliado cada caso individualmente pela equipe de saúde;

Obs 1: Deverá ser dispensado o mesmo número de luvas plásticas estéreis e sondas de aspiração.

3.2 NUTRIÇÃO ENTERAL POR SNG, SNE E GASTROSTOMIA

A nutrição enteral é uma espécie de alimentação fornecida em forma líquida ou pastosa, destinada a pacientes que estão impossibilitados de receber nutrição via oral ou que necessitam de uma suplementação para suprir as necessidades do organismo.

A sua forma de administração é através de uma sonda, a qual pode ser inserida na cavidade nasal (nariz), oral (boca) ou diretamente no estômago/intestino por um procedimento cirúrgico.

Os tipos de sondas mais utilizados estão descritos abaixo:

Sonda nasoenteral: dispositivos inseridos na região nasal ou oral que podem chegar até o estômago ou intestino. Geralmente são utilizadas por um curto período de tempo.

Sonda de gastrostomia ou jejunostomia: dispositivos inseridos na região abdominal através de um procedimento cirúrgico, podendo estar posicionados diretamente no estômago ou intestino. São utilizadas quando há indicação de uso de sonda para alimentação por um período prolongado (6 a 8 semanas).

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Equipo para nutrição enteral padrão ou escalonado	Até 15 unidades
Frascos para Alimentação Enteral	Até 10 unidades
Frascos para água	Até 2 unidades
Seringa 20 ml	Até 10 unidades

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

Seringa 60 ml (caso não utilize o frasco para alimentação)	Até 2 unidades

Obs 1: A Periodicidade de substituição dos equipos deve ser a cada 2 dias. Os frascos para alimentação a cada 3 dias e os frascos para água a cada 15 dias.

Obs 2: Para pacientes que fazem uso de seringas de 60ml será disponibilizado somente os frascos para água.

Obs 3: Em caso de desabastecimento de um dos itens (exemplo seringa de 60ml) poderá ser realizado substituição por material equivalente (exemplo frasco+equipo).

3.3 LAVAGEM NASAL

A irrigação salina nasal é recomendada para o alívio dos sintomas da rinossinusite crônica, 1,2 e mostra-se particularmente útil quando há crosta de secreções nasais, devido à drenagem espessa crônica. Pode ser usada isoladamente para sintomas leves, ou antes, de outras medicações tópicas, para limpeza da mucosa. A irrigação salina nasal não apresenta risco considerável para a saúde se realizada devidamente. Há evidência do benefício também na rinite alérgica, inclusive em gestantes. Em crianças com sinusite aguda e com rinite alérgica concomitante, a irrigação nasal melhora significativamente a rinorreia, a congestão nasal, a coceira na garganta, a qualidade do sono, e o fluxo de ar nasal.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Seringa de 3, 5 ou 10ml	1 unidade
Agulha 40x12	1 unidade
Solução Fisiológica 100ml	1 unidade

Obs 1: O tamanho da seringa será proporcional a idade do paciente e avaliação do profissional enfermeiro ou médico.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

3.4 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: TÉCNICA LIMPA

É uma técnica que retira a urina da bexiga com auxílio de um cateter (sonda uretral), quando não há eliminação natural da urina em sua totalidade.

O cateterismo intermitente permite ao paciente o esvaziamento da bexiga a intervalos regulares, de acordo com a necessidade individual. Esse procedimento pode ser realizado pelo próprio paciente ou por um cuidador.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Sonda uretral	Até 180 unidades
Xilocaína gel ou Lubrificante gel	Até 2 tubos
Luva plástica estéril (quando realizado por terceiros)	Até 200 unidades

Obs 1: Para higiene pode ser orientado ao paciente/cuidador usar pano exclusivo para este fim, realizando a lavagem após a utilização.
Obs 2: Por tratar de técnica limpa e não estéril é dispensável o uso de luva pelo próprio paciente. No caso de cateterismo intermitente realizado por cuidador, utilizar luva plástica estéril.

3.5 DISPOSITIVO URINÁRIO NÃO INVASIVO PARA CONTROLE DE DIURESE

É um cateter ou sonda externa feita de borracha fina (látex atóxico), também conhecida como sonda de camisinha (extremidade afunilada (reforçada), sendo uma forma eficaz de coletar urina em homens, que apresentem incontinência urinária. É um método não invasivo em homens, para controle de diurese em balanço hídrico.

Ele é colocado no pênis e conectado através de um tubo extensor a uma bolsa coletora de urina ou frasco coletor.

Existem vários tamanhos de disponíveis urinários não invasivos, segundo o

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

diâmetro do pênis (tamanho 4, 5, 6, 7 e 8).

Paciente restrito ao leito:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Dispositivo Urinário não Invasivo c/ prolongamento	Até 30 unidades
Obs1: A periodicidade de substituição do dispositivo urinário deve ser a cada 24 horas.	
Obs 2: Em caso de disponibilidade entregar frasco coletor, limitado a 1 por mês.	

Paciente NÃO restrito ao leito:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Convenn	Até 30 unidades
Bolsa Convenn	Até 04 unidades
Obs1: A periodicidade de substituição do dispositivo urinário deve ser a cada 24 horas e da bolsa a cada 7 dias.	
Obs 2: Em caso de desabastecimento de um dos itens (exemplo Convenn) poderá ser realizado substituição por material equivalente (exemplo dispositivo urinário não invasivo).	

3.6 ESTOMIAS

A estomia é um procedimento cirúrgico realizado no aparelho digestivo ou urinário, que tem como objetivo criar um desvio dos conteúdos que passam por estes sistemas para o meio externo, para serem recolhidos por uma bolsa coletora. Sua realização é indicada quando haja alguma compressão, obstrução que esteja impedindo a excreção das fezes e urina naturalmente.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Luva plástica estéril	Até 10 pares
Gaze estéril	Até 20 pacotes
Obs: Todas as bolsas coletoras são disponibilizadas pelo CISCOPAR.	
Obs 1: Por tratar de técnica limpa e não estéril é dispensável o uso de luva pelo próprio paciente. No caso de manejo realizado por cuidador, utilizar luva plástica estéril.	

3.7 CURATIVO DOMICILIAR

É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

Para a escolha de um curativo adequado, é essencial uma avaliação criteriosa da ferida e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado. Para tanto, é necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas durante a consulta de enfermagem quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordos, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional.

O enfermeiro deve avaliar todo o processo de cuidados das lesões com frequência mínima quinzenal, na UBS ou no domicílio, observando possíveis causas da não resposta ao tratamento e, optando por terapias corretivas como desbridamento do tecido morto, aplicação de placas especiais, agentes biológicos e terapias adjuntas.

Quando o familiar/cuidador procurar a unidade pela primeira vez para retirada dos insumos deverá ser entregue uma quantidade mínima para a realização do curativo no

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

domicílio e já deve ser programada a avaliação do enfermeiro para as demais dispensações.

As coberturas fornecidas pelo município de Toledo não têm a função de medida de conforto e sim de absorção de exsudato, proteção e tratamento da lesão, portanto a entrega de materiais em pacientes que não possuem lesões não deve ser realizada.

CURATIVOS AGUDOS\TRANSITÓRIOS

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA SEMANAL/PACIENTE
Compressa de gaze estéril	Até 21 pacotes (com 10 unidades) por lesão
Chumaço	Até 07 unidades por lesão
Atadura de crepe	Até 28 unidades (4 por membro)
Micropore OU Fita crepe OU Esparadrapo	Fracionar conforme necessidade.
Solução Fisiológica 250 ml	Até 02 unidades
Agulha 40x12	Até 02 unidades
Espátula de madeira estéril (somente na ausência da apresentação em tubo da medicação)	Até 07 unidades
Obs: Sempre que possível orientar e estimular o uso de chá de camomila e calêndula para lavagem das lesões em substituição ao uso da solução fisiológica.	

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

CURATIVOS CRÔNICOS:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA **MENSAL**/PACIENTE
Compressa de gaze estéril	Até 90 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 1 troca diária Até 180 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 2 trocas diárias Até 270 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 3 trocas diárias
Chumaço	Até 30 unidades por lesão com 1 troca diária Até 60 unidades por lesão com 2 trocas diárias Até 90 unidades por lesão com 3 trocas diárias
Atadura de crepe	Até 120 unidades (4 por membro) com 1 troca diária Até 240 unidades (4 por membro) com 2 trocas diárias Até 360 unidades (4 por membro) com 3 trocas diárias
Micropore	Até 6 unidades
Fita crepe OU esparadrapo	Até 1 unidade
Solução Fisiológica 250 ml	Até 10 unidades
Agulha 40x12	Até 10 unidades
Espátula de madeira estéril (somente na ausência da apresentação em tubo da medicação)	Até 30 unidades com 1 troca diária Até 60 unidades com 2 trocas diárias Até 90 unidades com 3 trocas diárias
Obs: Sempre que possível orientar e estimular o uso de chá de camomila e calêndula para lavagem das lesões em substituição ao uso da solução fisiológica.	

3.8 COLCHÃO DE AR

O fornecimento de colchão de ar deve ser indicado apenas para pacientes acamados e restritos ao leito.

Será fornecido **1 colchão de ar por paciente**, ocorrendo **substituição em qualquer tempo em caso de defeito de fabricação** (abertura ou vazamento na área de solda/ junções e perda de pressão ou vazamento nas válvulas) **ou apenas 1 única vez ao ano no caso de mau uso** (quando ocorre furo, rasgo ou corte; quando

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

o produto é utilizado por paciente acima do peso indicado; quando o produto é movido com paciente sobre ele). Sempre que for necessário substituição do colchão, o familiar deverá fazer a desinfecção com álcool 70% no domicílio e deve levar até a unidade levando o cartão de garantia. A Unidade deve enviar o colchão com defeito para a secretaria de saúde aos cuidados da Amanda que verificará a possibilidade de substituição.

No momento do empréstimo do colchão deve ser orientado ao familiar/cuidador que deve zelar pelo bom uso do insumo e que o mesmo deve ser devolvido à unidade higienizado, caso não seja mais recomendado/necessário o uso.

4. RESÍDUOS GERADOS NOS CUIDADOS DOMICILIARES

É importante salientar que os resíduos de saúde originados no domicílio devem ser acondicionados separadamente dos demais resíduos comuns.

O profissional deve orientar o paciente e/ou cuidador a realizar a separação do **lixo infectante** (materiais de curativo, luvas e sondas) e o seu acondicionamento em saco de lixo comum domiciliar bem lacrado. **Não será entregue saco de lixo hospitalar para uso em domicílio.**

Materiais pérfuro-cortantes deverão ser descartados em embalagens plásticas com alça (frasco de amaciante ou sabão líquido, por ex.) conforme o preconizado pela empresa de coleta de lixo.

Para os **materiais que não apresentem riscos de infecção** (equipo e frascos de alimentação) o descarte deverá ser feito junto com o lixo doméstico.

Todos os materiais pérfuro-cortantes, infectantes e/ou contaminados deverão ser entregues na Unidade Básica de referência do paciente, devidamente lacrados, para recolhimento pela empresa de coleta de lixo.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

5. ORIENTAÇÕES DOMICILIARES

É de responsabilidade do paciente, familiar ou cuidador responsável:

- Fazer uso adequado dos materiais fornecidos de acordo com a sua indicação e conforme as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Realizar a separação adequada dos resíduos de saúde gerados durante os cuidados domiciliares conforme a orientação a seguir: **lixo infectante** (materiais de curativo, luvas e sondas) devem ser acondicionados em saco de lixo comum domiciliar exclusivo para este fim; **materiais perfuro-cortante** deverão ser descartados em embalagens plásticas com alça (frasco de amaciante ou sabão líquido, por ex.) tampado; **materiais que não apresentem riscos de infecção** (equipo e frascos de alimentação) o descarte deverá ser feito junto com o lixo doméstico comum;
- Entregar em sua Unidade Básica de referência todos os materiais perfuro cortantes, infectantes e/ou contaminados provenientes dos cuidados domiciliares realizados, devidamente lacrados, para recolhimento pela empresa de coleta de lixo municipal;
- Comunicar a unidade básica no caso de qualquer alteração do tratamento ou complicação;
- Comunicar a unidade básica no caso de alta do tratamento, mudança de endereço ou óbito, que implique na suspensão ou devolução dos materiais;
- A substituição do colchão de ar será realizada **em qualquer tempo em caso de defeito de fabricação** (abertura ou vazamento na área de solda/ junções e perda de pressão ou vazamento nas válvulas) **ou apenas 1 única vez ao ano no caso de mau uso;**

Atenção: No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

6. REGISTRO DE DISPENSAÇÃO NOMINAL

Todo material dispensado pela unidade deve obrigatoriamente ser registrado em nome do paciente no sistema de informação municipal em: Atendimento – Movimentação de estoque – Saída de estoque (Almoxarifado), selecionando o tipo de material e quantidade fornecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, C.T. **Cateterismo Vesical Intermitente: manual de orientações.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vol.15. Pelotas, RS. Coordenadoria de Comunicação do HCPA – janeiro/2020. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude?task=download.send&id=59&catid=2&m=0

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional.** 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 96p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Eb-serh – Ministério da Educação. **POP: Traqueostomia: Cuidados e Decanulação** – Unidade de Reabilitação, Uberaba, 2018 – Versão 2.0. 20p. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/traqueostomia-adulto-final.pdf

Núcleo de Telessaúde Espírito Santo. **Deve-se recomendar o uso de irrigação nasal com soro para tratamento da rinossinusite?** 21 mar 2017 | ID: sof-36338. Disponível em https://aps.bvs.br/aps/deve-se-recomendar-o-uso-de-irrigacao-nasalcom-soro-para-tratamento-

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

da-rinossinusite/

Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas. **Protocolo de Assitência de Enfermagem Domiciliar**. Campinas, 2020. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/SAD_Protocolo_de_Assistencia_de_Enfermagem_Domiciliar.pdf

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

ELABORADO POR	DATA	APROVADO POR	DATA	REVISÃO EM:
Gerentes UBS	Março/2022	Departamento de Atenção Primária		
		Departamento de Gestão		
		Departamento Administrativo/Financeiro		
		Departamento de Assistência Farmacêutica		

COLABORADORES:

Ambulatório de Feridas

Nutricionistas da Atenção Primária à Saúde

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

Toledo, 10 de setembro de 2024.

C.I. Nº 44/2024

Assunto: **FLUXO DE SETORES PAM – MÉDICOS**

Considerando a necessidade de fluir de forma adequada e equilibrada a distribuição de profissionais médicos nos diferentes setores do PAM (Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes).

Considerando a necessidade de organizar o serviço de acordo com número de profissionais médicos que integram o corpo clínico do PAM em cada plantão.

Considerando oscilações de fluxos de consultas e internamentos.

Considerando a necessidade de que as prescrições sejam realizadas prioritariamente até as 10:00 hs da manhã.

Considerando reduzir tempo de espera dos pacientes na visita matinal do setor de Enfermaria.

Considerando não sobrecarregar colegas em seus setores.

Considerando interesse manifestado por vários colegas em atuar em ambos setores e não só em consultório.

A Direção do PAM, estabelece o fluxo que segue abaixo, visando desta forma buscar o equilíbrio na distribuição de funções dos médicos entre os setores de Suporte, Enfermaria e Consultórios.

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

FLUXO DE SETORES PAM – MÉDICOS

SETEMBRO DE 2024

PERÍODO DIURNO

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 7 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 1 MÉDICOS NA ENFERMARIA (Até 20 pacientes internados na enfermaria).
- 5 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

*Quando + de 20 pacientes até 25 pacientes na enfermaria, médico do suporte auxiliara na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.

*Quando + de 25 pacientes internados na enfermaria: 1 médico na sala de suporte.
2 médicos na enfermaria.
4 médicos nos consultórios.

*No período da tarde, quando reduzir número de internados na enfermaria para menos de 26 pacientes, o 2° médico da enfermaria sobe para atendimento nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria se necessário.

==========

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 6 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 1 MÉDICOS NA ENFERMARIA (Até 20 pacientes internados na enfermaria).
- 4 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

*Quando + de 20 pacientes até 25 pacientes na enfermaria, médico do suporte auxiliara na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.

*Quando + de 25 pacientes internados na enfermaria: 1 médico na sala de suporte.
2 médicos na enfermaria.
3 médicos nos consultórios.

*No período da tarde, quando reduzir número de internados na enfermaria para menos de 26 pacientes, o 2° médico da enfermaria sobe para atendimento nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria se necessário.

==========

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 5 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 1 MÉDICOS NA ENFERMARIA (Até 20 pacientes internados na enfermaria).
- 3 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

*Quando + de 20 pacientes até 25 pacientes na enfermaria, médico do suporte auxiliara na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.

*Quando + de 25 pacientes internados na enfermaria: 1 médico na sala de suporte.
2 médicos na enfermaria.
2 médicos nos consultórios.

*No período da tarde, quando reduzir número de internados na enfermaria para menos de 26 pacientes, o 2° médico da enfermaria sobe para atendimento nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria se necessário.

==========

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 4 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 1 MÉDICOS NA ENFERMARIA (Até 20 pacientes internados na enfermaria).
- 2 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

*Quando + de 20 pacientes até 25 pacientes na enfermaria, médico do suporte auxiliara na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.

*Quando + de 25 pacientes internados na enfermaria: 1 médico na sala de suporte.
2 médicos na enfermaria.
1 médico nos consultórios.

*No período da tarde, quando reduzir número de internados na enfermaria para menos de 26 pacientes, o 2° médico da enfermaria sobe para atendimento nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria se necessário.

==========

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

PERÍODO NOTURNO

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 5 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 4 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

OBS: MÉDICO NA SALA DE SUPORTE, fica responsável pelas intercorrências na Enfermaria, avaliar resultado de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

* Após controle de demanda nos consultórios, quando necessário, 1 médico (de preferência o 2° médico escalado 12 hs) auxiliará médico do suporte na Enfermaria por volta das 22:00 hs, nas intercorrências, avaliação de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

==========

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 4 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 3 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

OBS: MÉDICO NA SALA DE SUPORTE, fica responsável pelas intercorrências na Enfermaria, avaliar resultado de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

* Após controle de demanda nos consultórios, quando necessário, 1 médico (de preferência o 2° médico escalado 12 hs) auxiliará médico do suporte na Enfermaria por volta das 22:00 hs, nas intercorrências, avaliação de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

==========

*** QUANDO ESCALA CONTAR COM 3 MÉDICOS:**

- 1 MÉDICO NA SALA DE SUPORTE.
- 2 MÉDICOS NOS CONSULTÓRIOS.

OBS: MÉDICO NA SALA DE SUPORTE, fica responsável pelas intercorrências na Enfermaria, avaliar resultado de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

* Após controle de demanda nos consultórios, quando necessário, 1 médico (de preferência o 2° médico escalado 12 hs) auxiliará médico do suporte na Enfermaria por volta das 22:00 hs, nas intercorrências, avaliação de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.

==========

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

MADRUGADA

- 2 MÉDICOS (Responsáveis pela Sala de Suporte, Enfermaria e Consultórios).

* Somente dividir horário de descanso, após controle de demanda, se houver pacientes aguardando atendimento.

* Se no decorrer da madrugada houver necessidade por motivo de urgência ou emergência, o colega que estiver no descanso, deverá auxiliar no atendimento.

==========

CONSIDERAÇÕES GERAIS

*A Direção do PAM estará constantemente avaliando a necessidade de abrir Horas Extras, de acordo com fluxos de consultas e número de pacientes internados.

*Independentemente deste fluxo, nada impede a nobreza de um colega auxiliar outro que se encontra sobrecarregado em outro setor, desde que não sobrecarregue outrem ao se ausentar de seu setor de trabalho, conforme divisão em cada plantão e ciência da Direção.

*Este fluxo poderá ser alterado em qualquer momento pela Direção do PAM, conforme a necessidade vigente.

Recomendação Técnica: Todos os membros do corpo clínico devem atuar em ambos setores do PAM (Sala de Suporte, Enfermaria e Consultórios), tanto em período diurno, como em período noturno. Colegas com interesse em atuarem em ambos setores do PAM, devem manifestar esta intenção junto a Direção Técnica. Se por ventura alguns tiverem dificuldades com algum tipo de procedimento, favor comunicar a Direção do PAM, para providenciarmos o devido auxílio e/ou treinamento. Colegas + experientes podem e devem auxiliar para este fim.

***Rodar setores é saudável, justo e necessário!**

***Obs: Tentar sempre priorizar as prescrições dos pacientes internados até 10:00 hs da manhã, devido ao prazo de validade das mesmas.**

*** Grato pela compreensão e colaboração de todos!**

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

Período DIURNO

7 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
5	1	1	Até 20 pacientes internados.
5	1	1	Até 25 pacientes: Médico do SUPORTE auxilia na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.
4	1	2	Mais de 25 pacientes.
* Menos de 26 Pacientes internados na enfermaria no período da tarde: o 2º Médico sobe para auxiliar nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria, se necessário.			

6 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
4	1	1	Até 20 pacientes internados.
4	1	1	Até 25 pacientes: Médico do SUPORTE auxilia na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.
3	1	2	Mais de 25 pacientes.
* Menos de 26 Pacientes internados na enfermaria no período da tarde: o 2º Médico sobe para auxiliar nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria, se necessário.			

5 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
3	1	1	Até 20 pacientes internados.
3	1	1	Até 25 pacientes: Médico do SUPORTE auxilia na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.
2	1	2	Mais de 25 pacientes.
* Menos de 26 Pacientes internados na enfermaria no período da tarde: o 2º Médico sobe para auxiliar nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria, se necessário.			

4 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
2	1	1	Até 20 pacientes internados.
2	1	1	Até 25 pacientes: Médico do SUPORTE auxilia na enfermaria com pelo menos 5 pacientes.
1	1	2	Mais de 25 pacientes.
* Menos de 26 Pacientes internados na enfermaria no período da tarde: o 2º Médico sobe para auxiliar nos consultórios e o médico do suporte auxilia na enfermaria, se necessário.			

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

Período NOTURNO

5 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
4	1		Médico do Suporte, fica responsável pelas intercorrências da enfermaria e avaliar resultados de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.
* Após controle da demanda nos consultórios, 1 médico (de preferência o segundo escalado 12 hs) auxiliará o médico do suporte "na enfermaria" por volta das 22:00 hs.			

4 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
3	1		Médico do suporte, fica responsável pelas intercorrências da enfermaria e avaliar resultados de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.
* Após controle da demanda nos consultórios, 1 médico (de preferência o segundo escalado 12 hs) auxiliará o médico do suporte "na enfermaria" por volta das 22:00 hs.			

3 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
2	1		Médico do suporte, fica responsável pelas intercorrências da enfermaria e avaliar resultados de exames pendentes, bem como ajustes necessários na Central de Leitos.
* Após controle da demanda nos consultórios, 1 médico (de preferência o segundo escalado 12 hs) auxiliará o médico do suporte "na enfermaria" por volta das 22:00 hs.			

Madrugada – 2 Médicos			
Consultórios	**Suporte**	**Enfermaria**	**Observações:**
2			2 Profissionais responsáveis pelos 3 setores.
* Somente dividir horário de descanso após controle da demanda de consultas. * Se no decorrer da madrugada houver necessidade, por motivo de urgência ou emergência, o colega que estiver no descanso, deve auxiliar no atendimento.			

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

Assinaturas

Documento: 33299/2024 - FLUXOGRAMA MÉDICO NOS SETORES PAM.pdf
Data: 10/09/2024 16:09:58

Assinatura avançada realizada por: JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12.

Assinatura avançada realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

Inserido por Julio Cesar Fabris em: 10/09/2024 16:09:58. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 10/09/2024 16:13:34. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 10/09/2024 16:10:12. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 92bbb54f-d3b0-4120-a769-e7e62bfc01bf

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 09 de 05 de setembro de 2023

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o fluxo de solicitação dos pedidos de exames de imagens da Rede de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, considerando a Portaria n.º 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção as Urgências no SUS;

Art.2º Considerando a Portaria n.º 10/GM/MS de 03 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 3º As Unidades de Pronto Atendimentos de Toledo sendo a, UPA – Unidade de Pronto Atendimento e o PAM – Pronto Atendimento Municipal, representam o componente pré-hospitalar fixo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, possuem funcionamento 24 horas e desempenham as atividades de prestar atendimento qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento hospitalar, incluindo paciente na Central de Leitos de Regulação Estadual assim como também a atualização dos dados de forma dinâmica.

Art. 4º As Unidades de Pronto Atendimento devem prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme sua complexidade.

Art. 5º Em funções das atribuições dos Pronto Atendimentos de Urgências e Emergências do município de Toledo, previstas em portarias, o município juntamente com a equipe técnica dos locais vem estabelecer norma para solicitação de exames de imagem. Ressaltando que os exames padronizados devem ser utilizados para esclarecimentos diagnóstico inicial direcionado para patologia sindrômica em investigação, não devendo ser utilizado como exames de rotina. Caso houver necessidade de observação prolongada, deverão ser solicitados exames que irão alterar a conduta ou avaliar a evolução terapêutica, evitando-se a realização de exames que trarão pouco benefício para o paciente.

Art. 6º Importante ressaltamos que os exames de imagens Raio X, os mesmos são realizados nos próprios serviços, visto que em cada pronto atendimento possuímos equipe de radiologia além do equipamento. Sendo totalmente vedado a solicitação de raio x para terceiros, exceto se ambos serviços estiverem indisponíveis, com autorização por superiores (Direção Técnica/SMS).

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

Art. 7º Exames de ultrassonografia, deverão ser solicitados via sistema de informação SIGSS Saúde e conter no campo de justificativa a descrição do motivo para a realização do exame. **Os Exames (extremamente necessários), que não estejam descritos na tabela abaixo devem ser solicitados para liberação junto ao Diretor Técnico do serviço.**

São Exames padronizados:

Exame	Indicação	Pré-requisitos
USG Abdômen Total	- Aneurismas - Colelitíase - Nefrolitíase - Dor abdominal - Hepatoesplenomegalia - Pancreatopatias - Trauma - Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas)	- História Clínica detalhada - Exames Físicos específicos - Raio X simples (conforme o caso)
USG Aparelho Urinário	- Litíase - Insuficiência Renal Aguda ou Agudizada - Disfunção miccional	- História Clínica - Exame Físico - EAS - Função Renal - Raio X simples (conforme o caso)
USG do Tórax	- Derrame Pleural	- História Clínica - Exame Físico - Raio X do tórax PA / Perfil
USG da Bolsa Escrotal com Doppler	- Infecções - Torções	- História Clínica - Exame Físico
USG Pélvica Ginecológica	- Anexites - Gravidez Ectópica - Aborto	- História Clínica - Exame Físico - BHCG
Ecodoppler Arterial de membros inferiores	- Claudicação intermitente do membro inferior - Aneurisma das artérias poplíteas - Embolia - Trombose - Pé diabético - Ausência de pulso arterial do membro inferior - Diminuição do pulso arterial do membro inferior	- História Clínica - Exame Físico - RX Simples (conforme o caso)
Ecodoppler Venoso de membros inferiores	- Trombose Venosa Profunda	- História Clínica - Exame Físico

Art. 8º Exames de tomografias, deverão ser solicitados via sistema SIGSS Saúde e conter no campo de justificativa a descrição do motivo para a realização do exame, caracterizando de forma clara os sinais e sintomas e a justificativa de urgência, com o foco no esclarecimento diagnostico inicial, para facilitar a transferência do paciente, **não sendo liberado para avaliação diagnostica de doenças crônicas. Os exames de tomografias não previstos no quadro abaixo, devem ter liberação realizada junto ao Diretor Técnico do serviço para posterior agendamento.**

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS

São Exames padronizados:

Exame	Indicação	Pré-requisitos
Tomografia de Crânio	- TCE Moderado ou Grave - TCE com sinais de alarme (Conforme Canadian CT Head Injury/Trauma Rule) - Hemorragias (até 48h para diagnóstico e após 48h para acompanhamento) - AVCs - Aneurismas -Convulsões recentes a esclarecer.	- História clínica - Exame físico
Tomografia de Tórax	- Traumatismo - Doenças da aorta (aneurisma / dissecção) - Troboembolismo pulmonar	- História Clínica - Exame Físico - RX do tórax PA / Perfil
Tomografia de Coluna (Cervical, torácica e lombar)	- Trauma (suspeita de fratura)	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de coluna (com laudo)
Tomografia de Abdome superior e Pelve	- Abscessos - Traumatismos - Ruptura de órgãos (suspeita) - Aneurismas - Pancreatites - Abdome agudo	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de abdômen (de pé ou deitado) - USG
Tomografia de Mastóide	- Mastoidite (Pediatria)	- História Clínica - Hemograma - PCR

Art. 9º Todas as solicitações de exames de imagens obrigatoriamente devem ser realizadas no sistema de informação da Secretaria de Saúde, do qual neste momento é o SIGSS/MV. Não sendo autorizado agendamento caso for em guia simples e não constar em sistema de informação.

Art.10º Todos os exames de ultrassonografias e tomografias são realizados em prestadores terceirizados, não sendo realizados dentro dos serviços de urgência e emergências (UPA e PAM).

Art. 11º Esta normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 05 de setembro de 2023.

DAFNE HAUCK DE OLIVEIRA
Direção Técnica da Unidade de Pronto Atendimento – UPA

DIANE MICHELY CASSARO
Diretora Geral da Secretaria de Saúde

JULIO CESAR FABRIS
Direção Técnica do Pronto Atendimento Municipal – PAM

JULIANA VENTURA LIMA
Diretora da Rede de Atenção as Urgências e Emergências

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI
Secretária Municipal da Saúde de Toledo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS PARA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

1ª Edição

TOLEDO - PR

2024

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

AUTORES 1ª EDIÇÃO (SETEMBRO 2024)

Edson Luiz Michalkiewicz Junior

Raphael Henrique Chappuis

REVISORES

Alcione Correia de Lima Bacetti

Carlos Antonio Riedi

Cesar Ravache

Dhiego Sgarboza Tomin

Geruza Mara Hendges

Lara F Ciupak

Luciana Zabine De Oliveira

Marcia Inês Mallmann Baptista

Marco Aurelio Macedo

Mayara Angélica Bolson Salamanca

Robertta Fernandes Zandoná

Vanessa Cristina Venciguerra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tatiane da Veiga Rodrigues

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski

TOLEDO, SETEMBRO DE 2024

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

SUMÁRIO

DO ACESSO AOS SERVIÇOS..... 4
1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO..... 4
1.1 Introdução..... 4
1.2. Como estratificar a criança..... 5
1.2.1. Risco Habitual..... 6
1.2.2. Risco Intermediário..... 6
1.2.3. Alto Risco..... 8

2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA..... 8

3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS.....9
3.1. Pediatra de Referência.....12

4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO..... 13
4.1. Alergopediatria..... 16
4.2. Cardiopediatria..... 16
4.3. Endocrinologia.....16
4.4. Gastroenterologia e Hepatologia.....18
4.5. Infectologia..... 19
4.6 Neuropediatria.....19
4.7. Ortopedia.....20
4.8. Pneumologia..... 20

5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI.....20

6. APÊNDICE: DIÁRIO DA PRESSÃO ARTERIAL.....21

7. ANEXOS..... 22
Anexo 1. Escala M-CHAT-R/FTM.....22
Anexo 2. Escala SNAP-IV.....30
Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE)..... 30
Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale)..... 32
Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos.....34
Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM).....35

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 37

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

DO ACESSO AOS SERVIÇOS

Toda criança que necessitar de assistência médica no município de Toledo deve procurar a Unidade de Saúde de referência e consultar com o médico clínico, médico da família ou pediatra da unidade. Após avaliação, se o profissional responsável julgar necessário, deverá realizar o devido encaminhamento para a especialidade conforme descrito neste documento norteador.

1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

1.1 INTRODUÇÃO

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado adequado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer.

Os atendimentos realizados no Ambulatório Materno Infantil (AMI) ocorrem a partir da estratificação de risco de crianças, que foi elaborada com base no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021. As crianças identificadas como risco habitual e intermediário deverão ser acompanhadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Já as crianças classificadas como de alto risco deverão ser encaminhadas ao AMI (ANEXO A) e o cuidado passará a ser compartilhado entre a APS e o serviço especializado.

Importante enfatizar que, mesmo quando há necessidade de acompanhamentos especializados, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada por atendimentos compartilhados com a APS. A continuidade do cuidado é um dos princípios que devem ser garantidos à criança. As equipes da APS e AMI devem atuar como um serviço único de apoio recíproco no que diz respeito ao compartilhamento de informações, objetivo e manejo objetivo e manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e instrumentos pactuados a fim de concretizar o cuidado compartilhado da criança.

A realização da estratificação dos recém-nascidos (RN) e das crianças de risco habitual, intermediário e alto risco possibilita o planejamento do cuidado individualizado e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica a cada nova consulta, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, visto que as crianças podem apresentar alterações em suas condições de saúde que ocasionem mudanças na estratificação de risco. No AMI as crianças seguem a mesma guia de estratificação até os 3 anos de vida.

A primeira estratificação de risco deve ser realizada preferencialmente antes da alta no hospital de nascimento ou durante a visita domiciliar do recém-nascido, realizada pela

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

APS, a estratificação realizada na maternidade precisa ser revista. A classificação da criança em risco habitual, intermediário ou alto risco depende de características maternas (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

1.2. COMO ESTRATIFICAR A CRIANÇA

A estratificação de risco utilizada no município é embasada no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021 e foi adaptada para a realidade do município com contribuições dos profissionais que atendem no AMI.

a) A estratificação de risco ao nascer deve ser realizada na maternidade e/ou no primeiro atendimento do RN na APS;

b) A estratificação de risco entre 1 mês e 3 anos de vida deve ser realizada em todas as consultas;

c) A identificação de um único critério define o risco da criança, predominando o critério de maior gravidade;

d) A maternidade deve preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal, bem como anexar o resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando alta;

e) Quando o cuidado for compartilhado entre a APS/ESF (Estratégia Saúde da Família) e AMI, deverá manter atendimentos intercalados;

f) Quando houver comprometimento do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções;

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1.2.1. RISCO HABITUAL

As crianças e recém nascidos de risco habitual são os que apresentam os riscos esperados para a fase da vida e não apresentam nenhum fator agravante.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios da estratificação
ESF/EAP	Médico/Enfermeiro	-APGAR > 7 no 5º minuto; -Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; -Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas. -Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. -Triagem neonatal com resultado normal; -Vacinação em dia; -Adequado crescimento; - Adequado desenvolvimento.

1.2.2. RISCO INTERMEDIÁRIO

As crianças classificadas como risco intermediário precisam de adaptação no calendário de consultas de modo a realizar um seguimento intensificado com o objetivo de acompanhar sua evolução e desenvolvimento. Em casos nos quais não se identifica melhora dos fatores de risco ou exista piora dos critérios presentes, a classificação será alterada para alto risco e as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos precisam ser encaminhadas para o AMI. Todo atendimento e classificação de risco devem ser registrados no prontuário. Caso a estratificação permaneça como risco intermediário a criança deverá ser encaminhada ao pediatra de referência.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios de estratificação
ESF/EAP	Médico ESF Enfermeiro Pediatra EAP Pediatra da unidade de referência AMI, se for necessário	**Características individuais e socioeconômicas maternas:** <u>Filhos de mães:</u> – Com infecção intrauterina (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV); – Em situação de vulnerabilidade e em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; – Negras; – Com menos de 4 consultas de pré-natal; – Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; – Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; – Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; – Que apresentaram exantema durante a gestação; – Com gravidez não planejada e/ou indesejada e/ou com dificuldade de aceitação; – Com gravidez decorrente de violência sexual; – Com histórico de 3 abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); Com histórico de natimorto (quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

		gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm). – Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança; – Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis; – Mãe sem suporte familiar ou rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.[1] – Chefe da família sem fonte de renda; – Depressão pós-parto e/ou baby blues; – Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; – Pais com dependência de álcool e outras drogas; – Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; – Com histórico de violência interpessoal; – Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN; – Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. E/ou **Características do nascimento:** – Peso ao nascer ≥ 2.000g e < 2.500g; – Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas; – Anomalias congênitas menores relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados; – Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; – Criança sem realização de triagem neonatal;[2] – Desmame precoce (antes do 6º mês de vida); – Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;[3] – Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;[4] – Cárie;5 – Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.

1- Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

2- Diz respeito ao teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

3- De acordo com o Cartão da Criança: Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

4- Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

5- Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Todas as ESF possuem uma EAP de referência (item 3.1) que poderá auxiliar nos atendimentos quando existir necessidade de avaliação da criança com profissional pediatra. O pediatra, ou qualquer profissional da saúde, ao avaliar a criança com idade inferior ou igual a 3 anos e identificar a necessidade de estratificar como alto risco deverá realizar o encaminhamento ao AMI.

1.2.3. ALTO RISCO

Para as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos e classificadas como alto risco deverá ocorrer o acompanhamento conjunto entre o AMI e a APS/ESF em que a família está cadastrada. A equipe da APS/ESF deve monitorar o seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida. O coordenador do cuidado e dos atendimentos será o pediatra do ALTO RISCO.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios
ESF/EAP AMI	– Médico e enfermeiro da ESF ou EAP – Equipe multidisciplinar do AMI Pediatra/Neuropediatra/Infectologia/nutricionista/enfermagem/psicologia/serviço social.	– Afecções perinatais e malformações[1] congênitas graves (com repercussão clínica); – Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; – Prematuridade ≤ 34 semanas; – Asfixia perinatal e/ou APGAR < 7 no 5º minuto; – Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão; – Infecções crônicas como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV confirmadas ou em investigação; – Cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;[2] – Testes de triagem neonatal alterados;[3] – Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; – Sinais de violência / maus-tratos; – Desnutrição grave e/ou obesidade;[4] – Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.

1- Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias microtias, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.
2- Como por exemplo: síndrome de Down, síndrome de Patau.
3- A identificação de um único teste alterado de triagem já caracteriza como alto risco.
4- Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 |Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Em situações de urgência e emergência pediátrica, a criança deverá ser encaminhada a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), independente da idade, para o manejo e acompanhamento da condição em questão.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Exemplos de casos de urgência e emergência em pediatria: Parada Cardiorrespiratória (PCR), crises convulsivas, sepse, urticária e angioedema, desidratação moderada a grave, crise de asma, bronquiolite, pneumonia e lesões traumáticas, atresia de vias biliares.

3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS

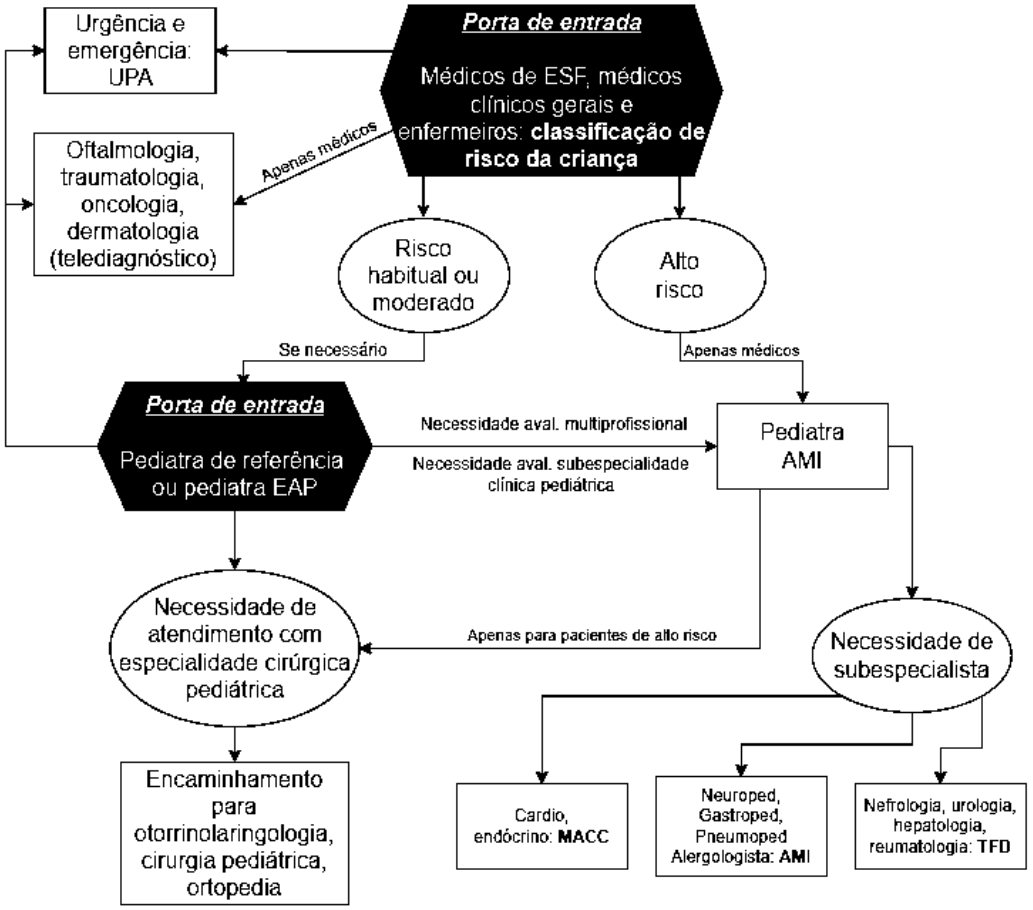
O fluxo de atendimentos é explicitado abaixo com o fluxograma 1, relevante para pacientes com idade inferior ou igual a 3 anos; e o fluxograma 2, relevante para pacientes com idade superior a 3 anos.

Em resumo:

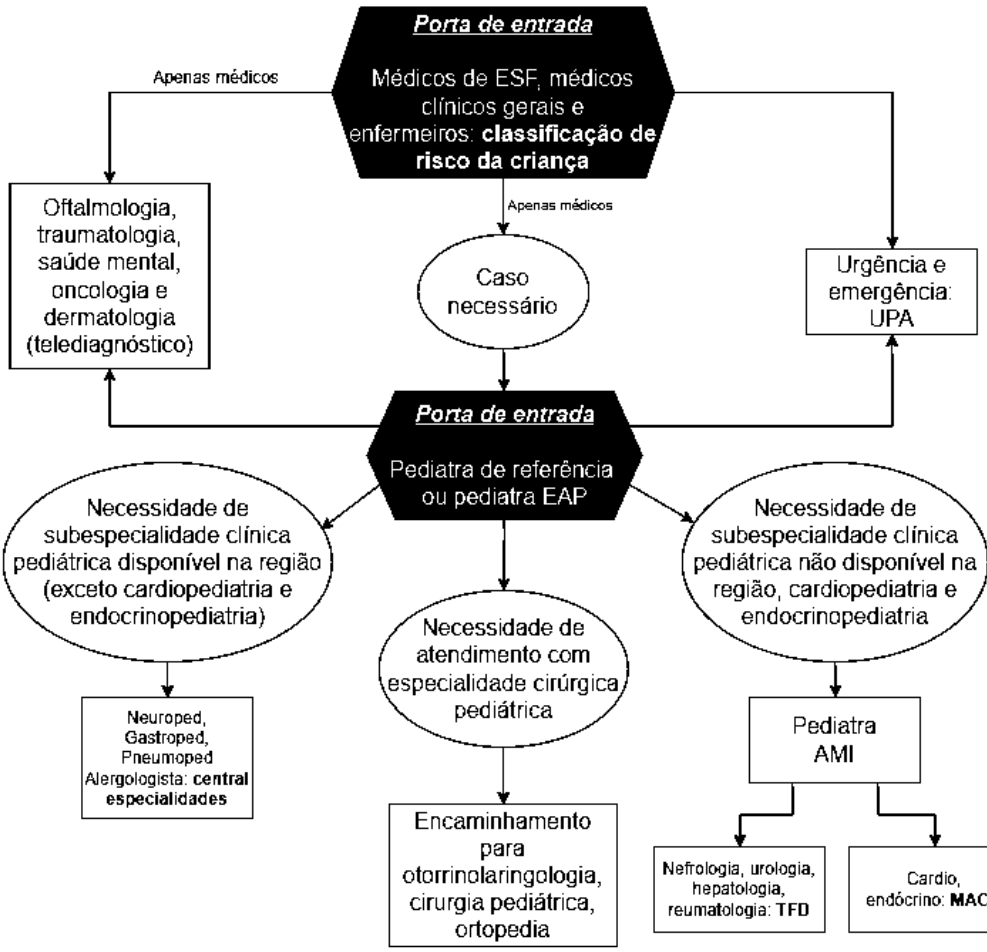
- Independentemente da idade, existem duas possibilidades de porta de entrada: médicos ESF, clínicos EAP e enfermeiros ou pediatras EAP.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de risco habitual ou intermediário são encaminhados da ESF para o pediatra referência, e então para a avaliação com subespecialista, caso seja necessário.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de alto risco são encaminhados diretamente para avaliação pediátrica no AMI, sem necessidade de avaliação pelo pediatra de referência da unidade.
- O pediatra de referência, ao manejar pacientes com idade menor ou igual a 3 anos, pode optar por encaminhar diretamente para pediatria cirúrgica (ortopedia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica), AMI (em caso de necessidade de subespecialidade clínica pediátrica), Oftalmologista, Dermatologista (telediagnóstico), Traumatologista, Oncologista ou para UPA em situações e urgência ou emergência.
- Pacientes maiores de 3 anos, independentemente da estratificação de risco, são encaminhados conforme necessidade da ESF para o pediatra referência, exceto em casos de urgência e emergência ou necessidade de atendimento oftalmológico, dermatológico ou de traumatologia (ortopedia fraturas). O pediatra de referência então poderá encaminhar o paciente para subespecialidade clínica ou cirúrgica conforme necessidade.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Menor ou igual a 3 anos de idade



Maiores de 3 anos de idade



Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

3.1. PEDIATRA DE REFERÊNCIA

Considerando a necessidade eventual de profissionais das ESFs encaminharem crianças para uma avaliação pediátrica, segue abaixo as Unidades de referência:

Centro de Saúde de Toledo	
ESF São Francisco	Linha Nossa senhora do rocio (possui sede)
ESF Panorama	Linha Tapuí
ESF Panorama II	Linha mandarina (possui sede)
ESF Bressan/Cezar parque	Linha da Usina (possui sede)
Linha Cerâmica prata	Linha Aracary
Linha São Francisco	Linha Chaparral
Linha Boiko (possui sede)	Linha Caça e pesca
Linha Sanga Funda/de Marchi	

UBS Jardim Maracana	
ESF Pioneira	Linha Carvalho
ESF Jardim da Mata	Linha Comin
Distrito Bom Princípio (possui sede)	Linha Gramado (possui sede)
Linha Lacto Bom	Linha Estrada Marilopeí
Linha Vista Alegre (possui sede)	Linha Anzolin
Linha Sanga Guarani	ESF Paulista

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

UBS Coopagro	
ESF Cosmos	Linha Fadanelli
ESF Pancera	Linha Tigre I
UBS Dois Irmãos	Linha Pinhalzinho
UBS Vila Ipiranga	Linha Laticinio
ESF Novo Sarandi	Linha Espigão
UBS Novo Sobradinho	Linha Sitio Paz D' Água
UBS Vila Nova	Linha Primo Cruzado (possui sede)
Linha Tigre	Linha Guaçú
Linha Estrada da produção	Linha Floriano (possui sede)
Linha Sanga Verde (Lidio)	Linha Projeto poty
Linha da Cascalheira	Linha Flórida (possui sede)
Linha São João (possui sede)	Linha Nova Brasilia
Linha Tres quedas (possui sede)	Linha Gabardo/Tremea
Linha Marafon	Linha Dois Marcos (possui sede)
Linha Santo Antonio (possui sede)	Linha São Pedro (possui sede)
Linha Gafuri	Linha Pérola
Linha Sapo (Celso porsch)	Linha Peabiru I
Linha Pietrowski	Linha Peabiru II
Linha Giacomini (possui sede)	Linha Brasilia
Linha Arapongas (possui sede)	Linha Recanto
Linha Gavião	Pedreira Municipal
Linha Fazenda Branca (possui sede)	Linha são Valentim

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

UBS Jardim Porto Alegre	
ESF Europa	Linha dom Bosco/pedreira/compostec
ESF Concórdia;	Linha Lira II (saída para São Roque)
UBS Distrito São Luiz do Oeste	Linha laticínio
UBS Boa vista	Linha Buê Caé (possui sede)
Linha do Sol Nascente (possui sede)	Linha sítio vagalume
Linha Galvão	Linha Schuh
Linha Manzatti	Linha Fazenda São Roque
Linha Klein	Linha Gaçu/Picinin/Ticão
Linha Hoffmann/Orlando	Linha Conte
Linha Rio Toledo	Linha Pasqualli/Perin
Linha Estrada do Aeroporto regional	Linha Dr. Ernesto (possui sede)
Distrito Ouro Preto	Linha Assermuto
Linha Lira	Linha cavalo Morto
Linha Mazur	

UBS Vila Industrial	
ESF Santa Clara IV	Linha Kasper
ESF Concórdia do Oeste/Dez de Maio	Linha Michelon
Linha Angola	Linha Sanga Funda
Linha 14 de dezembro (possui sede)	Linha Estrada Zadimel
Linha Santa Terezinha	Linha Bangu (possui sede)
Linha General Osório (Possui sede)	Linha Xaxim (pertence ESF Concórdia)
Linha KM 41 (possui sede)	Linha Nova Videira
Linha União Baixa	Linha São Miguel
Linha União Alta	Linha Lajeado (possui sede)
Linha São Salvador (possui sede)	Linha São Paulo (possui sede)
Linha Entre Meio	Linha Três bocas (possui sede)
Linha Cerro da Lola (ESF Concórdia)	Linha Tatu
Linha Kliemann	

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Os encaminhamentos devem seguir o esquema evidenciado nos fluxogramas 1 e 2 do tópico 4 (presente no protocolo), a depender da idade do paciente (discriminado em menor ou igual a 3 anos ou maior de 3 anos).

O conteúdo descritivo mínimo necessário para qualquer encaminhamento, independentemente da especialidade, consiste em:

1. História atual detalhada. Descrição das manifestações clínicas, com datas de início, episódios de agudização e fatores de risco relevantes para a condição em foco.
2. História pregressa detalhada, incluindo dados da gestação e outras doenças crônicas, mesmo que não associadas à patologia que justifique o encaminhamento.
3. Preenchimento completo da carteirinha da criança, em especial curvas de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e exames de triagem neonatal.
4. Tratamentos prévios já realizados, em detalhe, com a data de duração de cada intervenção e resultados.
5. Exames prévios pertinentes já realizados, com data, devem ser levados pelo paciente na consulta com subespecialista.

As informações supracitadas deverão estar contidas em prontuário eletrônico e, em casos de impossibilidade de acesso aos dados descritos em prontuário eletrônico (sistemas diferentes e/ou não compatíveis), tais informações dever-se-ão fazer presentes em forma de documento físico (carta) entregue ao paciente (solicitar ao paciente, ou responsável, que apresente o documento para o médico ao qual está sendo encaminhado), permitindo assim que o próximo profissional esteja atualizado a respeito do quadro.

Em nossa rede, a principal situação na qual a realização de carta é necessária ocorre nos encaminhamentos para o MACC, onde usa-se o sistema IDS saúde em vez do sistema SIGSS, utilizado na atenção primária.

As cadernetas da criança e da gestante devem estar disponíveis para a conferência e registros de informações em todas as consultas com o pediatra (referência, AMI ou subespecialidade). Orientar o responsável pela criança a sempre portar tais documentos.

Exames adicionais necessários para encaminhamento para cada especialidade são descritos nos subtópicos abaixo.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.1. ALERGOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Alergopediatria	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Anafilaxia	Histórico completo de exacerbações
Imunodeficiência	Sem exames adicionais

4.2. CARDIOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Cardiologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Arritmias	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida Radiografia de tórax PA
Cardiopatia congênita	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida
Hipertensão arterial	Controle de pressão arterial
Vertigem ou síncope	Sem exames adicionais

4.3. ENDOCRINOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de endocrinologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Endocrinologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Baixa velocidade de crescimento	Hemograma Ferritina e TIBC Radiografia de ossos do punho (idade óssea) TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Baixo peso	Hemograma Ferritina e TIBC TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Diabetes mellitus (1 ou 2)	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) HbA1c Glicemia de jejum Creatinina e ureia Sedimento urinário Receita de insulina e controle glicêmico caso faça uso
Hiperplasia adrenal congênita	Sódio e potássio Dosagem de 17-OH-progesterona
Hipo e hipertireoidismo	Hemograma PCR THS e T4L
Obesidade ou dislipidemia	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) ALT (alanina aminotransferase) Glicemia (jejum ou HbA1c) TSH + T4L
Puberdade precoce	LH e FSH Estradiol USG abdomen (acrescentar pelve em sexo feminino) Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Puberdade tardia	LH e FSH Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Síndromes genéticas	Sem exames adicionais.
Teste metabólico (pezinho) anormal	Sem exames adicionais.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.4. GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de gastroenterologia e hepatologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Gastroenterologia e Hepatologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Alergia a proteína do leite de vaca	Sem exames adicionais
Disfagia	Sem exames adicionais
Icterícia (com critérios de encaminhamento)	Hemograma Bilirrubina total e frações
Icterícia com colúria e acolia	**Encaminhar com urgência para UPA**
Intolerância à lactose	Não solicitar exames.
Refluxo gastroesofágico	Sem exames adicionais
Sangramento retal	Sem exames adicionais
Síndrome diarreica	Sem exames adicionais
Síndromes disabsortivas com baixo peso	Sem exames adicionais

4.5. INFECTOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de infectologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Infectologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Sífilis congênita	VDRL binômio
Toxoplasmose congênita	Sorologia binômio
Hepatites virais	Sem exames adicionais

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.6 NEUROPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de neuropediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Neurologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Epilepsia/ Crises Convulsivas	Sem exames adicionais
Microcefalia	Sem exames adicionais
Encefalopatia Progressiva	Sem exames adicionais
Encefalopatia estática/ Paralisia Cerebral	Sem exames adicionais
Distúrbios do movimento	Sem exames adicionais
Doenças Neuromusculares	Sem exames adicionais
Suspeita de erros inatos do metabolismo	Testes de triagem neonatal
Atraso global do desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual	Sem exames adicionais
Cefaleias	Sem exames adicionais
Distúrbios do Sono	Sem exames adicionais
Afecções Neurovasculares	Sem exames adicionais
Transtorno Específico da Aprendizagem	Sem exames adicionais
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	M-CHAT (16 a 30 meses)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	SNAP-IV (3 a 18 anos)
Transtorno Opositor Desafiador (TOD)	Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.7. ORTOPEDIA

Os encaminhamentos para especialidade de ortopedia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Ortopedia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Displasia do Desenvolvimento de Quadril	USG quadril

4.8. PNEUMOLOGIA

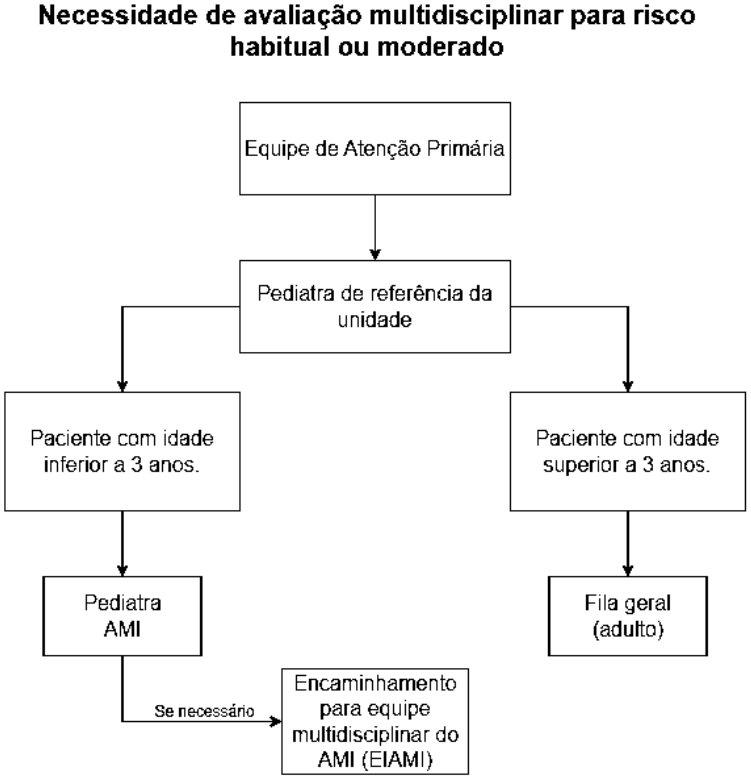
Os encaminhamentos para especialidade de pneumologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Pneumologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Asma	Histórico completo de exacerbações (sibilância de repetição)
Fibrose Cística	Teste do pezinho alterado ou história sugestiva

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI

Os atendimentos da EIAMI são realizados a partir dos encaminhamentos efetuados pelos Pediatras do AMI, conforme presente no fluxograma abaixo.



É importante lembrar que a EIAMI realiza atendimentos somente para crianças com idade menor ou igual a 3 anos. Caso a idade seja superior a 3 anos e exista a necessidade de acompanhamento com equipe multidisciplinar, o médico da EAP deverá encaminhar o paciente para avaliação do pediatra de referência.

Os atendimentos disponibilizados pela EIAMI são citados abaixo:

- Fonoaudiologia (menores de 3 anos)
- Nutrição (menores de 3 anos)
- Psicologia (menores de 3 anos)
- Fisioterapia (menores de 3 anos)
- Serviço Social (menores de 3 anos)

Para que a criança seja encaminhada para o serviço de psicologia torna-se necessária a realização da estratificação de risco em saúde mental, encontrada no anexo 6.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

6. APÊNDICE - DIÁRIO DE PRESSÃO ARTERIAL

Diário da Pressão Arterial	
Nome:	
Data	**Pressão Arterial aferida com esfigmomanômetro calibrado**
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala M-CHAT-R/F™

Instruções de uso

O M-CHAT-R pode ser aplicado e pontuado como parte da visita de puericultura e também por especialistas ou outros profissionais que desejem avaliar o risco de TEA. O principal objetivo do MCHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o máximo possível de casos de TEA. Portanto, existe alta taxa de falso positivo, o que significa que nem todas as crianças que apresentarem escore de risco serão diagnosticadas com TEA. Por isso, foram acrescentadas as questões da consulta de seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários do instrumento devem estar cientes que, mesmo com a consulta de seguimento, um número significativo de crianças com pontuação positiva no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com TEA. Entretanto, essas crianças são de alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, de modo que, estas devem ser reavaliadas.

Algoritmo da pontuação

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA. O algoritmo a seguir maximiza as propriedades psicométricas da MCHAT-R:

- BAIXO RISCO: Pontuação Total entre 0-2; se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.
- RISCO MÉDIO: Pontuação Total entre 3-7; aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuras visitas médicas.
- RISCO ELEVADO: Pontuação Total entre 8-20; não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé **M-CHAT-R™**

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (**POR EXEMPLO,** se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (**POR EXEMPLO,** faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (**POR EXEMPLO**, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (**POR EXEMPLO,** mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (**POR EXEMPLO,** aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (**POR EXEMPLO,** aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (**POR EXEMPLO,** seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (**POR EXEMPLO**, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (**POR EXEMPLO**, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (**POR EXEMPLO,** seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (**POR EXEMPLO**, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (**POR EXEMPLO**, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (**POR EXEMPLO,** se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (**POR EXEMPLO**, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (**POR EXEMPLO**, ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

M-CHAT-R Consulta de Seguimento (M-CHAT-R/F)™

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F foi criado para ser usado junto com o M-CHAT-R. O M-CHAT-R foi validado para rastrear crianças entre 16 e 30 meses de idade, para avaliar o risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quem o utiliza deve estar ciente que, mesmo com a consulta de seguimento, haverá um número significativo de crianças que pontuarão para TEA no M-CHAT-R, mas não terão esse diagnóstico. Contudo, essas crianças apresentam risco de outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, portanto a consulta de seguimento se justifica para qualquer criança rastreada positivamente.

Após o preenchimento do M-CHAT-R pelo familiar, o profissional deve pontuar o instrumento de acordo com as instruções. Se a pontuação for positiva, selecione os itens do M-CHAT-R que a criança falhou e os reaplique no M-CHAT-R/F. Somente aqueles itens nos quais a criança inicialmente falhou precisam ser reaplicados.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o fluxograma, fazendo perguntas até marcar “PASSOU” ou “FALHOU”. Atenção, os familiares podem responder “talvez” para perguntas da entrevista. Se isso acontecer, pergunte se o mais frequente é “sim” ou “não” e continue a entrevista de acordo com essa resposta. Naqueles lugares onde é possível dar como resposta “outro”, o entrevistador deve julgar se a resposta é “PASSOU” ou “FALHOU”.

Pontue as respostas para todos os itens na página de pontuação do M-CHAT-R/F (que contém os mesmos itens do M-CHAT-R, sendo que “Sim/Não” foram substituídos por “PASSOU/FALHOU”). A entrevista é considerada como sendo de rastreamento positivo se a criança falhar em dois itens quaisquer da consulta de seguimento. Se a criança for rastreada positivamente no M-CHAT-R/F, é altamente recomendado que a criança seja encaminhada para a intervenção precoce e testagem diagnóstica o mais breve possível. Atenção, se o agente de saúde ou o familiar tiver preocupações sobre TEA, a criança deve ser encaminhada para avaliação, independente da pontuação no M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

M-CHAT-R Consulta de seguimento™ Folha de Pontuação

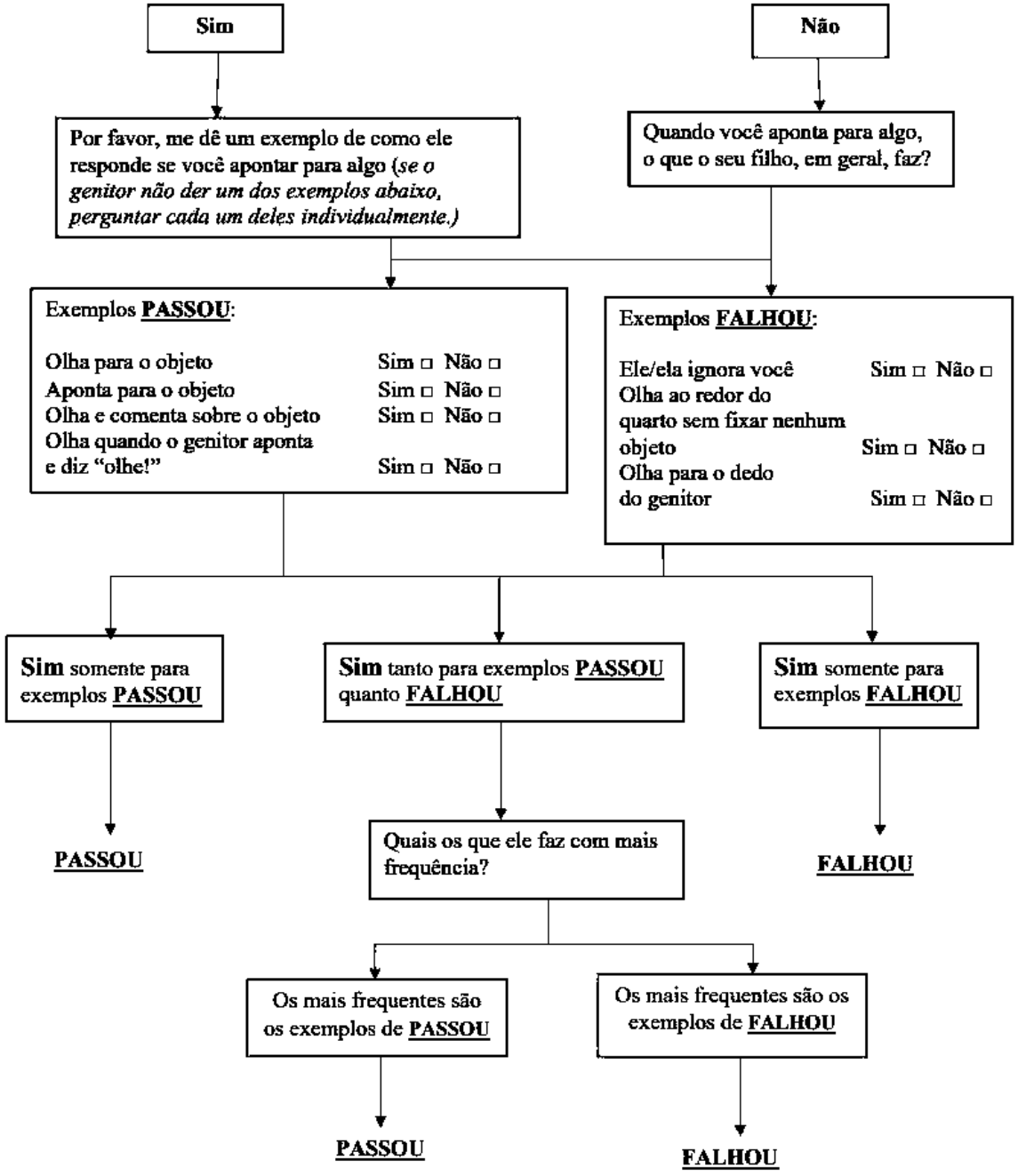
Atenção: Sim/Não foram substituídos por Passou/Falhou

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (**POR EXEMPLO**, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Passou	Falhou
2	Alguma vez se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Passou	Falhou
3	O seu filho brinca de faz de contas? (**POR EXEMPLO,** faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala no telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Passou	Falhou
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (**POR EXEMPLO**, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Passou	Falhou
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (**POR EXEMPLO,** mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Passou	Falhou
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou conseguir ajuda? (**POR EXEMPLO,** aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com um dedo para mostrar algo interessante para você? (**POR EXEMPLO,** aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua?)	Passou	Falhou
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (**POR EXEMPLO,** seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Passou	Falhou
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (**POR EXEMPLO**, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Passou	Falhou
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (**POR EXEMPLO**, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Passou	Falhou
11	Quando você sorri para seu filho, ele sorri de volta para você?	Passou	Falhou
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (**POR EXEMPLO**, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de aspirador de pó ou de música alta?)	Passou	Falhou
13	O seu filho anda?	Passou	Falhou
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo ele?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (**POR EXEMPLO**, dá tchau, bate palmas ou faz barulho engraçado quando você faz)	Passou	Falhou
16	Se você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Passou	Falhou
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele? (**POR EXEMPLO**, olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz "olha mãe" ou "óh mamãe"?)	Passou	Falhou
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (**POR EXEMPLO**, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Passou	Falhou
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (**POR EXEMPLO**, se ele/ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Passou	Falhou
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (**POR EXEMPLO**, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Passou	Falhou

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto?



© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 2. Escala SNAP-IV

Público alvo: pais ou cuidadores e escola.

Escala com quatro níveis de gravidade (graduadas como nem um pouco, só um pouco, bastante ou demais). Deverá ser respondido por pelo menos 3 observadores que tenham contato frequente e regular com a criança ou adolescente.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens “bastante” ou “demais” (características de 1 a 9), considera-se que existem mais sintomas de desatenção que o esperado.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” (questões de 10 a 18), considera-se que existem mais sintomas de hiperatividade / impulsividade que o esperado.

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou adolescente:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
17. Tem dificuldade em esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, etc.)				

Fonte: Matos et al. (2006).
MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE)

Idade da criança ou adolescente: 6 a 13 anos.
Público alvo: professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 16 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nunca” recebia um ponto; “raramente”, dois pontos; “às vezes”, três pontos; e “frequentemente/sempre”, quatro pontos. A pontuação mínima total, que indica nenhuma dificuldade, é 16 pontos; a máxima, que indica muita dificuldade, 64 pontos.

A lista abaixo descreve algumas dificuldades específicas que podem aparecer quando a criança/adolescente apresenta prejuízo na aprendizagem da leitura e/ou da escrita. Para cada frase, marque um “X” na frequência que corresponde à resposta que melhor:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente / Sempre
1. Demora mais tempo que os colegas para ler palavras;				
2. Demora mais tempo que os colegas para ler textos;				
3. Troca letras ao ler sílabas e palavras na leitura oral;				
4. Fica ensaiando a palavra (lendo em voz baixa) antes de ler oralmente;				
5. Gagueja, treme, fica vermelho e/ou rele algumas palavras na hora de ler oralmente;				
6. Inventa”, “chuta”, troca a palavra por outra parecida ou parece tentar adivinhar as palavras na leitura;				
7. Não compreende o que lê, (p,ex,: após ler o texto não entende o que é para fazer e/ou não entende o que aconteceu com os personagens);				
8. Troca, “come”/omite ou acrescenta letras na escrita;				
9. Escreve textos muito simples, pobres em ideias e detalhes se comparado aos colegas;				
10. Conta, oralmente, uma história melhor do que consegue escrevê-la;				
11. Demora mais tempo que os colegas nos momentos de cópia (como por exemplo do quadro);				
12. Tem letra difícil de ler e entender;				
13. Evita situações que envolvem leitura e escrita;				
14. Tem dificuldade de identificar e/ou produzir rimas;				
15. Durante uma conversa, comumente, demora para se lembrar o nome das pessoas, objetos, sentimentos ou conteúdos escolares que já conhece (como se a palavra estivesse na “ponta da língua”);				
16. Tem dificuldade para memorizar listas ou sequências de informações (p,ex,, tabuada, meses do ano, dias da semana).				

Favor responder também às perguntas abaixo em relação aos últimos 6 meses:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1. Em comparação aos colegas de turma, o desempenho desta(e) criança/adolescente em português está muito abaixo do esperado?

☐Sim ☐Não

2. O aluno vem recebendo algum tipo de reforço/apoio ou adaptação pedagógica na escola?

☐Sim ☐Não

3. O aluno vem evoluindo consideravelmente (exemplos: atualmente já consegue ler textos mais extensos e compreender; e/ou diminuiu, significativamente, o número de erros ortográficos; entre outros) nas suas habilidades de leitura e escrita?

☐Sim ☐Não

4. Espaço para realizar observações que considerar pertinentes: _____
_____

Fonte: Bassôa et al. (2021).

BASSÔA, A. et al.. Escala para rastreio de dislexia do desenvolvimento: evidências de validade e fidedignidade. CoDAS, v. 33, n. 2, p. e20200042, 2021.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (*Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale*)

Público alvo: pais e professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 45 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nada” recebia zero pontos; “pouco”, um ponto; “muito”, dois pontos; e “demais”, três pontos.

Verifique a coluna que melhor descreve seu aluno(a) / seu filho(a). Assinale nos quadrados abaixo conforme comportamento da criança ou escreva NS ao lado de qualquer item para o qual você não saiba a resposta.

	Nada	Pouco	Muito	Demais
Frequentemente interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (em geral durante as conversas ou atividades lúdicas e jogos)				
Tem fugido de sua casa ou escola por pelo menos 2 vezes quando ainda vive com seus pais ou cuidadores (ou uma vez sem retornar por um longo período)				
Frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos				
Frequentemente mente para obter vantagens ou favores ou para evitar obrigações				
Frequentemente inicia luta corporal ou brigas com seus pares da escola/casa				
Tem sido fisicamente cruel com as pessoas				
Fala excessivamente				
Tem roubado itens ou coisas das pessoas de forma sorrateira (em geral, roubo em lojas, falsificar, quebrar)				
Distrai-se fácil por estímulos externos				
Frequentemente se engaja em atividades físicas perigosas sem considerar os riscos e sem noção do perigo				
Frequentemente mata aulas (antes dos 13 anos)				
Inquietude excessiva com as mãos e os pés e durante postura sentada				
É rancorosamente vingativo				
Frequentemente usa linguagem obscena				
Frequentemente responsabiliza os outros pelos erros ou comportamentos inadequados				
Tem deliberadamente destruído as propriedades dos outros				
Frequentemente desafia ou se recusa a concordar com opiniões ou regras de adultos				
Parece frequentemente não atender quando se fala diretamente com ele(a)				
Frequentemente responde precocemente antes das perguntas serem completadas				
Frequentemente inicia lutas físicas e brigas com pessoas que não conhece ou que vivem na sua escola ou vizinhança				
Frequentemente pula de uma atividade para outra				
Frequentemente tem dificuldade de participar de uma atividade em silêncio				
Frequentemente falha em cumprir atividades que exigem observação de detalhes e comete erros na escola, em casa e/ou com os trabalhos				
Frequentemente emburra e aborrece por pouca coisa				
Frequentemente levanta ou anda em momentos em que se espera que se fique sentado e tranquilo				

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Frequentemente é insensível e facilmente se aborrece com os outros				
Frequentemente não segue instruções e fracassam em tarefas escolares, trabalhos da escola ou pesquisas no ambiente onde se faz estas atividades (mas não por comportamento opositivo ou porque não entendeu as instruções)				
Temperamento explosivo facilmente				
Tem frequente dificuldade em sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas				
Tem dificuldade em esperar sua vez				
Forçou ou força alguém a manter relações sexuais				
Aplica bullying, intimida ou ameaça as pessoas				
Frequentemente quer sempre chegar logo na frente e faz as coisas correndo				
Frequentemente perde coisas,objetos necessários para tarefas e atividades (brinquedos, materiais escolares, lápis, livros ou instrumentos quaisquer)				
Frequentemente se agita e corre excessivamente em situações nas quais não se recomenda ou não se é esperado (em adolescentes e adultos, pode ser em situações onde se esteja o descanso ou subjetivamente se espera que sossegue)				
Aplica atos cruéis com animais				
Frequentemente evita, não gosta ou fica relutante para se engajar em atividades				
Fica fora de casa com frequência mesmo com a proibição dos pais, começando antes dos 13 anos				
Deliberadamente aborrece as pessoas				
Tem roubado de forma a confrontar com a vítima (assalto, puxa objetos, extorsão, e roubo à mão armada)				
Estraga deliberadamente coisa, patrimônios, causando sérios danos				
Tem evidente dificuldade em organizar tarefas e atividades sequenciais				
Tem quebrado e desfastado muito coisas da casa, do carro ou da escola				
Frequentemente é esquecido para atividades rotineiras de vida diária				
Tem usado instrumentos ou armas que tem causado sérios danos físicos às pessoas ou instituições				

Fonte: Pelham et al. (1992).

Pelham, W. E. Jr. et al..Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry vol. 31, n. 2, p. 210-218, 1992. doi:10.1097/00004583-199203000-00006

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos

Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora. Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências. Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (Idade corrigida= semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).	
2 meses	• Fixa o olhar no rosto do examinador ou dos pais • Segue objeto na linha média • Reage ao som • Eleva a cabeça
4 meses	• Responde ao examinador • Segura objetos • Emite sons • Sustenta a cabeça
6 meses	• Alcança um brinquedo • Leva objetos à boca • Localiza o som • Rola
9 meses	• Brinca de esconde-achou • Transfere objetos de uma mão para outra • Duplica sílabas • Senta sem apoio
12 meses	• Imita gestos (exemplo: bater palmas) • Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça) • Produz jargão (conversação incompreensível consigo mesma ou com outros • Anda com apoio
15 meses	• Executa gestos a pedido • Coloca cubos na caneca • Produz uma palavra • Anda sem apoio
18 meses	• Identifica 2 objetos • Rabisca espontaneamente • Produz três palavras • Anda para trás
24 meses	• Tira roupa • Constrói torre com 3 cubos • Aponta duas figuras • Chuta a bola

Fonte: Figueiras et al. (2005).

FIGUEIRAS, a. c. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: . Acesso em: 25 abr. 2018. FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia, Copenhagen, v. 55, n. 4, p. 475-482, 201

Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM)

Vide próximas páginas.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV
Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS
Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome do usuário: **Número de Prontuário:**
Ocupação:

Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):

Serviço de saúde: **Data:**

Instruções de preenchimento[1]**:**
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;
2) Todos os grupos devem ser preenchidos;
3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;
4) Realize a somatória dos números circulados;
5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

	SINAIS E SINTOMAS	NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensórios sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento[2] ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10

1 Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

2 Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e\ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
GRUPO II	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
	Delirium tremens (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
GRUPO III	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
GRUPO IV	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

GRUPO V	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2

PONTUAÇÃO	RISCO
0 a 40	BAIXO RISCO
42 a 70	MÉDIO RISCO
72 a 240	ALTO RISCO

PONTUAÇÃO TOTAL:

ESTRATIFICAÇÃO:

Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos),deficiência intelectual moderada ou severa.
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladmir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Estratificação de risco e acompanhamento de puericultura aprovada em CIB 28.04.2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/instrumento_de_estratificacao_de_risco_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 set. 2024

SENADO FEDERAL. TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/pdfs/tdah-snap-criancas. Acesso em: 05 set. 2024.

CUNHA, G. R.; SILVA, R. S.; NASCIMENTO, A. R. Título do artigo. *Revista Brasileira de Política e Administração da Saúde*, v. X, n. Y, p. Z-Z, ano. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJsx7JhDNbjswLKPZ7Td69J/. Acesso em: 05 set. 2024.

MCHATSCREEN. M-CHAT-R/F - Versão em português (Portugal). Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre alergia alimentar – Parte 01. *São Paulo: SBP*. Disponível em: https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-01/28/. Acesso em: 05 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre alergia alimentar. Parte 02. Disponível em: https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-02/. Acesso em: 05 set. 2024.

Silva, Luciana Rodrigues; Solé, Dirceu; Silva, Clovis Artur Almeida da; Constantino, Clóvis Francisco; Liberal, Edson Ferreira; Lopez, Fabio Ancona (orgs); (coord). Tratado de pediatria [5. ed.], SANTANA DE PARNAÍBA: Manole, 2022.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Assinaturas

Documento: 35949/2024 - protocolo_AMI_ .pdf
Data: 01/10/2024 09:53:07

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:57.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

Normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de saúde com Serviço de Enfermagem.

O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen), no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen 421, de 15 de fevereiro de 2012;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no país;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 370/2010, que aprova o Código de Processo Ético Disciplinar dos Conselhos de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética eleitos ou designados na forma estabelecida por esta Resolução devem desempenhar suas atividades e prestar serviços de relevância à instituição de saúde a que pertencem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem de sua jurisdição;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética de Enfermagem em todo o Território Nacional;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 506ª Reunião Ordinária e tudo mais que consta nos autos dos Processos Administrativos Cofen nº 691/2017 e 916/2016;

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem.

cofen
conselho federal de enfermagem
filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

Art. 2° As Comissões de Ética de Enfermagem representam os Conselhos Regionais de Enfermagem nas instituições onde existe Serviço de Enfermagem, com funções educativa, consultiva, e de conciliação, orientação e vigilância ao exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

§ 1° Entende-se a função de conciliação as questões de conflitos interprofissionais que não envolvam terceiros.

§ 2° As CEE devem estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as Instituições de Saúde, bem como resguardar o sigilo e discrição nos assuntos vinculados às condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

Art. 3° São atribuições específicas dos membros da CEE:

I - representar o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

II - divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem ora vigente;

III - identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

IV - receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

V - elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética.

VI - encaminhar o relatório ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Enfermeiro Responsável Técnico (RT) da instituição, para conhecimento, nos casos em que haja indícios de infração ética ou disciplinar;

VII - propor e participar em conjunto com o Enfermeiro RT e Enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem, ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;

VIII - promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

cofen
conselho federal de enfermagem
filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

IX - assessorar a Diretoria/Chefia/Coordenadora de Enfermagem da Instituição, nas questões ligadas à ética profissional;

X - divulgar as atribuições da CEE.

XI - participar das atividades educativas do Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação.

XII - apresentar anualmente relatório de suas atividades ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 4º Tornar obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

Parágrafo único. Torna-se facultativa a constituição da Comissão de Ética em instituições com número inferior a 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem.

Art. 5º A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos desta Resolução.

§1º Nas instituições de saúde militares, a constituição da CEE deverá obedecer aos critérios de designação por autoridade competente, de acordo com as normas destas instituições e os dispositivos estabelecidos nesta Resolução.

§2º Nas instituições de saúde civis, não havendo inscritos para o processo eleitoral, os membros da CEE poderão ser designados pelo Enfermeiro Responsável Técnico-RT, desde que os profissionais atendam aos critérios estabelecidos nesta Resolução e/ou Decisão do Conselho Regional da jurisdição.

§3º A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem. A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

§ 4º O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

Art. 6º As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

§1º O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

§2º Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 8º desta Resolução.

§3º O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

§4º A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

§5º A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

§6º Na hipótese de ocorrência de fato grave que influencie o resultado da eleição, poderá o interessado recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem da respectiva jurisdição, a quem caberá decidir sobre a questão.

§7º Entende-se por fato grave aquele que coloca em dúvida a lisura do processo eleitoral, passível de apuração de responsabilidade e nulidade dos atos.

§8º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos.

§9º Cópia de todo processo eleitoral, capa a capa, deverá ser encaminhado ao Conselho Regional de Enfermagem para análise, avaliação e parecer de Conselheiro para aprovação do nome dos profissionais eleitos, em Plenário, podendo para tanto utilizar o meio eletrônico.

Art.7º Nos casos de composição da CEE mediante designação, cabe ao Enfermeiro RT identificar os membros, consultar seu interesse e examinar se os candidatos preenchem os requisitos do art.8º desta Resolução.

Art. 8º São critérios para integrar a CEE:

cofen
conselho federal de enfermagem
filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

I - manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

II - possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

III - não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

IV - não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

Art. 9º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem apoio, suporte e orientações necessárias para a constituição e funcionamento das CEE, bem como a adoção de medidas necessárias para fazer cumprir esta Resolução.

Art. 10. A CEE eleita ou designada será nomeada por Decisão do Conselho Regional de Enfermagem estabelecendo os nomes dos eleitos ou designados, efetivos e suplentes, destacando o nome do presidente e do secretário e o prazo do mandato a ser cumprido.

§1º A Decisão deverá ser publicada no site do Conselho Regional de Enfermagem e em outros meios disponíveis de divulgação.

§2º O Enfermeiro RT da instituição deverá em até 60 (sessenta) dias antes do término dos mandatos vigentes iniciar o processo de novas eleições.

Art. 11. Os Conselhos Regionais de Enfermagem poderão baixar Decisão aprimorando o regulamento desta norma no âmbito de sua jurisdição, principalmente o papel da comissão eleitoral e modelo de regimento da CEE, observando o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. A Decisão deverá ser encaminhada ao Cofen para homologação.

Art.12. Caberá ao Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, ou outro profissional designado, dar posse à Comissão de Ética de Enfermagem da Instituição em ato oficial e na oportunidade entregar a Portaria de designação, que será o instrumento legal de atuação dos seus membros eleitos ou designados.

cofen
conselho federal de enfermagem

filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0593/2018

Art. 13. Os casos omissos nesta Resolução serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 572/2018.

Brasília, 5 de novembro de 2018.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO Nº 63592
Presidente

LAURO CESAR DE MORAIS
COREN-PI Nº 119466
Primeiro-Secretário

.../ASSLEGIS

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE TOLEDO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

TOLEDO
2021

Autores

Gabriel Vinícius Rohden

Marcella Dellatorre Pucci

Mateus Soares da Silva

(Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná)

Revisão

Edna de Melo Gonçalves

Eliana Benatti

Jessica Martins Valter Vicentin

Taíse Pereira Ribeiro Alberghini

Diretora Departamento de Atenção Básica em Saúde

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre

Diretora Departamento de Atenção Especializada

Katheli Mayumi Hino do Nascimento

Diretor da Rede de Urgência e Emergência

Juliana Ventura

Diretor Geral da Secretaria de Saúde

Fernando Pedrotti

Secretária de Saúde

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é um modelo de suporte e assistência voltado para pacientes portadores de insuficiência respiratória e hipoxemia crônica. Tem como objetivos conceder aos indivíduos uma maior qualidade de vida, diminuir os prejuízos clínicos e funcionais causados pela patologia de base e progressivamente preservar ou restaurar a autonomia e a capacidade de realização das atividades diárias, provendo assim maior qualidade de vida e conforto para os pacientes.

A nível estadual, a resolução da Secretaria de Estado de Saúde (SESA) nº 791/2018 criou um regimento interno que visa a criação, implantação, monitoramento e avaliação de programas voltados para a atenção à saúde em seus diversos níveis de cuidado. Dentro da resolução, a Divisão de Atenção ao Risco Cardiovascular (DVARC) é a responsável pelo regimento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada e Ventilação Não Invasiva.

Segundo dados da agência de notícias do Paraná, no ano de 2016, o estado contava com cerca de 1.500 habitantes em uso de oxigênio complementar em domicílio. Atualmente, a prevalência de doenças crônicas do sistema respiratório ainda é um fator de morbimortalidade de grande relevância clínica e epidemiológica. Segundo uma metanálise que reuniu artigos brasileiros e publicada em 2020, a prevalência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no Brasil em indivíduos acima de 40 anos era de 17%, enquanto a média na região sul, chegava aos 12%, número menor que a média nacional, porém, ainda muito significativa.

Perante isso, entende-se a importância de um suporte adequado para indivíduos portadores de DPOC e outras comorbidades que cursem com hipoxemia ou insuficiência respiratória crônica, possibilitando o uso de oxigênio suplementar em domicílio, diminuindo o tempo médio de internamentos, diminuindo o risco de infecções nosocomiais e aumentando a sobrevida dos pacientes.

JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista clínico, as doenças do aparelho respiratório apresentam a longo prazo déficits muitas vezes irreversíveis na função pulmonar e ventilatória dos indivíduos,

principalmente nos casos de lesões teciduais já estabelecidas, como no DPOC. Epidemiologicamente, tais comorbidades possuem um impacto pessoal e socioeconômico de importante magnitude, e o manejo requer em grande parte dos casos de uma atenção especializada, suporte multiprofissional e, quando indicado, ODP.

Em relação aos benefícios da ODP para pacientes com hipoxemia e insuficiência respiratória crônica, principalmente DPOC em estágios avançados, o oxigênio complementar é a única medida não farmacológica que comprovadamente é capaz de reduzir a mortalidade nesses casos. Além disso, como supracitado, pode diminuir o tempo de permanência de hospitalizações, reduzir número de exacerbações da doença crônica, melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional dos indivíduos, proporcionar uma melhora do estado mental, prevenir agravos maiores e declínio acentuado da função pulmonar.

Assim, a criação de um protocolo municipal vem de encontro a demanda crescente de pacientes que necessitam de suporte especializado, levando em conta os benefícios que a ODP pode gerar, e de uma padronização de meios e fluxos que facilitem a dispensação de materiais, o acompanhamento, racionalização e fiscalização por parte das equipes de saúde e também o acesso dos pacientes, familiares ou responsáveis legais a esse benefício.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL

Estabelecer um guia que oriente em relação às condições clínicas que sustentam a necessidade do fornecimento, por parte da secretaria municipal de saúde de Toledo, de insumos e suporte profissional adequado no âmbito da oxigenoterapia domiciliar a pacientes com os mais diversos agravos em saúde baseando-se, para isso, em evidências aceitas e validadas por desfechos como mortalidade, sintomas e seu respectivo impacto na qualidade de vida.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir os trâmites e procedimentos necessários para a concessão do serviço;

- Estabelecer os critérios clínicos para a indicação, manutenção, suspensão ou rejeição do pedido da terapêutica em questão;
- Definir as atribuições e competências dos vários serviços e usuários envolvidos no processo.

POPULAÇÃO-ALVO

Pacientes residentes no município de Toledo, portadores de doenças sistêmicas com repercussão ou sintomatologia pulmonar, primários ou de outra natureza, e que, mediante avaliação médica em conformidade a este protocolo, possuam indicação clínica de tratamento com oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP).

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INDICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

A indicação de oxigenoterapia domiciliar exige a avaliação de dados gasométricos e clínicos que, por sua vez, devem ser obtidos quando o paciente encontra-se em um período clinicamente estável, em repouso e em ar ambiente. Os critérios para indicação de oxigenoterapia domiciliar a baixos fluxos segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e a SESA/PR são os seguintes:

1. Pressão parcial de oxigênio (PaO2) menor ou igual a 55mmHg ou saturação arterial de oxigênio (SaO2) menor ou igual a 88%;
2. Pressão parcial de oxigênio (PaO2) igual a 56-59 mmHg ou SaO2 igual a 89%, associado a edema de insuficiência cardíaca, evidências de hipertensão pulmonar ou hematócrito maior ou igual a 55%;
3. Dessaturação noturna comprovada, com evidência clínica ou ecocardiográfica de *cor pulmonale*, ou policitemia;
4. Importante dessaturação ao exercício, que atrapalhe a realização de tarefas básicas (comprovação mediante teste de caminhada de 6 minutos com queda da saturação ao exercício inferior a 80%);
5. O paciente não deve ser fumante ativo, ou deve estar comprovadamente inscrito em um grupo de apoio ao abandono do tabaco.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO

Responsabilidade do Médico Solicitante

- Prescrição médica do suporte ventilatório, com as especificações adequadas e necessárias para a solicitação dos equipamentos, **datada, carimbada e assinada pelo médico assistente da rede pública de saúde (SUS)**
  - A prescrição deverá conter, obrigatoriamente:
    - Nome do paciente e data de nascimento;
    - Prescrição de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada;
    - Identificação do aparelho prescrito (Concentrador de Oxigênio - 5L/min ou 10L/min, Concentrador de Oxigênio Portátil, Ventilador Mecânico Domiciliar, CPAP, BIPAP, Assistente de Tosse - *Cough Assist*, Oxímetro de pulso);
    - Parâmetros e fluxos necessários para correta utilização (observar especificidades de cada tipo de aparelho, detalhadas abaixo).
  - Observação: para pacientes com traqueostomia deve ser feita a solicitação de **Ventilador Mecânico Domiciliar com CPAP/BIPAP, obrigatoriamente.**
  - ATENÇÃO! Só serão aceitas prescrições oriundas de atendimentos realizados em serviços do Sistema Único de Saúde.
  - Informações essenciais nas prescrições médicas e documentações particulares, de acordo com aparelho solicitado:
    - **Concentrador de Oxigênio de até 5L/min ou 10L/min**
      - Discriminação da doença pulmonar de base;
      - Fluxo de oxigênio;
      - Tempo diário de uso;
      - Via de administração;
      - Se DPOC, informar GOLD.

    - **Concentrador de Oxigênio Portátil**
      - Justificativa de uso;
      - Fluxo de oxigênio;

- Via de administração;
- Tempo diário de uso;
- Deverá ser anexada declaração do serviço/clínica/escola que o paciente frequenta e que justifica o uso do concentrador portátil.

- **Ventilador Mecânico Domiciliar**
  - Indicação e patologia;
  - Modo ventilatório com todos os parâmetros necessários a cada modo (PC, VC, TI, FR, FiO2, PEEP, EPAP, IPAP, PS e demais parâmetros para instalação adequada);
  - Período e horas de uso;
  - Cópia de exame que comprove diagnóstico do paciente.

- **BIPAP**
  - Pressão inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP) a ser aplicada no BIPAP;
  - Via de administração;
  - Período e horas de uso;
  - Cópia do exame que comprove o diagnóstico;
  - Cópia do exame de prova de função pulmonar (recente, 2 meses).

- **CPAP**
  - Pressão de uso;
  - Via de administração;
  - Período e horas de uso;
  - Cópia de exame de Função Tireoidiana (TSH);
  - Cópia de laudo de Polissonografia com e sem CPAP.

- **Assistente de tosse (*Cough Assist*)**
  - Justificativa de uso;
  - Cópia de exame que comprove o diagnóstico.

- **Oxímetro de Pulso**
  - Diagnóstico;
  - Justificativa da necessidade de monitorar a oxigenação do paciente por meio de oximetria de pulso no domicílio;
  - Período e horas de uso;
  - Cópia de exame que comprove a patologia do paciente.

- Ficha inicial da SESA de solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, **carimbada e assinada pelo médico assistente**, conforme modelo em Anexo I.
- Solicitar exame de Gasometria Arterial **antes** da alta hospitalar (exame deve ser realizado sem suporte ventilatório por 15 minutos, ou conforme condições clínicas do paciente).

Responsabilidade do Paciente/Responsável legal

- Cópia simples dos seguintes documentos pessoais do paciente e seu responsável legal (quando adequado):
  - RG;
  - CPF;
  - Cartão SUS;
  - Comprovante de endereço.

Profissionais que auxiliarem na conferência das documentações

- Conferir documentação conforme Checklist para cada aparelho, disponibilizado pela SESA, em anexo a este protocolo;
- Após entrega e instalação dos equipamentos, fornecer, esclarecer e orientar preenchimento e assinatura do paciente/responsável legal de:
  - Termo de responsabilidade de uso e guarda dos equipamentos (APÊNDICE 1)

CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

O paciente deve possuir em seu domicílio condições mínimas de infraestrutura que permitam a instalação adequada dos equipamentos, para assegurar o seu funcionamento ideal, sem que a efetividade ou segurança sejam comprometidas. Este pré-requisito será averiguado através da coleta de informações em entrevista com a equipe responsável na Central de Especialidades.

O paciente ou seu responsável legal receberão todas as instruções necessárias para a correta utilização dos recursos cedidos pela equipe de suporte. Para pacientes na modalidade AD1, a equipe designada será a Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família de referência, conforme endereço de moradia do paciente. Para pacientes nas modalidades AD2 e AD3, a equipe de referência será o EMAD.

O uso de concentrador em domicílio poderá gerar aumento do consumo mensal de energia. As famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa se enquadram no programa Tarifa Social e aqueles que possuem renda acima de meio e até 3 salários mínimos mensais, que possuam residentes que fazem uso de equipamentos vitais, se enquadram no Programa Luz Fraterna para Usuários de Equipamento Vital. A família deverá ser orientada a procurar a Copel para retirada de **Formulário de Comprovação de Uso de Equipamento Vital,** o qual deverá ser preenchido pelo médico assistente e entregue na Copel. Ademais, é necessária inscrição no Cadastro Único e providenciar documentações, conforme detalhado em: https://www.copel.com/hpcopel/root/nivel2.jsp?endereco=%2Fhpcopel%2Froot%2Fpagcopel2.nsf%2Fdocs%2FD785E0FBA95484BC032573F7006837AF

Ainda que não se enquadre nas condições para isenção de tarifa de energia, é obrigatório o preenchimento do Formulário para que a companhia de energia seja informada a respeito da existência dos equipamentos vitais no domicílio. A partir do cadastro, a Copel fornecerá avisos preferenciais e antecipados a estes domicílios sobre desligamentos programados da rede elétrica e suspensão de fornecimento, de modo a evitar prejuízos aos aparelhos de sobrevida dos pacientes.

Este formulário deve ser preenchido por **todos** os pacientes que fazem uso dos seguintes equipamentos: respiradores ou ventilador pulmonar, aspiradores de secreções, concentrador de oxigênio, oxímetro de mesa, CPAP e BIPAP.

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

Os critérios para Alta Hospitalar devem ser tratados com o EMAD, concomitante ao envio da documentação para início do processo junto à Central de Especialidades. O contato com o EMAD deverá ser feito através do preenchimento de formulário, disponível no link https://forms.office.com/r/PAGTNDLBJU .

Sugere-se que sejam realizadas altas hospitalares de pacientes com necessidade de oxigenoterapia domiciliar prolongada em horário comercial, de segunda a quinta-feira, de modo a otimizar os fluxos de processos. Sugere-se, ainda, que o processo de solicitação seja iniciado em **5 dias úteis antes da alta hospitalar prevista**, para que transcorra tempo hábil para os trâmites adequados até liberação do aparelho pela Regional de Saúde para uso domiciliar.

CRITÉRIOS DE MANUTENÇÃO DA ODP

Os pacientes deverão receber reavaliações periódicas por parte da equipe de saúde assistente. A equipe da APS deverá realizar visitas domiciliares mensais para reavaliação. A cada 90 dias, o paciente deverá passar por reavaliação clínica e gasométrica pelo médico responsável (da APS ou EMAD, conforme classificação do paciente). Os relatórios mensais de uso dos equipamentos de ODP devem ser enviados em anexo pelas equipes da APS (pacientes AD1) e da EMAD (pacientes AD2 e AD3) através do e- mail: centralespecialidades3@gmail.com, inclusive dos pacientes não encontrados e não reavaliados pelo médico, devendo ser descrito no relatório essas situações. Trimestralmente, a empresa fornecedora dos equipamentos realizará visitas para avaliação do estado de conservação e funcionamentodos mesmos.

CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO DO USO

- Melhora clínica ou funcional da insuficiência respiratória;
- Manutenção do tabagismo, sem demonstração de intenção de abandono do mesmo;
- Falta de cuidados mínimos na conservação e manutenção do equipamento;
- Não cumprimento da prescrição médica quanto ao fluxo e número de horas da oxigenoterapia e medicação;
- Não comparecimento às avaliações médicas periódicas;
- Não uso ou uso inadequado do equipamento
- Óbito do paciente.

A interrupção deve ser validada por escrito pelo médico assistente, responsável pelo acompanhamento do paciente, e enviada à enfermeira Edna através do e-mail centralespecialidades3@gmail.com ou Whatsapp, em número particular da enfermeira ou Assistente social Cláudia (o contato deverá ser solicitado diretamente à Direção da Central de Especialidades). Nos casos de óbito do paciente, deverá ser enviada cópia do atestado de óbito que pode ser obtido através da família ou por meio do número da declaração de óbito (DO) através da vigilância epidemiológica ou ainda através do contato com a Regional de Saúde caso não seja possível encontrar o número da DO. O envio da documentação poderá ser realizado para o e-mail supracitado por qualquer profissional pertencente à equipe da Unidade Básica de Saúde de referência do paciente.

PRAZO PARA INSTALAÇÃO DA ODP

Caso os equipamentos para uso de ODP, mesmo após a aprovação dos documentos, sofram um atraso excessivo na instalação, o paciente ou seu responsável legal poderão abrir uma ouvidoria para averiguação do processo. O contato com a ouvidoria municipal pode ser feito pelos fones 156 ou (45) 99153-2516.

O transporte dos concentradores, cilindros e de outros insumos necessários, bem como a instalação nos domicílios é de responsabilidade da empresa terceirizada. É expressamente proibido o transporte dos equipamentos pelo paciente, familiares ou responsáveis legais em veículos próprios..

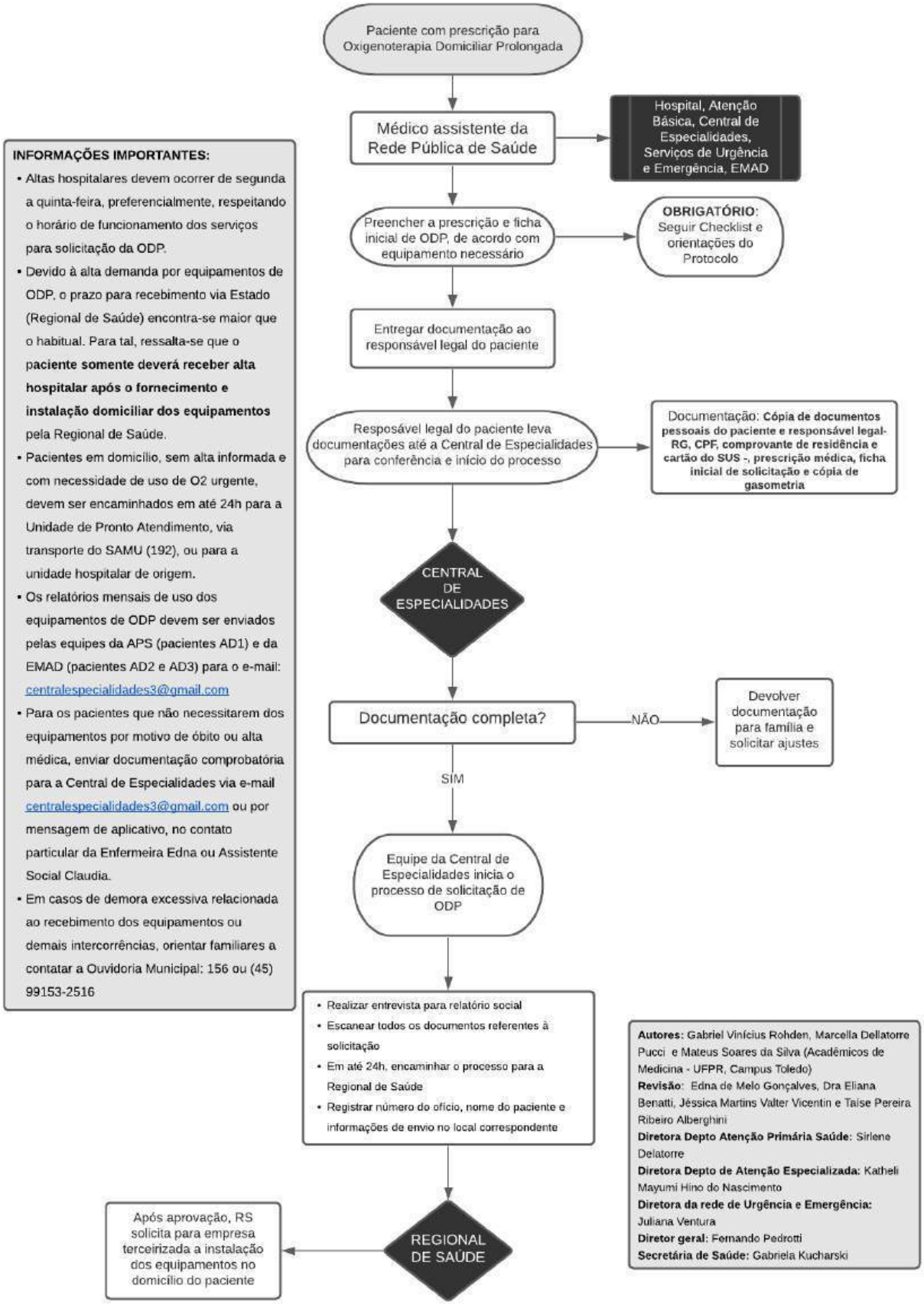
SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

Para solicitar os equipamentos de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, o paciente ou responsável legal deverá dirigir-se à Central de Especialidades (temporariamente funcionando na UBS Vila Paulista - Rua Tomás Gonzaga, 1781, Vila Paulista, Toledo, Paraná) e entrar em contato com equipe responsável pelo processo de ODP das 13h00min às 19h00min, munido de toda a documentação necessária para o início da solicitação. **Telefones para contato:**

Recepção: (45) 3055-8770 | (45) 3055-8729

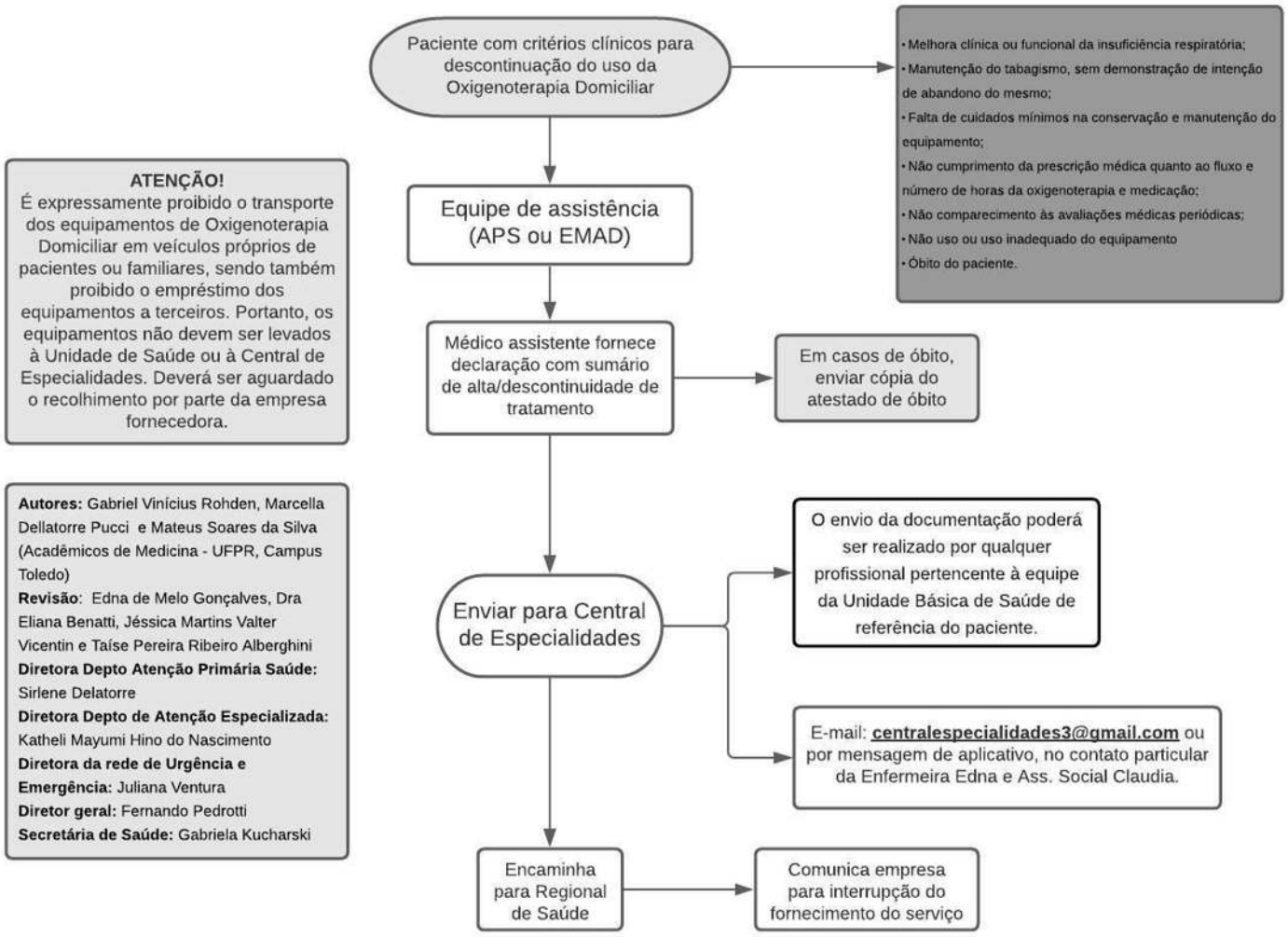
Assistente social: (45) 3055-8705

FLUXOGRAMA PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)



Autores: Gabriel Vinícius Rohden, Marcella Dellatorre Pucci e Mateus Soares da Silva (Acadêmicos de Medicina - UFPR, Campus Toledo)
Revisão: Edna de Melo Gonçalves, Dra Eliana Benatti, Jéssica Martins Valter Vicentin e Taíse Pereira Ribeiro Alberghini
Diretora Depto Atenção Primária Saúde: Sirlene Delatorre
Diretora Depto de Atenção Especializada: Katheli Mayumi Hino do Nascimento
Diretora da rede de Urgência e Emergência: Juliana Ventura
Diretor geral: Fernando Pedrotti
Secretária de Saúde: Gabriela Kucharski

FLUXOGRAMA DE DEVOLUÇÃO DE EQUIPAMENTOS



*Caso necessário, solicitar contato particular da Enfermeira Edna ou Assistente Social Claudia diretamente à Direção da Central de Especialidades

ATRIBUIÇÕES

7.1 SECRETARIA DE SAÚDE

- Definir, através de instrumentos que se baseiem em evidências cientificamente comprovadas, e divulgar nos locais de demanda do serviço em questão as diretrizes e critérios para indicação da ODP.
- Estabelecer e determinar a uma equipe mínima para a execução das atividades administrativas, técnicas e de suporte da ODP.
- Coordenar, planejar e supervisionar as ações a serem realizadas em nível local em relação à ODP.
- Oferecer treinamento e capacitação às equipes de saúde que suportem a aplicabilidade e manutenção da ODP.

7.2 EMPRESA TERCEIRIZADA

À empresa contratada pelo estado serão requeridas as seguintes funções:

- Transportar adequadamente o equipamento de suporte ventilatório específico, em perfeito estado de utilização, ao domicílio do paciente requerente e realizar a instalação adequada e completa do mesmo.
- Fornecer ao usuário, além do equipamento de suporte ventilatório específico conforme a solicitação feita e a necessidade clínica do paciente, os demais insumos necessários à adequada utilização da terapia.
- Antes da instalação do equipamento averiguar a conformidade do domicílio e de sua estrutura no que se refere à aplicabilidade das medidas que garantam a segurança do usuário e demais moradores e também do adequado funcionamento desse.
- Realizar no momento da instalação a verificação e demonstração ao usuário/familiar/cuidador da funcionalidade do equipamento.
- Fornecer também, nas situações em que for clinicamente adequado, além do equipamento de suporte ventilatório específico, cilindro de oxigênio. O mesmo será utilizado como fonte para fornecimento de oxigênio suplementar em ocasiões de emergência que impossibilitem definitivamente a utilização do equipamento de suporte ventilatório como, por exemplo, interrupções no fornecimento de energia

elétrica ou problemas repentinos referentes ao funcionamento desse e deverá ser reposto conforme a demanda e solicitação do paciente.

- Caberá também à empresa a realização de visitas domiciliares regulares para fins de monitoramento técnico dos equipamentos e materiais e a realização de manutenções preventivas e corretivas nesses.
- Fornecer orientações e suporte ao paciente/cuidador em relação a eventuais dúvidas, esclarecimentos e solução de problemas relacionados ao funcionamento dos equipamentos e materiais. Esse suporte deverá ser ofertado presencialmente por um técnico capacitado na oportunidade da instalação do equipamento e também ao longo dos dias de utilização do serviço por meio de telefone para contato telefônico, e-mail ou visita domiciliar.
- Quando da indicação da possibilidade de interrupção da terapia, devidamente comunicada pela regional de saúde, será de responsabilidade da empresa realizar o recolhimento do equipamento e dos demais insumos fornecidos. Nesta ocasião deverá ser também realizada a verificação da integralidade e funcionalidade desses por técnico capacitado.

7.3 SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE (PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS e EMAD)

Os pacientes em regime de ODP deverão ser assistidos pelas distintas entidades de cuidado domiciliar da seguinte forma:

- pacientes AD1: equipe da APS local.
- pacientes AD2 e AD3: equipe municipal da EMAD.

As respectivas atribuições desses órgãos serão as seguintes:

- Realizar visitas regulares aos pacientes, com frequência estabelecida a depender da gravidade de cada caso, com vistas a supervisionar e atestar a correta utilização da ODP, fazer eventuais ajustes na prescrição da mesma ou avaliar a viabilidade de suspensão da terapêutica.
- Fiscalizar o suporte técnico e recursos que estão sendo ofertados ao usuário pela empresa contratada, os quais deverão estar de acordo com o contrato de prestação de serviço vigente e com a solicitação efetuada para cada quadro clínico.

- Durante as visitas avaliar também a manutenção das condições de moradia que devem garantir a adequada e segura instalação dos equipamentos e materiais, comunicando a regional de saúde em caso de eventuais irregularidades.
- Estar disponível para prestar suporte aos pacientes quando esses, ou seus respectivos cuidadores, tragam a queixa de piora do quadro clínico ou dúvidas em relação ao tratamento empregado.

7.4 PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

Será de responsabilidade do paciente ou, em face de sua eventual incapacidade, do seu respectivo responsável legal e/ou cuidador de saúde:

- O usuário do serviço **não deve fumar enquanto estiver fazendo a utilização da terapia,** assim como demais pessoas que se encontrem no mesmo ambiente. Além disso, devem ser obedecidas as demais orientações prescritas pelos profissionais de saúde que assistem o paciente inerentes à adequada realização da ODP.
- Seguir as orientações da empresa e equipe de saúde.
- Apresentar os documentos necessários à instauração e manutenção da ODP.
- Manter a adequada higiene do recinto e do equipamento que está sendo utilizado, assim como seguir as orientações de conservação fornecidas. Além disso, deverá oferecer local apropriado à alocação do mesmo (previamente avaliado pela empresa responsável pelo fornecimento e que não ofereça riscos à sua funcionalidade e integralidade).
- Contatar a empresa contratada quando na presença de problemas ou dúvidas em relação aos equipamentos fornecidos, devendo informar a mesma também sobre a ocorrência de eventuais intercorrências ocorridas com esses ou com o paciente durante seu uso.
- Realizar acompanhamento regular com a equipe de saúde responsável pela assistência ao paciente.
- Não transportar, emprestar ou retirar da residência o equipamento fornecido, sob hipótese alguma.
- Informar à equipe de saúde em relação a posterior necessidade de internação hospitalar, retorno ao domicílio após alta, mudança de endereço ou óbito.

- Concordar, assinar e cumprir o Termo de Responsabilidade para ODP e as orientações de segurança fornecidas.

REFERÊNCIAS

CARIACICA. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Protocolo do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.** Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Saúde. Cariacica, ES: 2017. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta Pública/Oxigenoterapia/PROTOCOLO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA 01 2017.pdf

CRUZ, Marina Malheiro; PEREIRA, Marcos. Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 4547-4557, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00222019.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada e Ventilação Mecânica Não-Invasiva.** Prefeitura do Município de Maringá, Secretaria Municipal de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar. Maringá, PR: 2020. Disponível em: http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/487fc7fb3664.pdf

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Manual do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP.** Governo do Estado do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba, PR.

PARANÁ. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução SESA nº 791/2018:** Aprova o Regimento Interno da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado do Paraná, Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Curitiba, Paraná: 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.** Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenação do Núcleo de Programas Estratégicos, Divisão Administrativa, Coordenadorias Regionais de Saúde. São Paulo, SP: 2010. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Diret_ODP_DPA_2010.pdf

SOROCABA. Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. **Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.** Prefeitura Municipal de Sorocaba, Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. Sorocaba, SP: 2020. Disponível em: https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/protocolo-de-oxigenoterapia-domiciliar-prolongada.pdf

APÊNDICE 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE (Paciente)

Eu_____, portador do RG _____ (Órgão emissor:_____), CPF_____, Cartão Nacional de Saúde de número_____, domiciliado à_____, nº_____, complemento_____, Bairro_____, CEP_____, telefone para contato (___)_____, Toledo, Paraná, recebi da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná os seguintes equipamentos:_____
_____
_____.

Declaro que fui devidamente orientado pela equipe de saúde responsável e estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, sob o compromisso de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como comunicar à Unidade de Saúde Básica/Estratégia de Saúde da Família ou à Central de Especialidades qualquer situação que gere interrupção ao fornecimento dos equipamentos. Em caso de perda, extravio ou roubo, me comprometo a realizar Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato e apresentá-lo à equipe supracitada.

Toledo,_____de_____de_____.

_____

Nome e assinatura do paciente

TERMO DE RESPONSABILIDADE (Responsável legal)

Eu_____, portador do RG _____ (Órgão emissor:_____), CPF_____, responsável legal do paciente_____, portador do RG_____, CPF_____e Cartão Nacional de Saúde de nº_____, domiciliado à _____, nº_____, complemento_____, Bairro _____, CEP_____, telefone para contato (___)_____, Toledo, Paraná, recebi da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná os seguintes equipamentos:_____
_____
_____.

Declaro que fui devidamente orientado pela equipe de saúde responsável e estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, sob o compromisso de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como comunicar à Unidade de Saúde Básica/Estratégia de Saúde da Família de referência ou à Central de Especialidades qualquer situação que gere interrupção ao fornecimento dos equipamentos. Em caso de perda, extravio ou roubo, me comprometo a realizar Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato e apresentá-lo à equipe supracitada.

Toledo,_____de_____de_____.

_____

Nome e assinatura do responsável legal do paciente

ANEXO 1: CHECKLISTS E FICHAS INICIAIS DE SOLICITAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (Fonte: Manual de Oxigenoterapia Domiciliar - SESA/PR)

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Checklist para Solicitação de Concentrador de Oxigenio de até 5 l/min ou 10 l/min

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, informando qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente que utiliza a ODP, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 10ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível, em todos os seus itens exceto os opcionais, pelo médico que fez a prescrição da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, com carimbo e assinatura do médico (Anexo I).
3. Prescrição médica contendo: solicitação da ODP, discriminação da doença pulmonar de base, fluxo de oxigênio, tempo diário de uso e via de administração. Nos casos de DPOC informar a classificação GOLD.
4. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e 60 dias após a última exacerbação da doença (recente – 1 mês).
5. Cópia de Exames de Prova de Função Pulmonar (opcional).
6. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG – CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
7. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
8. Cópia de comprovante de residência atualizado.
9. Informar o número de Telefone Residencial e Celular.
10. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia. Informar que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização. Não inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Checklist para Solicitação de Concentrador de Oxigenio Portátil

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, informando qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente que utiliza a ODP, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 10ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível, em todos os seus itens obrigatórios, com a assinatura e carimbo do médico que solicitou a terapeutica e acompanhará o quadro clínico do paciente (Anexo I).
3. Prescrição médica contendo justificativa para o uso de concentrador portátil, fluxo de oxigênio, via de administração e tempo diário de uso.
4. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e 60 dias após a última exacerbação da doença (recente —1 mês).
5. Declaração do serviço/clínica/escola que o paciente frequenta e que justifica o uso do concentrador portátil.
6. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG —CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
7. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
8. Cópia do comprovante de residência atualizado.
9. Informar número de telefone Residencial e Celular.
10. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia, informando que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização. Não inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
Governo do Estado

ANEXO I

FICHA INICIAL DE CONCENTRADOR DE OXIGENIO

1.Nome:		
2. Idade:	3. Data de Nascimento	4. Sexo: M ( ) F ( )
5.Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade de ODP:		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Medicações em uso para a doença acima		
8. Se DPOC: ( ) S ( ) N	8a— Agonistas de Longa Duração Inalatório ( ) S ( ) N Tiotrópio ( ) S ( ) N Ipratrópio	
9. Ex Tabagismo ( ) S ( ) N	10. Parou há quanto tempo?	
11. Sinais de hipertensão pulmonar ( ) S ( ) N		
12. Quais:		
Gasometria (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada) Data: / /		
13. pH	14. PaO2	15. PaCO2
16. HCO3	17. BE	18. SaO2
Espirometria (Opcional): Data: / /		
19. CVF %	20. VEF1 L	21. VEF1/CVF= %
22. Teste da caminhada dos 6 minutos (Opcional):		
23: Saturação de Oxigênio, nas mesmas condições da gasometria arterial (Opcional):		

Prescrição da Oxigenoterapia

24. Fonte: Concentrador de O2: ( )até 5L/min ( )até 10L/min ( )Portátil Obs: Outras fontes de O2 não são fornecidas regularmente pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
25. Fluxo de O2 _____ L/min(dia) _____ L/min(noite) _____ L/min(esforço)
26. Tempo de Uso: ( ) 24 h/dia ( ) 18h/ dia ( ) 15 h/dia
27. Via de administração: ( ) Cateter nasal ( )Transtraqueal ( ) Máscara de VNI
28. Saturação de Oxigênio com o fluxo de O2 prescrito:
29. Necessidade de Oxímetro de Pulso ( ) Sim ( ) Não

Data do retorno: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome_____ CRM: _____

Carimbo e assinatura

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Checklist para Solicitação de Ventilador Pulmonar Domiciliar

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, informando qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve te número e ser direcionado ao Diretor da 20ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível em todos os seus itens obrigatórios, com assinatura e o carimbo do médico que solicitou a terapeutica e acompanhará o quadro clínico do paciente (Anexo III).
3. Prescrição médica constando a indicação, patologia, modo ventilatório com todos os parâmetros necessários a cada modo (PC, VC, TI, FR, FIO2, PEEP, EPAP, IPAP, PS e demais parâmetros necessários para a instalação adequada), período e horas de uso.
4. Cópia de Exame que comprove o diagnóstico do paciente.
5. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e com medicação otimizada para a doença (recente —1 mês).
6. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG —CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
7. Cópia do Cartão Nacional do SUS.
8. Informar número de telefone Residencial e Celular.
9. Cópia comprovante de residência atualizado —2 meses.
10. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - ** Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia, informando que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização.não inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

ANEXO III

FICHA INICIAL de VENTILADOR PULMONAR DOMICILIAR

1.Nome:		
2. Idade:	**3. Data de Nascimento**	**4. Sexo: F( ) M( )**
5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade do equipamento		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Exames que comprovem o diagnóstico (anexar cópia)		
8. Medicações em uso para a doença		
9. Doenças Associadas		
10. Obesidade ( )S ( )N	**11. Peso e Altura:**	
12. Gasometria Arterial Anexar Cópia do Laudo	**Data: / /**	

PRESCRIÇÃO MÉDICA do VENTILADOR PULMONAR DOMICILIAR

13. Fonte: Ventilador Pulmonar domiciliar

Obs: A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná fornece o ventilador pulmonar domiciliar para os pacientes que apresentam diagnóstico compatível com a utilização desse equipamento em ambiente domiciliar, ou seja, pacientes com estado geral e grau de comprometimento em que seja possível manter o paciente estável ao ventilador pulmonar em uso na residência. Como é o caso de pacientes traqueostomizados, com fadiga respiratória com grau em que não exige internamento hospitalar. Conforme Pregão Nº 310/2014 – SESA-PR, o modelo de equipamento fornecido é o Puritan Bennet PB560 marca Covidien.

14. Modo Ventilatório:

15. Parâmetros para instalação:

16. Necessita acompanhamento de oxímetro de pulso: ( ) Sim ( ) Não

17. Período e Horas de uso:

18. Necessita de Oxigênio ( )Sim ( )Não

(Se necessitar de O2 a solicitação deverá ser feita separadamente através da ficha inicial de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada)

Data do retorno: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome_____ **CRM:** _____

Carimbo e assinatura

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Checklist para Solicitação de BIPAP

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, informando qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. Oficio deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 10ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível em todos os seus itens obrigatórios, com assinatura e o carimbo do médico que solicitou a terapeutica e acompanhará o quadro clínico do paciente (Anexo II).
3. Prescrição médica constando a pressão inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP) a ser aplicada no BIPAP, via de administração, período e horas de uso.
4. Cópia de Exame que comprove o diagnóstico do paciente.
5. Cópia do exame de prova de função pulmonar (recente –2 meses).
6. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e com medicação otimizada para a doença (recente –1 mês).
7. Cópia da documentação pessoal do paciente RG –CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
8. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
9. Informar número de telefone Residencial e Celular.
10. Cópia de comprovante de residência atualizado.
11. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - ** Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia, informando que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização.não inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
Governo do Estado
Secretaria de Saúde

ANEXO II

FICHA INICIAL de BIPAP

1.Nome:		
2. Idade:	**3. Data de Nascimento:**	**4. Sexo: F( ) M( )**
5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade do BIPAP		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Exames que comprovem o diagnóstico (anexar cópia)		
8. Medicações em uso para a doença		
9. Tratamentos Anteriores para a Doença		
10. Doenças Associadas		
11. Obesidade ( )S ( )N	**12. IMC:**	
13. Ex Tabagismo ( )S ( )N	**14. Parou há quanto tempo?**	
15. Gasometria Arterial (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada), **Anexar Cópia do Laudo . Data: / /**		
16. Prova de função pulmonar feita após a estabilização do quadro clínico (Anexar Cópia do Laudo)		
PRESCRIÇÃO MÉDICA do BIPAP		
17. Fonte: BIPAP Obs: A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná fornece o modelo de BIPAP portátil, que oferece sincronia na inspiração e expiração, com cartão de armazenamento de dados, filtros de pólen e ultrafinos, umidificador aquecido e alarmes.		
18. IPAP:	**19. EPAP**	
20. Período e Horas de uso:		
21. Via de administração: ( )Máscara nasal ( )Máscara facial ( )Traqueostomia		
22. Necessita de Oxigênio: ( )Sim ( )Não (Se necessitar de O2 a solicitação deverá ser feita separadamente através da ficha inicial de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada)		

Data do retorno: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome_____ **CRM:** _____

Carimbo e assinatura

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Checklist para Solicitação de CPAP

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, com informação de qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 10ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível em todos os seus itens obrigatórios, com assinatura e o carimbo do médico que solicitou a terapeutica e acompanhará o quadro clínico do paciente (Anexo V).
3. Prescrição médica constando a pressão de uso, via de administração, período e horas de uso.
4. Cópia de exame de Função da Tireóide.
5. Cópia do laudo da Polissonografia com e sem o CPAP.
6. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG - CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
7. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
8. Informar número de telefone Residencial e Celular.
9. Cópia de comprovante de residência atualizado —2 meses.
10. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia, informando que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização.não Inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

ANEXO V

FICHA INICIAL de CPAP

1.Nome:		
2. Idade:	**3. Data de Nascimento**	**4. Sexo:** F ( ) M ( )
5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade do CPAP ( )Síndromes da apnéia central do sono ( )Síndromes da apnéia obstrutiva do sono ( )Síndromes da hipoventilação/hipoxemia relacionadas ao sono ( )Síndromes da hipoventilação/hipoxemia relacionadas ao sono causadas por condições médicas ( )Outros distúrbios respiratórios relacionados ao sono ( )Outras Doenças		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Score de Escala de Sonolência Diurna de Epworth		
8. Medicações em uso para a doença acima		
9. Tratamentos Anteriores para a Doença		
10. Doenças Associadas		
11. Obesidade ( ) S ( ) N	**12. IMC:**	
13. Ex Tabagismo ( ) S ( ) N	**14. Parou há quanto tempo?**	
15. Exame de função da Tireóide: T3:	**T4:**	**TSH:**
16. Polissonografia sem o CPAP, recente 3 meses (Anexar cópia do Laudo)		
17. Polissonografia com o CPAP, recente 3 meses (Anexar cópia do Laudo)		
18. Outros Exames Complementares que Comprovem a Doença (Anexar Cópia)		
PRESCRIÇÃO MÉDICA Do CPAP		
19. Fonte: CPAP Obs: A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná fornece o modelo de CPAP portátil automático, com cartão de armazenamento de dados, filtros de pólen e ultrafinos, umidificador aquecido e alarmes.		
20. Pressão a ser utilizada no CPAP:		
21. Horas de uso:		
22. Via de administração: ( ) Máscara nasal ( ) Máscara Facial ( ) Traqueostomia		
23. Necessita de Oxigênio ( ) Sim ( ) Não (Se necessitar de O2 a solicitação deverá ser feita separadamente através da ficha inicial de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada)		

Data do retorno: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome_____ **CRM:** _____

Carimbo e assinatura

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4499

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Checklist para Solicitação de Assistente da Tosse (cough assist)

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, com informação de qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 20ªRS.
2. Ficha Inicial preenchida de forma legível em todos os seus itens obrigatórios, com assinatura e o carimbo do médico que solicitou a terapeutica e acompanhará o quadro clínico do paciente (Anexo IV).
3. Prescrição médica constando a justificativa para indicação do equipamento.
4. Cópia de Exame que comprove o diagnóstico do paciente.
5. Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso e com medicação otimizada para a doença (recente —1 mês).
6. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG-CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
7. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
8. Informar número de telefone Residencial e Celular.
9. Cópia comprovante de residência atualizado.
10. Relatório de Visita Domiciliar da Assistente Social que deve verificar:
    - Se a residencia tem condições para acomodar o aparelho e o cilindro de backup. Se existe tomada para plugar o aparelho voltagem 120W. Se o paciente/cuidador tem condições/entendimento para manusear o equipamento. Se há condições financeiras para arcar com o gasto de energia, informando que a utilização do equipamento gera aumento considerável na conta de energia elétrica. Orientar para o cadastro no Programa Luz Fraterna. Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente. Informar endereço completo com ponto de referencia para facilitar a localização.não inserir informações sigilosas.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO IV

FICHA INICIAL DE ASSISTENTE DA TOSSE (COUGH ASSIST)

1.Nome:		
2. Idade:	**3. Data de Nascimento**	**4. Sexo:** F( ) M( )
5. Diagnóstico Clínico		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Exames que comprovem o diagnóstico (anexar cópia)		
8. Equipamentos de Oxigenoterapia ou Ventilação Domiciliar em uso:		
9. Doenças Associadas		
10. Peso:	**11. Altura:**	
12. Ex Tabagismo ( ) S ( ) N	**13. Parou há quanto tempo?**	
14. Gasometria Arterial (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada), **Anexar Cópia do Laudo.** **Data:** ____/____/____		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DO COUGH ASSIST		
15. Fonte: COUGH ASSIST Obs: A pressão a ser utilizada para o funcionamento do equipamento será determinada pelo fisioterapeuta no momento da instalação, baseado no peso, altura e idade do paciente.		
16. Justificativa para indicação do equipamento:		
17. Freqüência de uso/dia:		

Data do retorno: ____/____/____

Médico responsável pela prescrição:

Nome_____ **CRM:** _____

Carimbo e assinatura

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Para solicitação de Oxímetro de Pulso

Oxímetro de pulso é fornecido em situações especiais, com solicitação médica.

Nos casos em que o paciente faz uso de ventilador mecanico, o oxímetro será instalado junto.

Para casos em que o paciente precisa usar somente o Oxímetro é necessária a seguinte documentação:

1. Solicitação Oficial da SMS do Município de residência do paciente, com informação de qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente, identificando nome, número do conselho, telefone e e-mail de contato da equipe. O ofício deve ter número e ser direcionado ao Diretor da 10ªRS.
2. Prescrição médica contendo: diagnóstico, justificava da necessidade de monitorar a oxigenação do paciente por meio da oximetria de pulso no domicílio, período e horas de uso.
3. Cópia de exame que comprove a patologia do paciente.
4. Cópia do Exame de Gasometria Arterial (recente – 1 mês).
5. Cópia da documentação pessoal do paciente (RG - CPF), para criança anexar cópia de um documento (RG) da mãe/responsável.
6. Cópia do Cartão Nacional do SUS do paciente.
7. Informar número de telefone Residencial e Celular.
8. Cópia de comprovante de residência atualizado.

Obs. Após instalação do equipamento a SMS do município de residência do paciente deve enviar mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município.

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO IV

FICHA INICIAL DE ASSISTENTE DA TOSSE (COUGH ASSIST)

1.Nome:		
2. Idade:	**3. Data de Nascimento**	**4. Sexo: F( ) M( )**
5. Diagnóstico Clínico		
6. Tempo de duração da doença acima		
7. Exames que comprovem o diagnóstico (anexar cópia)		
8. Equipamentos de Oxigenoterapia ou Ventilação Domiciliar em uso:		
9. Doenças Associadas		
10. Peso:	**11. Altura:**	
12. Ex Tabagismo ( ) S ( ) N	**13. Parou há quanto tempo?**	
14. Gasometria Arterial (colhida em ar ambiente, após repouso de 30 minutos e após 60 dias após a última exacerbação, com medicação otimizada), **Anexar Cópia do Laudo.** **Data: / /**		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DO COUGH ASSIST		
15. Fonte: COUGH ASSIST Obs: A pressão a ser utilizada para o funcionamento do equipamento será determinada pelo fisioterapeuta no momento da instalação, baseado no peso, altura e idade do paciente.		
16. Justificativa para indicação do equipamento:		
17. Freqüência de uso/dia:		

Data do retorno: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome _____ **CRM:** _____

Carimbo e assinatura

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE

	Prefeitura do Município de Toledo Secretaria Municipal de Saúde Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (PAM)	
	NORMA OPERACIONAL	
Assunto	Horas Extras	Elaborado em 04 de 2024

OBJETIVO:

Normatizar o fluxo e as especificações para a realização de horas extras dos profissionais da Enfermagem

CONSIDERAÇÕES:

Considerando que o Pronto Atendimento Municipal - PAM, atende à população que necessita de atendimento em situações de urgência e emergência durante as 24 horas do dia;

Considerando que as horas extras são aquelas realizadas fora do horário normal de trabalho, exceto se estiver em regime de troca;

Considerando que, podem ocorrer períodos epidêmicos sazonais ou não, onde a demanda tende a expandir significativamente;

Considerando que a demanda de atendimento no PAM é variável e imprevisível, podendo a relação número de pacientes por número de profissionais disponíveis se tornar desacertado e até mesmo, incompatível;

Determina-se que:

As horas extras poderão ser realizadas por profissionais com vínculo estatutário - concursado, assim como por Processo Seletivo Simplificado – PSS, com o contrato assinado e dentro do prazo;

Para assumir horas extras, o profissional deverá ter no mínimo 11 (onze) horas de descanso entre uma jornada e outra;

É proibido a realização de jornada de trabalho de 24 horas seguidas;

Profissionais com algum tipo de restrição médica, não poderão realizar horas extras;

As horas extras não poderão ser efetivadas sem a prévia autorização da Direção de Enfermagem;

A partir do momento que o profissional assume a hora extra, será escalado e se responsabilizará pelo plantão. Em casos de atestado ou outro motivo justificável, o profissional deverá avisar a Direção de Enfermagem com 48 horas de antecedência;

Serão liberadas horas extras para substituir profissionais de férias, licenças e afastamentos por atestado previstos e prolongados;

Em casos de atestados e licenças inesperadas, serão liberados extras, tomando como referência a tabela 1;

A necessidade de horas extras para cobrir o excesso de demanda, deverão ser avaliadas pelos profissionais Enfermeiros, que necessitarão enviar a Requisição de Hora Extra (apêndice 1) para a Direção de Enfermagem. A direção poderá autorizar pessoalmente ou via aplicativo de mensagem;

Para nortear o cálculo de Hora Extra para categoria **Técnico em Enfermagem**, será utilizado como orientação o número de pacientes internados nos setores de Emergência e na Observação:

Sendo o número de profissionais fixos nos setores de 01 na triagem, 02 da Emergência, 03 nos Injetáveis, 05 na observação e 01 Piloto orienta-se então, que:

NÚMERO DE PACIENTES	NUMERO DE EXTRA
Até 30 pacientes internados	*Sem extra
De 30 a 35 pacientes internados	no máximo 1 extra;
De 36 a 41 pacientes internados	no máximo 2 extras
De 42 a 47 pacientes internados	no máximo 3 extras
De 48 a 50 pacientes internados	no máximo 4 extras

Tabela 1.

* *O Enfermeiro deve avaliar outras necessidades que não se justifique apenas pelo número de pacientes.*

Para regular o cálculo de Horas Extras para a categoria **Enfermeiro,** tendo em vista que é mandatório a realização a Prescrição da Assistência de Enfermagem em prontuário, segundo o Art. 4° e 11° da Lei n° 7.498/1986, será utilizado como referência o número de pacientes internados nos setores de Emergência e na Observação:

Sendo o número de profissionais fixos, anteriormente aos períodos de epidemia, de 01 na triagem, 01 da Emergência e 01 na observação orienta-se então, que:

A partir de 35 pacientes internados, será liberado 1 extra para atuar no setor de observação ou ainda conforme a necessidade no momento.

Nota: Em períodos epidêmicos onde ocorra contratação de profissionais para suprir a alta demanda no setor de Injetável, este profissional não será considerado como extra para atuar nos setores de internação, salvo situações urgentes ou com pouca demanda.

Distribuição de Horas Extras

As hora extras serão distribuídas da seguinte forma:

A contar das necessidades de solicitação de horas extras, pelos motivos citados anteriormente, a Direção de Enfermagem, após aprovação, deverá expor as datas e horários em grupos de aplicativo de mensagem criados para este intuito. A seguir, os profissionais interessados deverão se pronunciar para assumir datas e horários;

Com isso, a Direção de Enfermagem iniciará o processo de distribuição das horas autorizadas entre os profissionais interessados, na forma mais equitativa possível.

Para isso, serão estabelecidos os seguintes critérios:

1. Ordem de pronunciamento no grupo. Isto é, será registrado a ordem na qual os profissionais se manifestarem para assumir determinada data e horário;

2. Horas Extras já realizadas no mês corrente. Seguindo a ordem supra citada, a Direção de Enfermagem avaliará se tais profissionais já fizeram e qual a quantidade de extras já realizadas.

Exemplo: *José, Maria e João manifestaram interesse e disponibilidade para assumirem hora extra na mesma data e mesmo horário, nessa ordem. Usando o primeiro critério, José já tem uma vantagem sobre os outros e Maria, sobre João. No entanto, avaliando horas extras realizadas pelos tres profissionais naquele mês, confirmou-se que José já havia cumprido 24 horas, Maria 12*

e João também 12 horas. Nesse caso, o plantão em regime de extra ficaria para Maria, pois mesmo José tendo vantagem de ter se manifestado primeiro, Maria tem menor número de extras. Já João, mesmo tendo feito a mesma carga horária de extra que Maria, se pronunciou por último.

Nota: Em casos de solicitação e aprovação de hora extra imediatas e/ou urgentes, fora do horário comercial, nos finais de semana e feriados, abre-se exceção e isenta-se a direção de utilizar, obrigatoriamente, o critério número 2.

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Raquel Emília da Silva Wiederkehr Diretora de Enfermagem do PAM	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Atenção de Urgência e Emergência
Raquel Wiederkehr Enfermeira RT COREN-PR 84616	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo Port. nº 332, de 17/06/2021

APÊNDICE I

Prefeitura do Município de Toledo
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

REQUISIÇÃO DE HORA EXTRA

DATA:	HORA:	EQUIPE:
NÚMERO DE EXTRAS NECESSÁRIOS:		
SETORES DE BENEFICIADOS:		
JUSTIFICATIVA/ FUNDAMENTO		
ENFERMEIRO SOLICITANTE	_____ ASS/CARIMBO	
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	_____ ASS/CARIMBO	
( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO NOTA:		

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3378-8680 – (45) 3378-8681 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

	Prefeitura do Município de Toledo Secretaria Municipal de Saúde Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (PAM)	
	NORMA OPERACIONAL	
Assunto	Horas Extras	Elaborado em 04 de 2024

OBJETIVO:

Normatizar o fluxo e as especificações para a realização de horas extras dos profissionais da Enfermagem

CONSIDERAÇÕES:

Considerando que o Pronto Atendimento Municipal - PAM, atende à população que necessita de atendimento em situações de urgência e emergência durante as 24 horas do dia;

Considerando que as horas extras são aquelas realizadas fora do horário normal de trabalho, exceto se estiver em regime de troca;

Considerando que, podem ocorrer períodos epidêmicos sazonais ou não, onde a demanda tende a expandir significativamente;

Considerando que a demanda de atendimento no PAM é variável e imprevisível, podendo a relação número de pacientes por número de profissionais disponíveis se tornar desacertado e até mesmo, incompatível;

Determina-se que:

As horas extras poderão ser realizadas por profissionais com vínculo estatutário - concursado, assim como por Processo Seletivo Simplificado – PSS, com o contrato assinado e dentro do prazo;

Para assumir horas extras, o profissional deverá ter no mínimo 11 (onze) horas de descanso entre uma jornada e outra;

É proibido a realização de jornada de trabalho de 24 horas seguidas;

Profissionais com algum tipo de restrição médica, não poderão realizar horas extras;

As horas extras não poderão ser efetivadas sem a prévia autorização da Direção de Enfermagem;

A partir do momento que o profissional assume a hora extra, será escalado e se responsabilizará pelo plantão. Em casos de atestado ou outro motivo justificável, o profissional deverá avisar a Direção de Enfermagem com 48 horas de antecedência;

Serão liberadas horas extras para substituir profissionais de férias, licenças e afastamentos por atestado previstos e prolongados;

Em casos de atestados e licenças inesperadas, serão liberados extras, tomando como referência a tabela 1;

A necessidade de horas extras para cobrir o excesso de demanda, deverão ser avaliadas pelos profissionais Enfermeiros, que necessitarão enviar a Requisição de Hora Extra (apêndice 1) para a Direção de Enfermagem. A direção poderá autorizar pessoalmente ou via aplicativo de mensagem;

Para nortear o cálculo de Hora Extra para categoria **Técnico em Enfermagem**, será utilizado como orientação o número de pacientes internados nos setores de Emergência e na Observação:

Sendo o número de profissionais fixos nos setores de 01 na triagem, 02 da Emergência, 03 nos Injetáveis, 05 na observação e 01 Piloto orienta-se então, que:

NÚMERO DE PACIENTES	NUMERO DE EXTRA
Até 30 pacientes internados	*Sem extra
De 30 a 35 pacientes internados	no máximo 1 extra;
De 36 a 41 pacientes internados	no máximo 2 extras
De 42 a 47 pacientes internados	no máximo 3 extras
De 48 a 50 pacientes internados	no máximo 4 extras

Tabela 1.

* *O Enfermeiro deve avaliar outras necessidades que não se justifique apenas pelo número de pacientes.*

Para regular o cálculo de Horas Extras para a categoria **Enfermeiro,** tendo em vista que é mandatório a realização a Prescrição da Assistência de Enfermagem em prontuário, segundo o Art. 4° e 11° da Lei n° 7.498/1986, será utilizado como referência o número de pacientes internados nos setores de Emergência e na Observação:

Sendo o número de profissionais fixos, anteriormente aos períodos de epidemia, de 01 na triagem, 01 da Emergência e 01 na observação orienta-se então, que:

A partir de 35 pacientes internados, será liberado 1 extra para atuar no setor de observação ou ainda conforme a necessidade no momento.

Nota: Em períodos epidêmicos onde ocorra contratação de profissionais para suprir a alta demanda no setor de Injetável, este profissional não será considerado como extra para atuar nos setores de internação, salvo situações urgentes ou com pouca demanda.

Distribuição de Horas Extras

As hora extras serão distribuídas da seguinte forma:

A contar das necessidades de solicitação de horas extras, pelos motivos citados anteriormente, a Direção de Enfermagem, após aprovação, deverá expor as datas e horários em grupos de aplicativo de mensagem criados para este intuito. A seguir, os profissionais interessados deverão se pronunciar para assumir datas e horários;

Com isso, a Direção de Enfermagem iniciará o processo de distribuição das horas autorizadas entre os profissionais interessados, na forma mais equitativa possível.

Para isso, serão estabelecidos os seguintes critérios:

1. Ordem de pronunciamento no grupo. Isto é, será registrado a ordem na qual os profissionais se manifestarem para assumir determinada data e horário;

2. Horas Extras já realizadas no mês corrente. Seguindo a ordem supra citada, a Direção de Enfermagem avaliará se tais profissionais já fizeram e qual a quantidade de extras já realizadas.

Exemplo: *José, Maria e João manifestaram interesse e disponibilidade para assumirem hora extra na mesma data e mesmo horário, nessa ordem. Usando o primeiro critério, José já tem uma vantagem sobre os outros e Maria, sobre João. No entanto, avaliando horas extras realizadas pelos tres profissionais naquele mês, confirmou-se que José já havia cumprido 24 horas, Maria 12*

e João também 12 horas. Nesse caso, o plantão em regime de extra ficaria para Maria, pois mesmo José tendo vantagem de ter se manifestado primeiro, Maria tem menor número de extras. Já João, mesmo tendo feito a mesma carga horária de extra que Maria, se pronunciou por último.

Nota: Em casos de solicitação e aprovação de hora extra imediatas e/ou urgentes, fora do horário comercial, nos finais de semana e feriados, abre-se exceção e isenta-se a direção de utilizar, obrigatoriamente, o critério número 2.

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Raquel Emília da Silva Wiederkehr Diretora de Enfermagem do PAM	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Atenção de Urgência e Emergência
Raquel Wiederkehr Enfermeira RT COREN-PR 84616	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo Port. nº 332, de 17/06/2021

APÊNDICE I

Prefeitura do Município de Toledo
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

REQUISIÇÃO DE HORA EXTRA

DATA:	HORA:	EQUIPE:
NÚMERO DE EXTRAS NECESSÁRIOS:		
SETORES DE BENEFICIADOS:		
JUSTIFICATIVA/ FUNDAMENTO		
ENFERMEIRO SOLICITANTE	_____ ASS/CARIMBO	
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	_____ ASS/CARIMBO	
( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO NOTA:		

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3378-8680 – (45) 3378-8681 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

Secretaria de Saúde

Departamento de Odontologia

MANUAL DE SAÚDE BUCAL

Parte 1 - Agendamento

TOLEDO

2021

1- INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta nos seus princípios norteadores, a ampliação e a qualificação da assistência. Isso significa organizar o processo de trabalho, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias, e outras sequelas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018).

A agenda dos profissionais torna-se recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não) (BRASIL, 2013). Ela deve ser compartilhada entre os membros da equipe de saúde. O planejamento e a organização da agenda são importantes, assim como também é indispensável o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda (BRASIL, 2013).

A organização das atividades da Equipe de Saúde Bucal (ESB) deverá ser orientada de forma a garantir ações que sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, e ações que devem ser direcionadas a atividades coletivas, como atividades de promoção de saúde, atendimentos domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais, reuniões, entre outras.

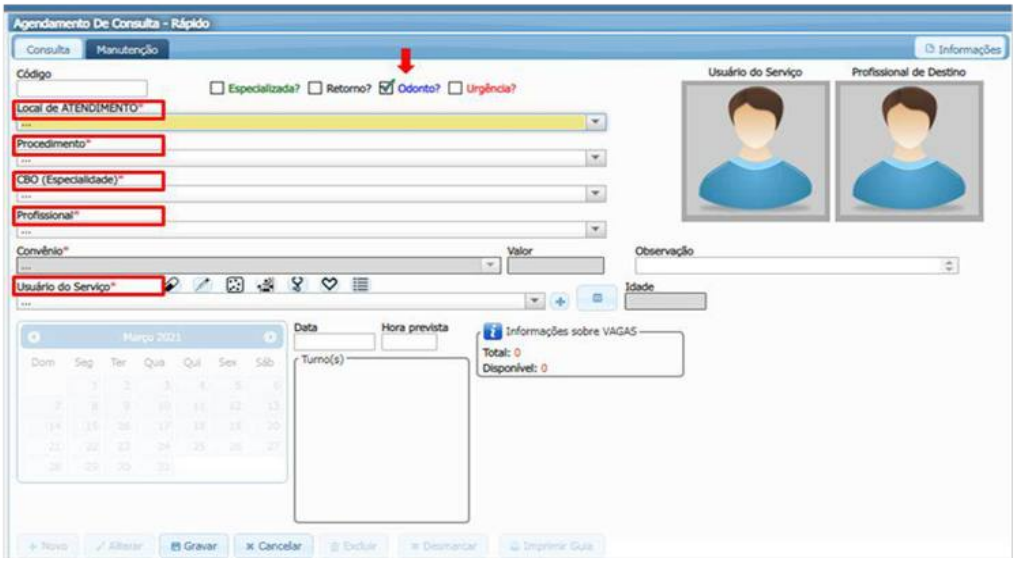
Neste contexto, esse manual tem como objetivo orientar e padronizar o agendamento dos pacientes que buscam o atendimento odontológico, assim como otimizar os horários de atendimentos dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal.

2- AGENDAMENTO

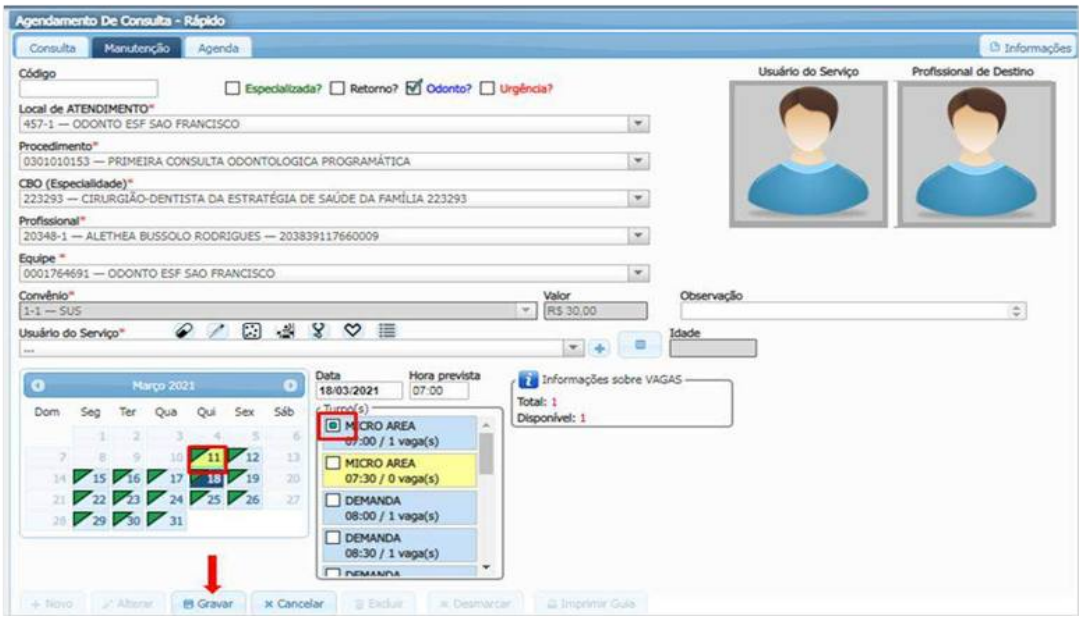
Para agendamento de consultas odontológicas através do SIGSS deve seguir o passo a passo:



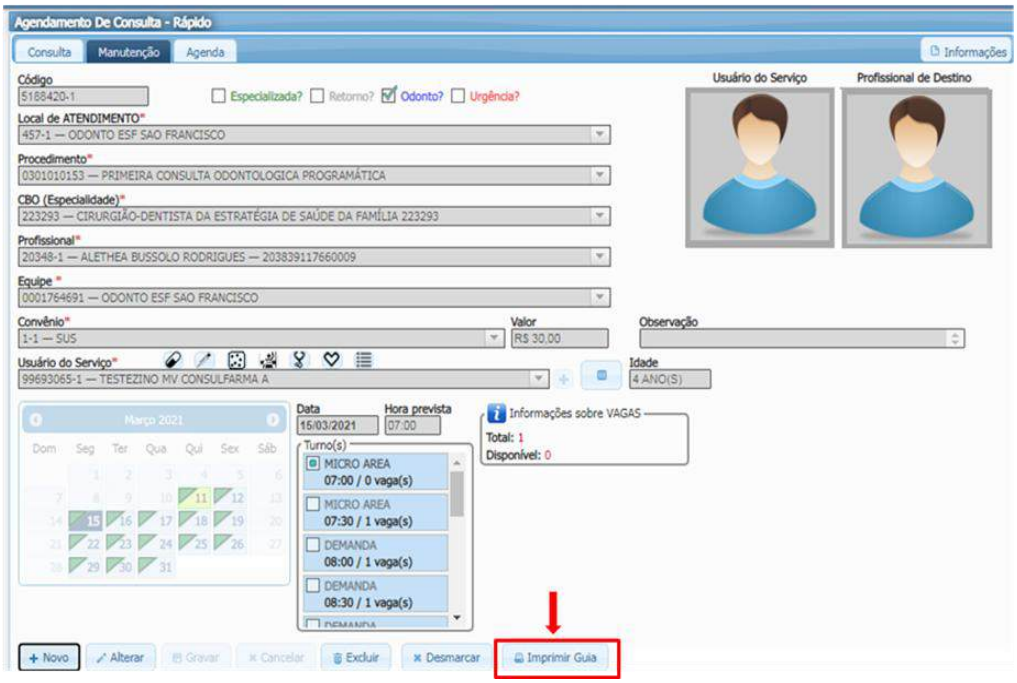
Na tela de Agendamento Consulta- Rápido, selecionar a opção "**Odonto**" e escolher: Local do atendimento (UBS), Procedimento (tipo de consulta), CBO do profissional, nome do profissional e inserir o nome do usuário.



Após inserir o nome do usuário a agenda do profissional estará disponível para escolher a data e horário. Para finalizar o agendamento deverá clicar em "Gravar".



Para imprimir a guia de consulta clicar em “Imprimir Guia”.



Existem 4 opções de consultas odontológicas para odontólogo e 1 opção para profissional de nível médio (TSB).

- Tipos de Consultas para Odontólogo:

03.01.01.015-3 - Primeira Consulta Odontológica Programática

03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico

03.01.06.003-7 - Atendimentos de Urgência em Atenção Básica

03.01.01.013-7- Consulta atendimento domiciliar na Atenção Básica

- Tipo de consulta para profissional de nível médio (para Técnico em Saúde Bucal- TSB):

0099970079- Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio

2.1- PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

A primeira consulta tem a finalidade de fazer o exame bucal, plano de tratamento e estratificação de risco. Utilizar o CBO Cirurgião Dentista- Clínico Geral (223208) ou Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).

Agendar a opção Primeira Consulta Odontológica Programática para as seguintes situações:

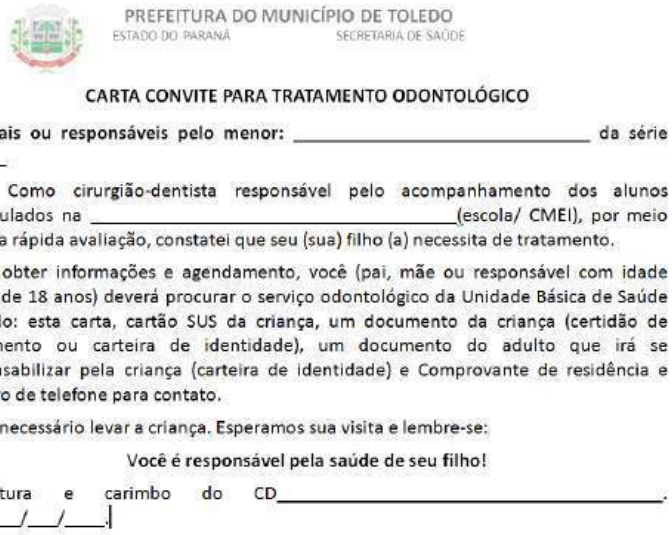
2.1.1- *Pacientes Novos*: consideramos paciente novo aquele que busca pela primeira vez o atendimento odontológico na UBS, nesse caso o paciente ainda NÃO tem a Carteirinha Odontológica. As seguintes situações serão consideradas:

2.1.1.1- *Primeira consulta do paciente chamado da Lista de Espera*: para início de tratamento.

2.1.1.2- *Grupos prioritários:* agendamento no momento da procura pelo atendimento.

- Crianças de 0 – 36 meses (Puericultura)
- Crianças com Carta Convite da Escola (PSE)
- Gestantes
- Deficientes Físico e Mental
- Paciente alto risco estratificado pelo odontólogo e solicitado agendamento

Figura 1- Carta convite para tratamento odontológico (PSE)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA CONVITE PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Aos pais ou responsáveis pelo menor: _____ **da série** _____

Como cirurgião-dentista responsável pelo acompanhamento dos alunos matriculados na _____(escola/ CMEI), por meio de uma rápida avaliação, constatei que seu (sua) filho (a) necessita de tratamento.

Para obter informações e agendamento, você (pai, mãe ou responsável com idade acima de 18 anos) deverá procurar o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde levando: esta carta, cartão SUS da criança, um documento da criança (certidão de nascimento ou carteira de identidade), um documento do adulto que irá se responsabilizar pela criança (carteira de identidade) e Comprovante de residência e número de telefone para contato.

Não é necessário levar a criança. Esperamos sua visita e lembre-se:

Você é responsável pela saúde de seu filho!

Assinatura e carimbo do CD_____.
Data:___/___/____.

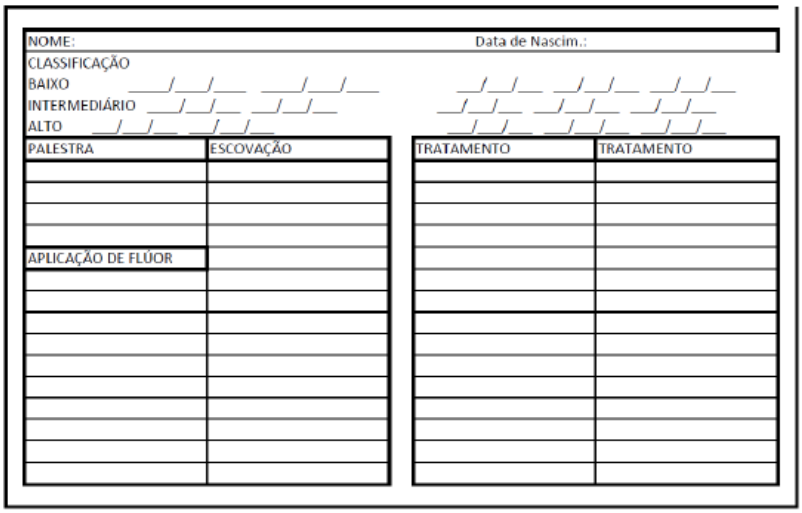
2.1.2- *Revisão de paciente com carteirinha:* consideramos consulta de revisão aquela quando o paciente já terminou o tratamento odontológico e possui a Carteirinha Odontológica e apresentará essa no momento do agendamento na qual constará o mês que deve retornar (Carteirinha Odontológica – Figura 1 e 2). Agendar a consulta de revisão no mês descrito em vermelho (ex.: Retornar em julho 2021). Agendar para tratamento na primeira vaga disponível e APENAS mediante a apresentação da carteirinha. A orientação do Ministério da Saúde é para lançar 1

(uma) vez a primeira consulta odontológica programática no ano (verificar quando foi realizada a última consulta). O paciente pode solicitar agendamento anterior ao mês solicitado pelo profissional caso tenha alguma necessidade ou urgência odontológica. O prazo limite para o paciente agendar a revisão será de 30 dias após o mês anotado na carteirinha.

Figura 2- Carteirinha odontológica (frente).



Figura 3- Carteirinha odontológica (verso)



2.1.2.1- Preenchimento da carteirinha

É importante o preenchimento correto e padronizado da carteirinha. Para otimizar o espaço para anotação é utilizada uma legenda, conforme descrição abaixo:

C- compareceu (Azul)

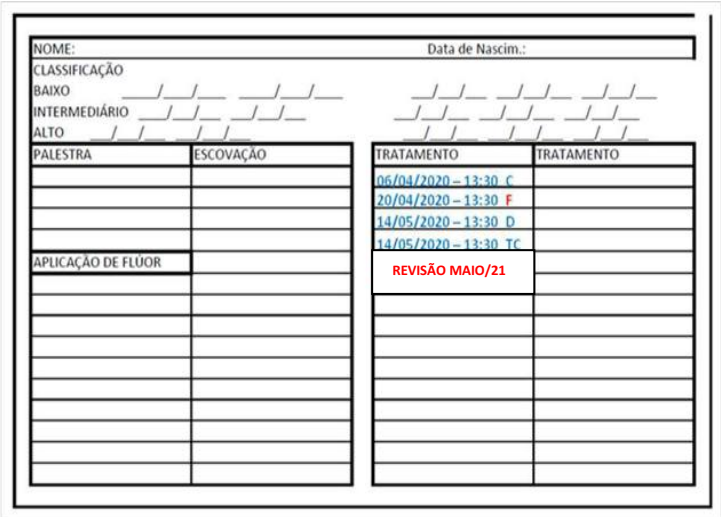
F- Faltou (Vermelho)

D- Desmarcou/Desmarcado (Azul)

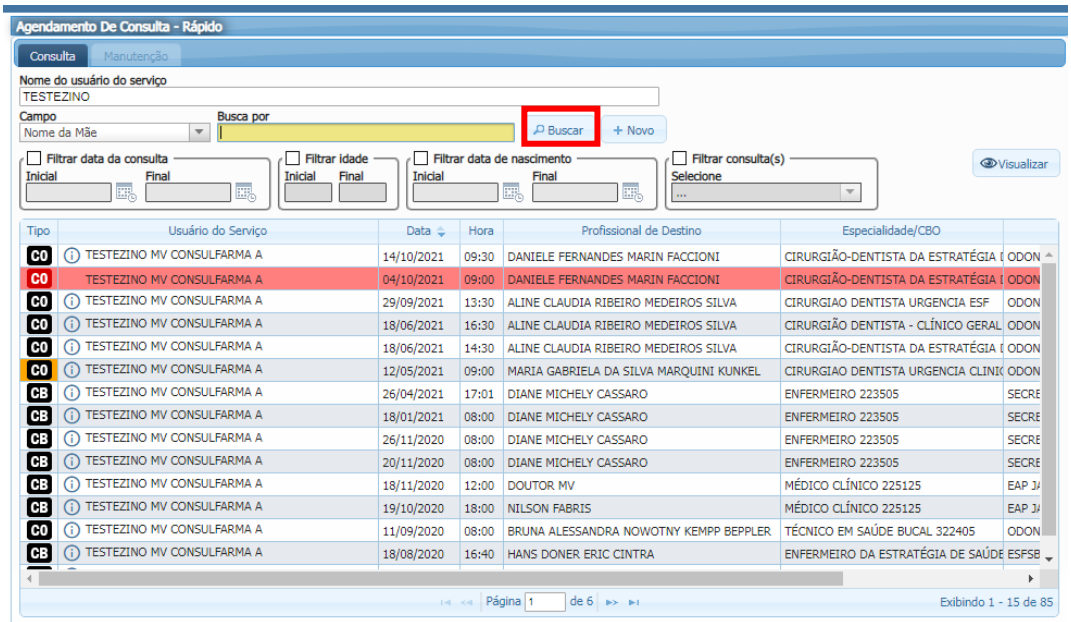
TC- Tratamento Concluído (Azul)

A anotação do retorno para a revisão deve na cor “vermelha”, anotar o mês e ano. Faltas também devem ser anotadas em “vermelho”. Outras informações devem ser anotadas em cor “azul”.

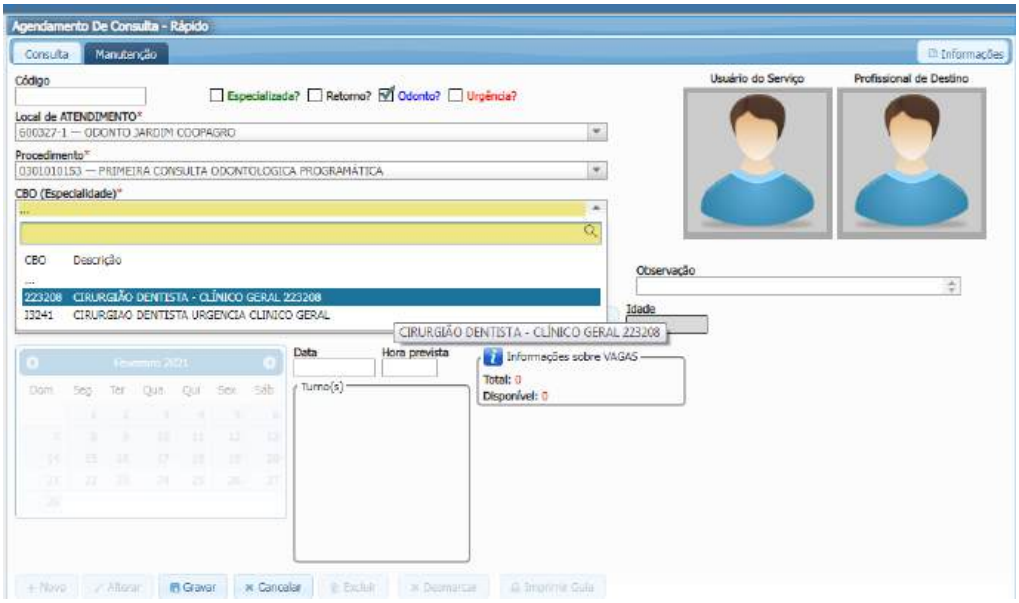
Obs.: Quando ocorrer a *perda de carteirinha*, a mesma deve ser fornecida pela ESB de acordo com a verificação do histórico de atendimentos do paciente.

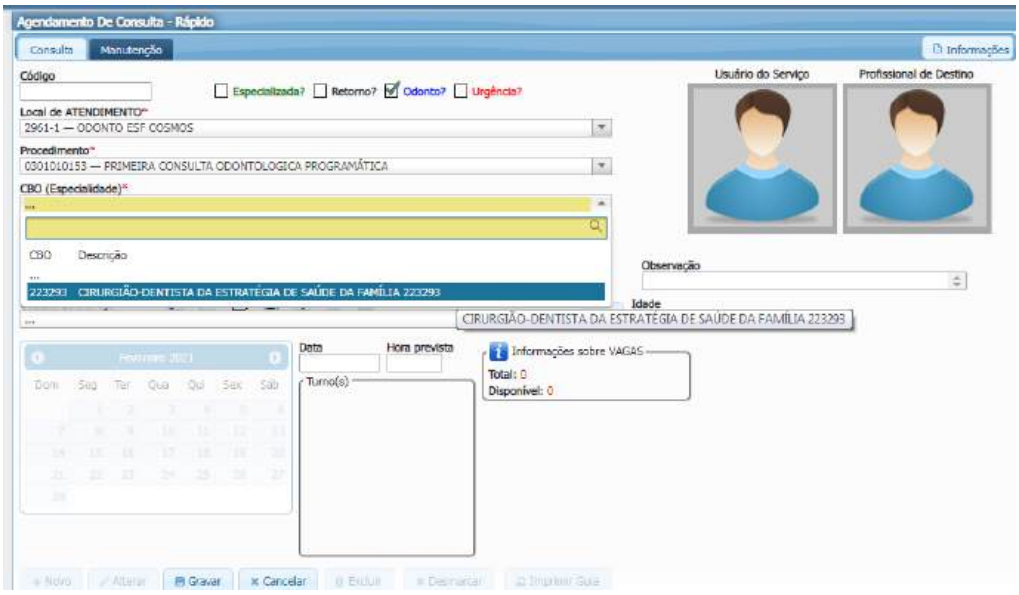


Verificação da última consulta realizada pelo usuário:



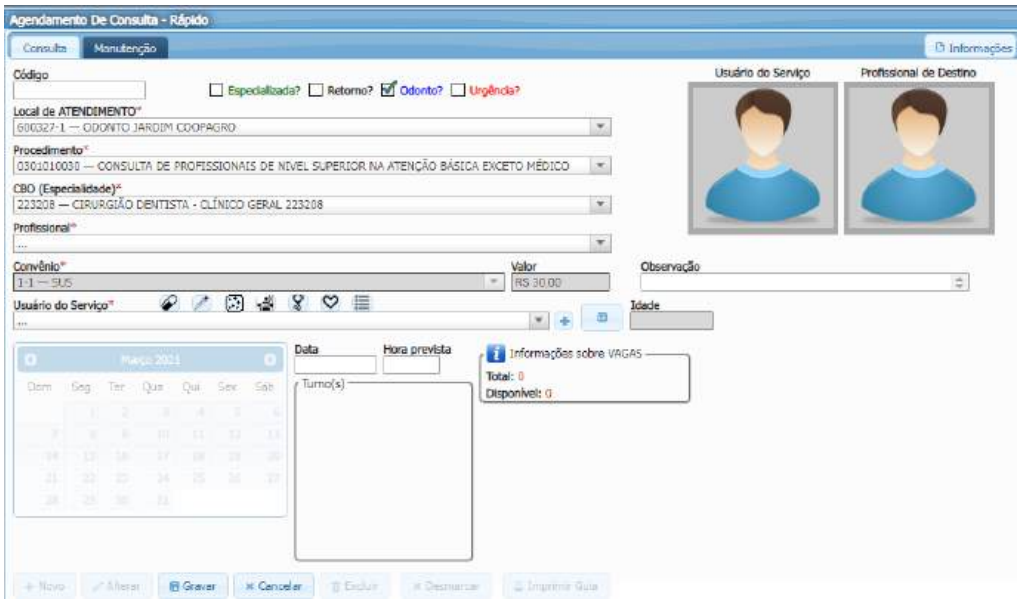
Agendamento da Primeira Consulta Odontológica Programática**:**

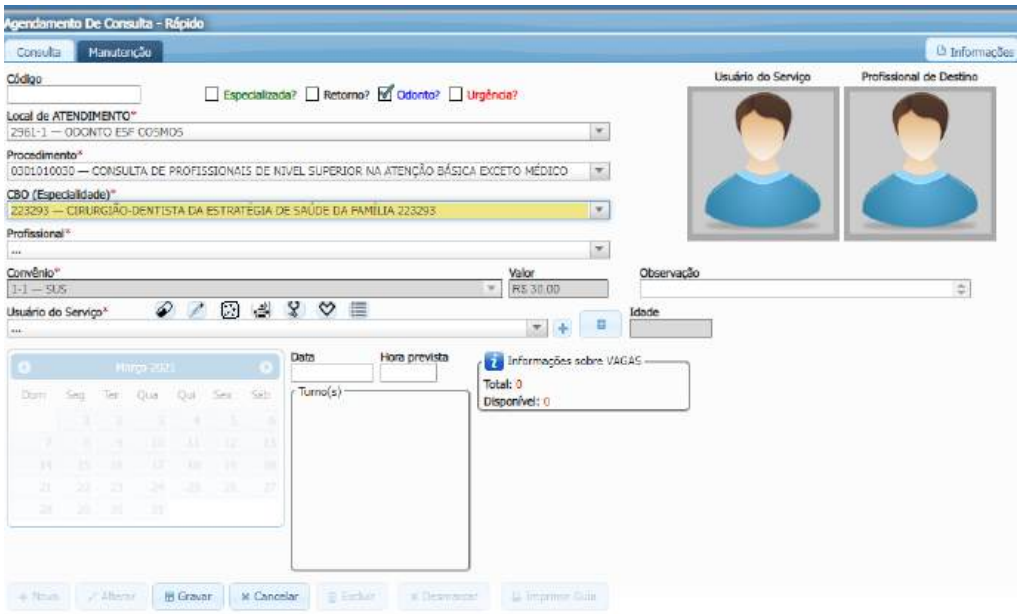




2.2- CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA EXCETO MÉDICO

Esse tipo de consulta é utilizada para registrar as consultas odontológicas, de retorno, de revisão (revisão em um período menor que 1 ano) e demanda espontânea sem dor. Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) ou Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).





2.2.1- *Retorno:* consideramos consulta de retorno aquela que após o atendimento, no dia, pela ESB (Equipe de Saúde Bucal) o paciente entrega na recepção o bilhete solicitando agendamento para retorno (Figura 4), a recepção agenda para o profissional indicado e anota na Carteirinha Odontológica do paciente. Para o agendamento é indispensável a apresentação da carteirinha. Os pacientes com carteirinha são aqueles que já fizeram em algum momento anterior a primeira consulta odontológica programática.

Figura 4- Modelo de Bilhete

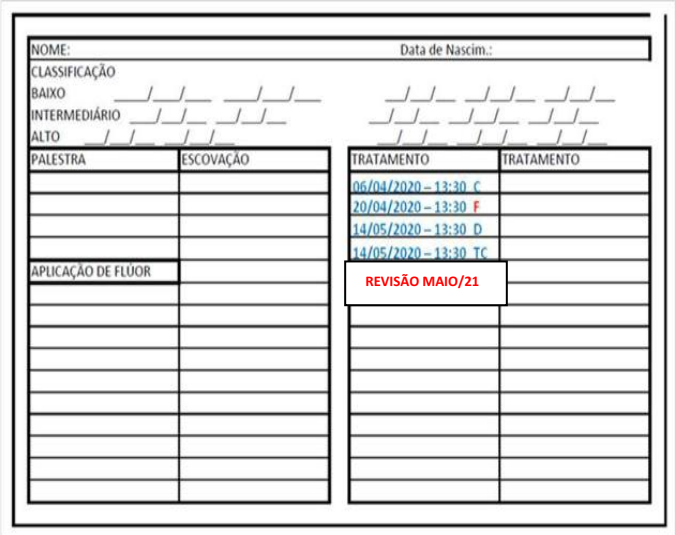
Agendamento Odonto

( ) Primeira Consulta Odontológica Programática
( ) Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto Médico

( ) nome do dentista

( ) nome do dentista

OBS:_____



2.2.2- *Revisão de paciente com carteirinha:* selecionar esta opção de consulta, se a revisão ocorrer antes de 1 ano do primeiro atendimento do tratamento anterior.

2.2.3- *Demanda espontânea sem dor*: é o paciente que procura o atendimento e que não refere dor. O atendimento é para resolver a queixa do dia, não será realizada a primeira consulta odontológica programática (exame clínico e estratificação) e não recebem carteirinha. Os pacientes de demanda que não estão na lista de espera e desejam realizar outros procedimentos não serão agendados, devem procurar atendimento conforme o interesse e disponibilidade de consultas para demanda/urgência. Quando o paciente de demanda/urgência realizar todos os procedimentos necessários receberá uma carteirinha para acompanhamento.

Agendar no sistema com o código: Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, na vaga de demanda/urgência. Se o paciente estiver na lista de espera, no momento da confirmação do agendamento, o sistema apresentará uma mensagem (Figura 5) e o paciente deverá ser removido da lista de espera (Figura 6). Na justificativa para remover da lista de espera deverá ser escrito: "paciente agendado na consulta de demanda/urgência" e clicar em "gravar". Anotar na Guia da Consulta que foi "*retirado da lista de espera"*. Este paciente receberá uma carteirinha e será reagendado para continuidade do tratamento.

Figura 5- Mensagem lista de espera.

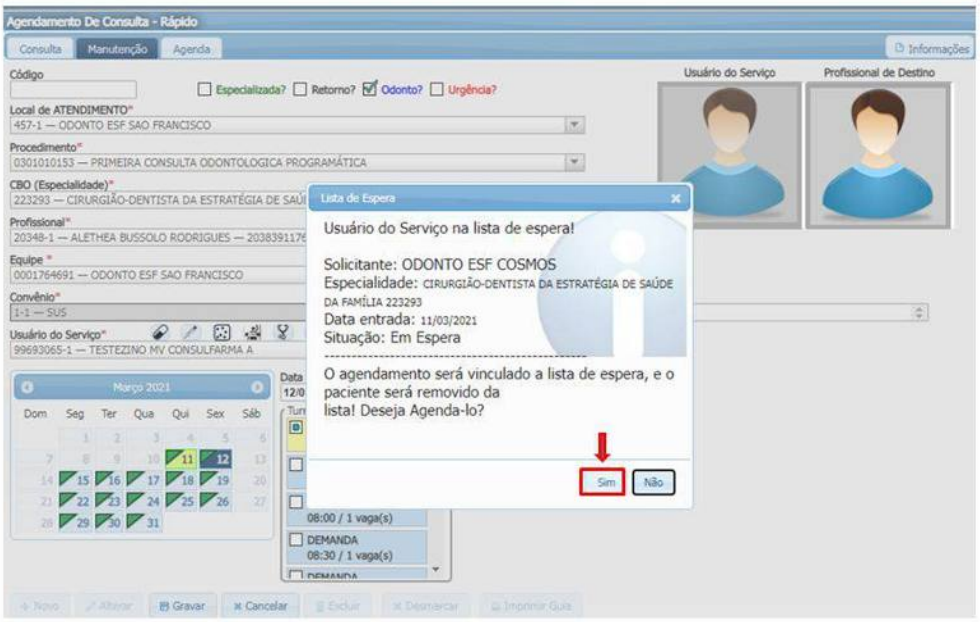
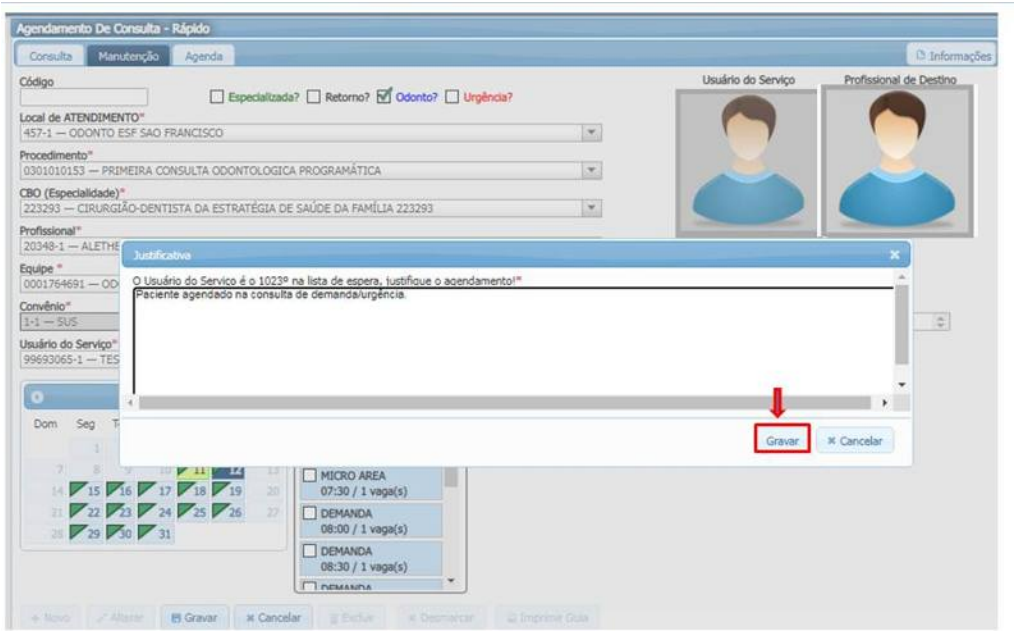


Figura 6- Justificativa para remover paciente da lista de espera



No momento do atendimento odontológico na primeira vez que o paciente buscar o atendimento de demanda sem dor, poderá acontecer as seguintes situações:

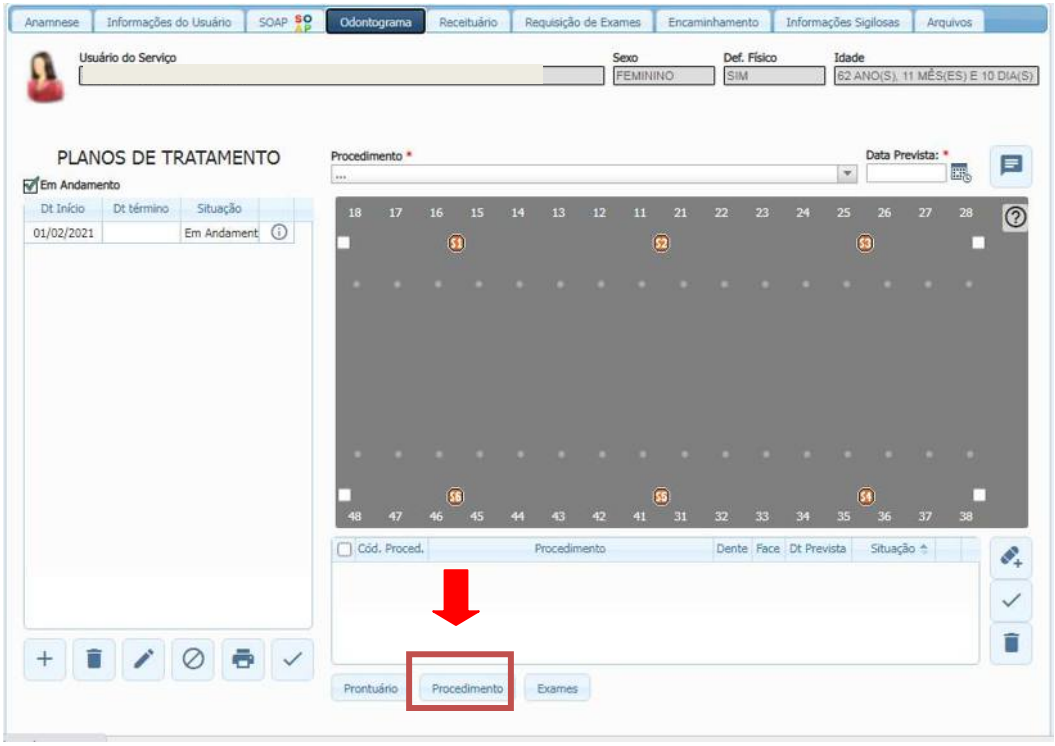
1) UBS sem Lista de Espera: lembrando que esse paciente foi agendado na consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico e o odontólogo atenderá a demanda e registrará o procedimento do dia, na aba

odontograma, mas sem abrir o plano de tratamento, registrará através do botão procedimento (figura 7). Se o paciente tiver necessidade de outros procedimentos será orientado a buscar agendamento através da vaga de demanda ou o profissional poderá solicitar que seja agendado na vaga de agendados como primeira consulta odontológica programática para que nesse dia seja realizado o plano de tratamento e, nas duas situações se o paciente concluir todo o tratamento receberá a carteirinha.

2) UBS com lista de espera: lembrando que esse paciente foi agendado na consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico e o odontólogo atenderá a demanda e registrará o procedimento do dia, na aba odontograma, mas sem abrir o plano de tratamento, registrará através do botão procedimento (figura 7). O paciente que estava na lista receberá uma carteirinha para continuidade do tratamento odontológico.

Nas UBS onde atendem mais de um odontólogo esse paciente que busca fazer o tratamento todo através da vaga de demanda/urgência não precisa ser vinculado a um profissional.

Figura 7- Registro de procedimento demanda espontânea sem dor.



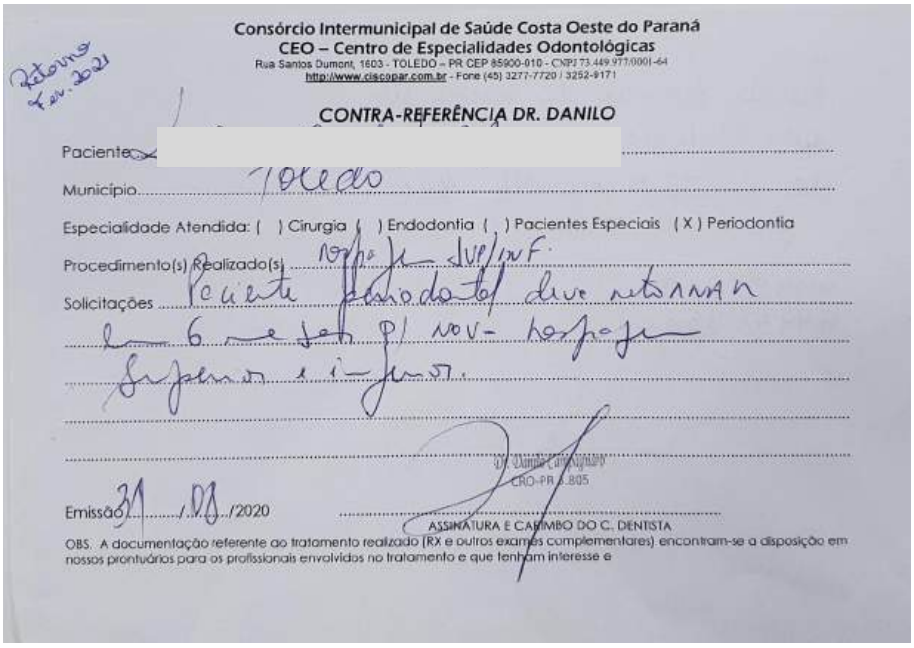
2.2.4 - *Retirada de ponto/sutura:* considerar o paciente como demanda sem dor e verificar as seguintes possibilidades:

A - Unicamente retirada de pontos: encaixar na agenda (vaga extra) sem utilizar vaga de consulta, mediante conversa prévia com a equipe. Nas UBS que tem atendimento de TSB, a profissional pode realizar a remoção de sutura. Importante verificar a data de solicitação da remoção da sutura.

B - Paciente refere outra necessidade além da retirada de pontos/sutura: agendar na vaga de demanda/urgência sem dor.

2.2.5 - Contrarreferência do CEO na UBS com Equipe de Saúde Bucal (Figura 8)**:** **v**erificar com a equipe de saúde bucal sobre a solicitação e agendar como *Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico*, na vaga de agendado ou demanda, pois este paciente necessitará de avaliação, encaminhamentos e/ou procedimentos. Exceto quando na contrarreferencia estiver solicitando retirada de ponto/sutura (verificar no item 2.2.4).

Figura 8- Modelo de Contrarreferência CEO.



Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
Rua Santos Dumont, 1603 - TOLEDO – PR CEP 85900-010 - CNPJ 73.449.977/0001-64
http://www.ciscopar.com.br - Fone (45) 3277-7720 / 3252-9171

CONTRA-REFERÊNCIA DR. DANILO

Paciente [redacted]

Município Toledo

Especialidade Atendida: ( ) Cirurgia ( ) Endodontia ( ) Pacientes Especiais (X) Periodontia

Procedimento(s) Realizado(s) Raspa + Alis/Inf.

Solicitações Paciente [illegible] deve retornar em 6 meses p/ nova raspagem supragengival.

CRO-PR [illegible]

Emissão 31/03/2020

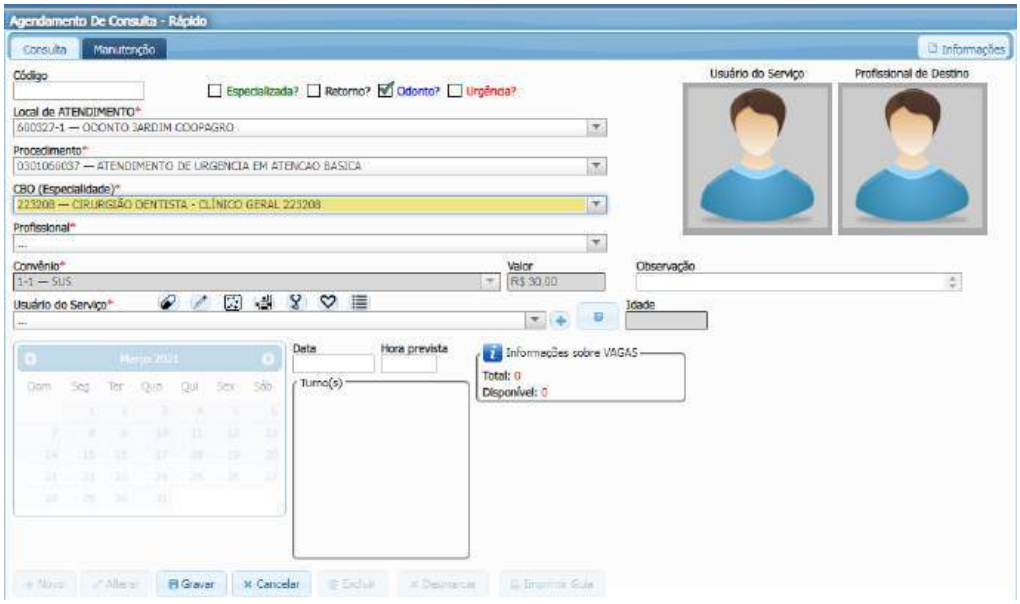
ASSINATURA E CARIMBO DO C. DENTISTA

OBS. A documentação referente ao tratamento realizado (RX e outros exames complementares) encontram-se a disposição em nossos prontuários para os profissionais envolvidos no tratamento e que tenham interesse e

2.2.6 - Contrarreferência do CEO na UBS sem Equipe de Saúde Bucal: enviar para Secretaria de Saúde. Obs.: Exceto caso de remoção de sutura, o qual deve referenciar o paciente para uma UBS que tem dentista para remover a sutura no dia solicitado.

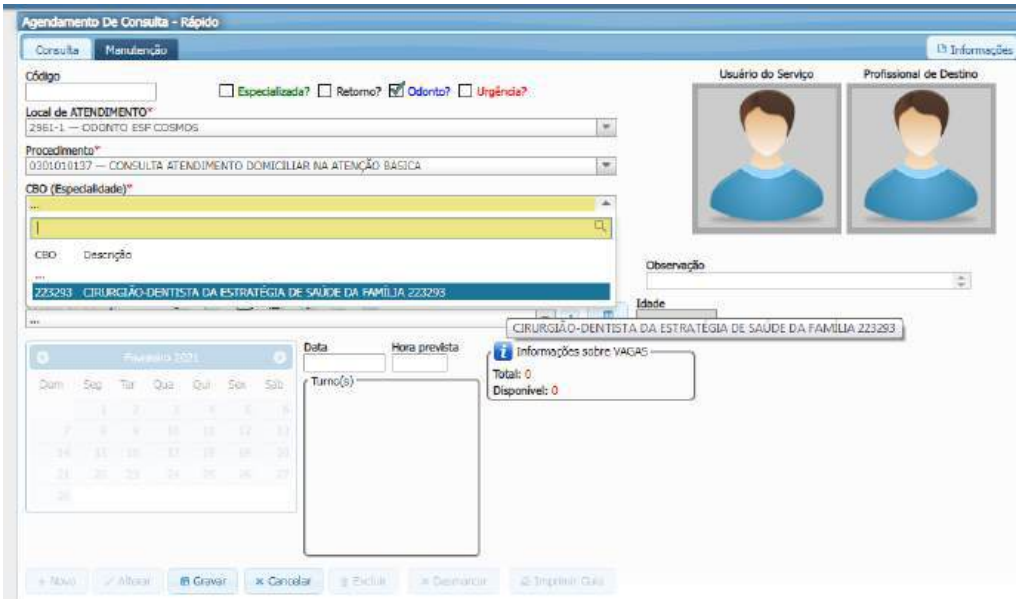
2.3- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida. Este tipo de consulta será utilizada nos casos de demanda espontânea com dor. As urgências que excederem as vagas de consultas do dia deverão ser estratificadas pela equipe de saúde bucal (ESB). A recepção deverá solicitar a estratificação e verificar a possibilidade de atendimento pela ESB.



2.4- CONSULTA ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) e Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).



A realização da consulta domiciliar depende de vários fatores, entre eles a reserva do transporte (carro) para levar a equipe até o domicílio do paciente. A organização da visita domiciliar deve ser realizada pela ESB juntamente com a gerência/ enfermeiro e/ou equipe da UBS.

2.5 – PRÉ - CONSULTA

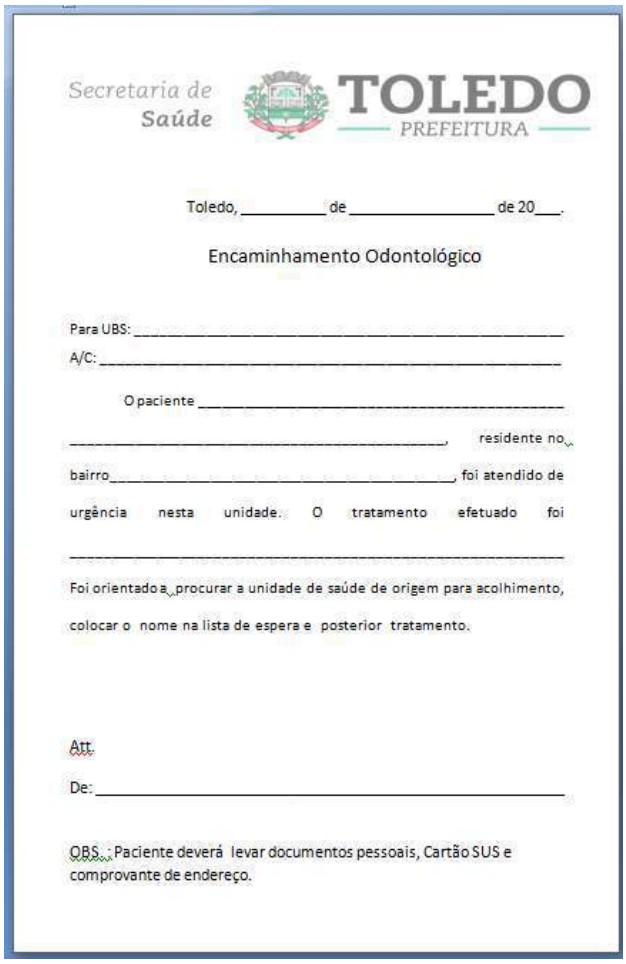
Os pacientes deverão realizar a pré-consulta antes de todos os atendimentos odontológicos e deverá ser lançado no sistema as informações com relação a pré-consulta, assim como as informações "chegou" ou "faltante".

2.6 - PARTICULARIDADES DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

2.5.1- Crianças acima de 36 meses, adultos e idosos: agendar na vaga de demanda/urgência, caso não tenha mais vaga no dia, orientar que venha até conseguir consulta. Se tiver queixa de dor e acabaram as vagas de demanda/urgência chamar profissional da saúde bucal para estratificar a urgência.

2.5.2- Pacientes de outra unidade sem dor: Orientar e encaminhar com carta para a UBS de origem, (figura 7).

Figura 8- Formulário para encaminhamentos



Secretaria de Saúde

TOLEDO
PREFEITURA

Toledo, _____ de _____ de 20___.

Encaminhamento Odontológico

Para UBS: _____

A/C: _____

O paciente _____

_____, residente no

bairro_____, foi atendido de

urgência nesta unidade. O tratamento efetuado foi

_____

Foi orientado a procurar a unidade de saúde de origem para acolhimento,

colocar o nome na lista de espera e posterior tratamento.

Att.

De: _____

OBS.: Paciente deverá levar documentos pessoais, Cartão SUS e comprovante de endereço.

2.5.3- Faltante: após 1 falta sem justificativa o paciente perde a continuidade de tratamento. Se o paciente apresentar atestado médico ou ligar com antecedência poderá ser realizado o reagendamento.

Em casos de faltas de gestantes e bebês, fazer registro no SIGSS e informar a equipe responsável para tomar as devidas providências, busca ativa se possível.

Caso o paciente faltou na última consulta e estiver buscando reagendamento, anotar na carteirinha (F) em vermelho na data da falta. Se ultrapassar a quantidade permitida de falta, NÃO agendar. Invalidar a carteirinha e o paciente perde o direito ao tratamento agendado. Será orientado a retornar e tentar atendimento nas vagas de demanda/urgência. Terminando o tratamento recebe outra carteirinha.

2.5.4- Tratamento interrompido e mês de revisão atrasado: Paciente que abandonou o tratamento ou está retornando após o mês indicado na carteirinha. O prazo limite para o paciente agendar a será de 30 dias após o mês anotado na carteirinha, salvo casos com justificativa (atestado médico). Se ultrapassar o prazo para agendamento, a carteirinha será invalidada e o paciente perde o direito ao tratamento

agendado. Será orientado a retornar para atendimento nas vagas de demanda/urgência e finalizando o tratamento receberá outra carteirinha.

2.5.5- Carteirinha antes do mês de revisão: Agendar para tratamento e utilizar a Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico.

2.5.6- Encaminhamento Odontológico de uma UBS para outra UBS: é importante verificar o cadastro do paciente antes de referenciar. Quando o paciente tem encaminhamento odontológico de outra unidade de saúde há duas situações:

1ª) Chamado da lista de espera: O nome do paciente estava na lista de espera de outra unidade de saúde e foi encaminhado por escrito à unidade de origem. Agendar para tratamento como Primeira consulta odontológica programática.

Nos casos onde o paciente mudou de endereço e pertence a uma UBS sem equipe de saúde bucal, o mesmo tem o direito de fazer o tratamento na UBS onde estava na lista de espera.

2ª) Atendimento de Urgência: Paciente foi atendido de urgência em outra unidade de saúde e foi encaminhado de volta para a unidade de origem. Utilizar a vaga de demanda/Urgência.

Quando houver a necessidade de encaminhar algum paciente para atendimento de urgência para outra UBS, deve-se primeiramente ligar e conversar com a equipe da UBS da outra UBS, para evitar deslocamentos desnecessários.

* Solicitar ao usuário: RG, cartão SUS, Comprovante endereço atualizado. * Encaminhar paciente sempre por escrito.

3 - LISTA DE ESPERA

A lista de espera não será alimentada.

Os agendamentos dos pacientes da lista de espera acontecerão em duas situações.

1) Agendamento em dias específicos (ver modelo de agenda) na agenda para início do tratamento. O paciente será avisado através de contato telefônico e deverá se digirir até a UBS para o agendamento. O paciente receberá a carteirinha após a conclusão do tratamento.

2) Pacientes que buscaram o atendimento e foram agendados na vaga de demanda/urgência serão excluídos da lista de espera. Esses pacientes receberão a carteirinha para continuidade do tratamento.

3) Após o contato telefônico para informar sobre o agendamento do paciente, se o mesmo tiver que buscar encaminhamento na UBS. Deve-se remover o nome da lista e justificar escrevendo que foi avisado sobre buscar o encaminhamento e realizar o agendamento na UBS do seu território.

4) O contato com o pacientes de lista de espera será através de ligação telefônica, mensagem de whatsapp e/ou busca ativa com ACS.

4- ESTRUTURA DA AGENDA DO ODONTÓLOGO

- Consultas a cada 30 minutos, distribuídas entre consultas agendadas, demanda/urgência.
- Agendamento da primeira consulta para pacientes da lista de espera: 2 períodos (manhã ou tarde) e quando possível, realizar o agendamento dos pacientes de lista um período de manhã e outro a tarde. A primeira consulta odontológica será agendada a cada 15 minutos para realizar somente exame clínico, estratificação e orientações. Orientar pacientes sobre a finalidade da primeira consulta.
- Para pacientes com carteirinhas, será indispensável a apresentação da mesma para o agendamento.
- Impressão da guia de consulta para pacientes de demanda/urgência.
- Pacientes de demanda/urgência e da lista de espera que finalizarem o tratamento receberão carteirinha para acompanhamento após o tratamento concluído.

Segue abaixo exemplos de agendas:

Cirurgião-Dentista T8 – 40h			
Horário	**Consulta**	**Horário**	**Consulta**
08:00	Agendado	13:30	Agendado
08:30	Demanda/Urgência	14:00	Demanda/Urgência
09:00	Agendado	14:30	Agendado
09:30	Agendado	15:00	Agendado
10:00	Demanda/Urgência	15:30	Demanda/Urgência
10:30	Demanda/Urgência	16:00	Demanda/Urgência
Estratificar	Urgências extras	Estratificar	Urgências extras
Cirurgião-Dentista T8 – 40h(lista de espera)			
Horário	**Consulta**	**Horário**	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *	13:30	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *	13:45	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *	14:00	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *	14:15	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *	14:30	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *	14:45	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *	15:00	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *	15:15	1ª. Consulta OP *
10:00	1ª. Consulta OP *	15:30	1ª. Consulta OP *
10:15	1ª. Consulta OP *	15:45	1ª. Consulta OP *
10:30	1ª. Consulta OP *	16:00	1ª. Consulta OP *
10:45	1ª. Consulta OP *	16:15	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica Programática

Cirurgião-Dentista T4 – 20h	
Horário	**Consulta**
08:00	Agendado
08:30	Demanda/Urgência
09:00	Agendado
09:30	Demanda/Urgência
10:00	Agendado
10:30	Agendado
11:00	Demanda/Urgência
11:30	Demanda/Urgência
Estratificar	Urgências extras

Cirurgião-Dentista T4 – 20h	
Horário	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *
10:00	1ª. Consulta OP *
10:15	1ª. Consulta OP *
10:30	1ª. Consulta OP *
10:45	1ª. Consulta OP *
11:00	1ª. Consulta OP *
11:15	1ª. Consulta OP *
11:30	1ª. Consulta OP *
11:45	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica Programática

Cirurgião-Dentista T2 – 10h	
Horário	**Consulta**
08:00	Agendado
08:30	Demanda
09:00	Agendado
09:30	Demanda
Estratificar	Urgências extras

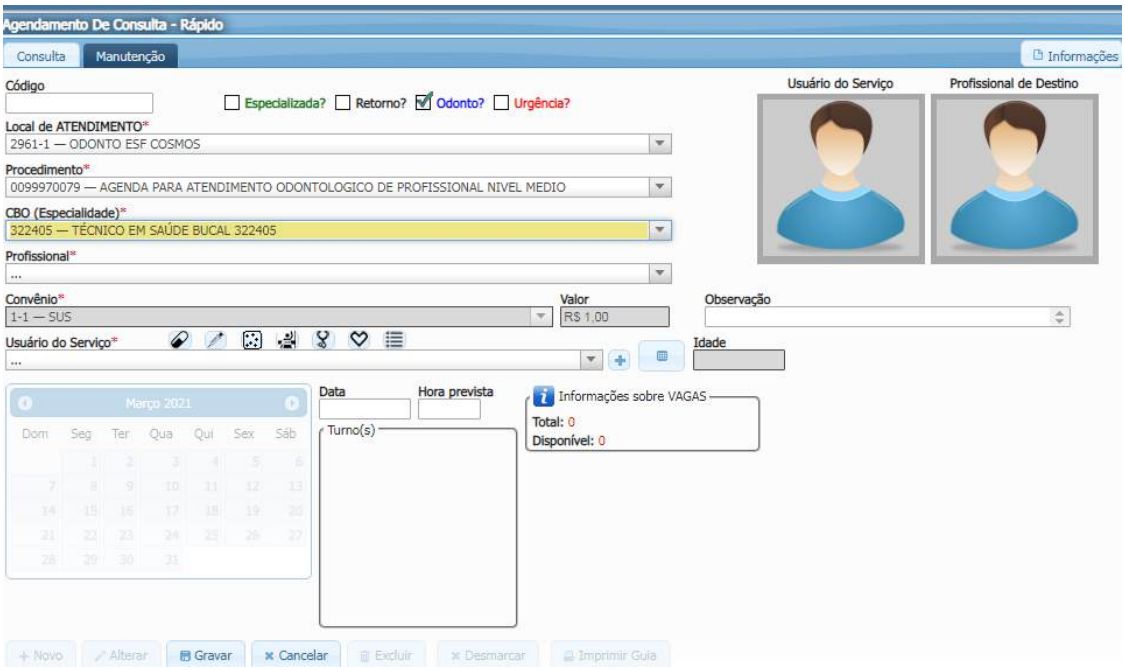
Cirurgião-Dentista T2 – 10h	
Horário	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica Programática

5 - ESTRUTURA DA AGENDA DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

Dentre as atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB) está a realização alguns procedimentos odontológicos clínicos mediante supervisão de um Odontólogo. Utilizar a opção: Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio. Escolher o CBO 322405- Técnico em Saúde Bucal, nome do profissional e nome do usuário.

A organização da agenda do Técnico em Saúde Bucal deverá coincidir com a agenda do Odontólogo supervisor responsável, quanto ao horário e o número de consultas, as consultas serão a cada 30 minutos.



6- ENCAMINHAMENTOS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS:

6.1- *Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo dentista da UBS:* deve ser enviado para a Secretaria de Saúde.

Especialidades:

223268 - Cirurgião Dentista- Traumatologista Bucomaxilofacial

223212 - Cirurgião Dentista- Endodontista

22322 - Cirurgião Dentista-Estomatologista

223288 - Cirurgião Dentista- Odontologia para Pacientes com necessidades Especiais

223236 - Cirurgião Dentista- Odontopediatra

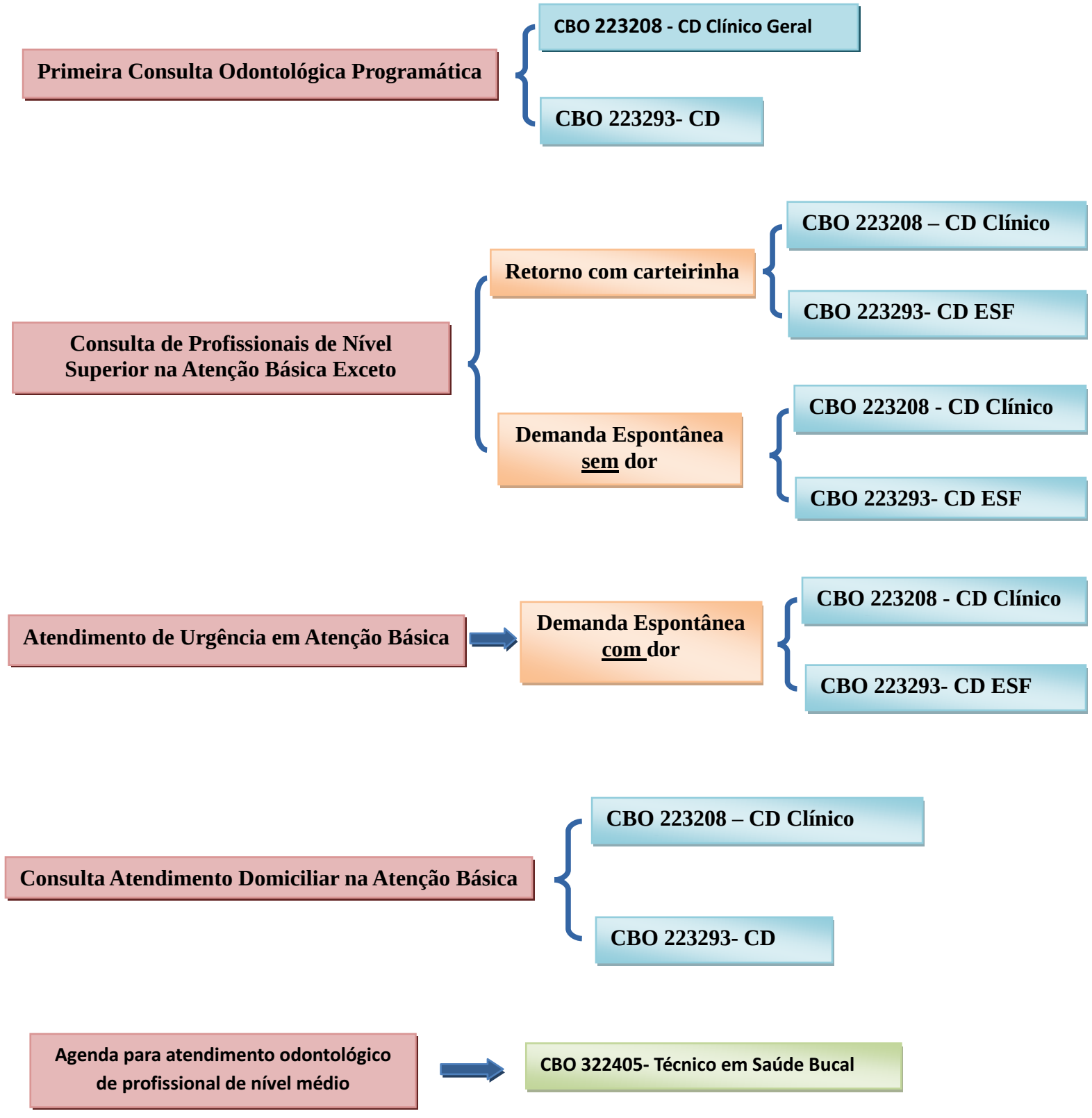
223248 - Cirurgião Dentista- Periodontista

223256 - Cirurgião Dentista- Protesista

6.2- *Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo médico* (UBS, UPA, PAM, CISCOPAR): os pacientes devem ser avaliados pelo dentista da UBS do seu território ou UBS Referência (onde não tem dentista).

6.3- *Encaminhamento e solicitação de agendamento para o Hospital Bom Jesus*: o paciente deve ser orientado a procurar o atendimento diretamente no Hospital Bom Jesus. Contato: Núcleo Interno de Regulação – 2103-2033.

REGISTRO DAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS



Legenda: CD- Cirurgião Dentista

ESF- Estratégia da Saúde da Família

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm_> Acesso em: 18 fev.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª Ed. Brasília, 2013. 56 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 18 fev.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018. 350 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> Acesso em: 18 fev.2021.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprovado por:**
Equipe Técnica Saúde Bucal Secretaria da Saúde Juciliane Angoneze Cesaro – Odontóloga e Coordenadora de Saúde Bucal Aline Claudia Ribeiro Medeiros da Silva - Odontóloga	Equipe de CDs Atenção Básica Secretaria da Saúde Alana Moura Dal Maso Alethea Bussolo Rodrigues Ana Paula Redante Ana Paula Winnikes Carlos Cesario Frana Daniele Fernandes Marin Faccioni Elizangela Marcanzoni Érica Babeto Rodrigues Falkowiski Fabio Mendes Luiz Felipe Zavadski Marcos Vinicius Tamura Maria Gabriela da Silva Marquini Kunkel Roberto Savio Sauer	Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Diretora do Dep. da Rede de Atenção Primária em Saúde Gabriela Almeida Kucharski Ravache - Secretária da Saúde

	Scyllas Roberto Macedo Campos Sergio Y. Noguti	

INDICADORES EMAD 2021

	out/21	nov/21	dez/21	TOTAL	MEDIA
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	46	37	36	119	40
ADMISSÃO NO MÊS	13	15	9	37	12
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB (AD1 ou ESTAVEL AD1)	12	2	2	16	5
ÓBITO	4	3	2	9	3
INTERNAMENTO		4	10	14	7
READMISSÃO			4	4	4
INELEGÍVEL	2	2	1	5	2
PROVENIENTE HOSP/UPA		5	7	12	6
PROVENIENTE EAP		5	3	8	4
INTERCORRENCIA/ PRONTO ATENDIMENTO			8	8	8

RELAT CONSUL/ PROCED/ FICHA DE ATEND DOMIC			
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	299	306	597
PROCEDIMENTOS EMAD	370	1.112	1713
POR PROFISSIONAL			
ELIANA	108/90	89/87	111/115
MARCELO	62/23	44/16	31/4
JESSICA	49/30	42/30	52/50
VITAMIR	31	52	68
DILA	37	30	58
EVA	10	39	48
ROSILDA	32	32	50
ELIANE	0	0	0
DANI	53/31	33/32	46/50
LIDIA	56/31	42/32	30/31
IRACEMA	47/20	39/38	36/37
CLEIDE	0	24	47
JOCE	0	5	52/62

INDICAD

	Jan.	Fev.	Mar
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	37	53	43
ADMISSÃO NO MÊS	9	18	19
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB (AD1 ou ESTAVEL AD1)	3	9	8
ÓBITO	0	12	7
INTERNAMENTO	2	5	3
READMISSÃO	6	3	1
INELEGÍVEL	2	3	4
PROVENIENTE HOSP/UPA	13	19	21
PROVENIENTE EAP	24	34	29
DESOSPITALIZAÇÕES	1		

		RELAT CONSUL/ PROCED/	
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	259	418/516	471/639
PROCEDIMENTOS EMAD	1698	1423	1889
			POR PROFI
ELIANA	55/44	114/100	125/130
JESSICA	32/22	53/43	65/70
VITAMIR	59	27	72
ROSILDA	46	51	70
DANI	60/58	43/42	60/58
LIDIA	48/39	57/48	48/41
IRACEMA	18/18	50/45	61/53
JOCE	09/06	47/46	47/53
MARCELO	37/12	54/4	65/9
EVA	29	51	60
DILA	62	41	60
CLEIDE		30	38
ELIANE			
EDSON			
KELLY			
JOSE JOACY			
JUCIANI			

ORES EMAD 2022

Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
44	42	46	47	45	39	41	38	38	513
12	13	18	12	11	6	13	7	11	149
12	10	8	5	3	6	10	1	4	79
5	4	7	2	0	2	3	3	2	47
0	3	6	5	5	1	4	6	5	45
2	2	0	3	2	2	3	4	1	29
6	8	5	8	12	7	11	10	5	81
24	20	26	29	23	25	28	20	26	274
20	22	20	18	22	14	13	18	12	246
	3								4

FICHA DE ATEND DOMIC								
396/669	468/723	435/570	435/710	508/824	475/799	479/630	435/709	496/707
2299	2541	2161	2.003	2204	2009	1560	1965	1972
SSIONAL								
122/126	145/142	121/79	133/169	110/131	115/115	132/106	102/126	148/150
54/55	64/64	39/37	05/09	08/09	01/01	03/00	06/05	03/02
55	83	69	58	92	82	64	73	27
45	47	47	44	71	31	33	49	59
51/42	58/64	58/57	58/53	71/52	73/64	53/45	59/61	33/29
48/44	53/31	53/29	52/43	58/55	30/30	46/45	43/40	53/25
46/38	54/50	23/23	51/51	26/21	52/58	48/46	43/46	35/38
35/45	50/49	47/42	23/09	57/51	50/53	36/29	35/27	40/36
40/4	44/1	58/0	47/25	89/0	0/5			
45	58	45	16	65	49			
48								
49	0/54	0	40	50	42/8	28/48	32/40	42/46
16	80	65	74	91	88	65	66	75
		36/18	65/52	86/74	55/60	57/47	60/48	72/50
		58	67	62	60	61	46	34
					64/84	76/26	54/43	69/62
						15	39	47

MEDIA
43
12
7
4
4
2
7
23
21
2

INDICADORES EMAD 2023

	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	TOTAL	MEDIA
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	54	56	53	50	58	53	67	77	61	58	52	49	688	57
ADMISSÃO NO MÊS	24	22	8	12	20	19	28	33	18	21	15	11	231	19
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB (AD1 ou ESTAVEL AD1)	7	6	3	9	8	7	7	16	12	7	9	12	103	9
ÓBITO	6	5	2	4	6	2	4	1	2	6	1	3	42	4
INTERNAMENTO	8	6	8	2	1	4	12	9	15	7	10	8	90	8
READMISSÃO	4	2	3	2	1	0	7	0	11	7	3	2	42	4
INELEGÍVEL	8	6	4	3	9	3	5	8	8	5	5	11	75	6
PROVENIENTE HOSP/UPA	42	37	27	37	30	31	37	52	40	20	30	26	409	34
PROVENIENTE EAP	12	19	26	13	28	21	27	22	21	38	22	23	272	23
DESOSPITALIZAÇÕES	20	11	9	8	2	12	18	27	17	13	11	5	153	13
RELAT CONSUL/ PROCED/ FICHA DE ATEND DOMIC														
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	1	534/789	628/961	594/932	721/1103	723/1061	610/1135	757/1146	603/951	654/1055	545/778	545/886		
PROCEDIMENTOS EMAD	2.636	2.162	2.815	2.688	3.419	3.310	3.519	3.326	2.911	3.181	2.204	2.651		
POR PROFISSIONAL														
ELIANA	185/189	124/173	68/24	111/114	172/186	183/241	151/298	197/204	126/119	170/142	144/15	77/74		
EDILENE			54/51	65/68	71/72	84/83	88/98	90/92	85/97	79/80	66/80	70/71		
EDSON	84/54	74/51	81/62	69/63	84/72	77/62	46/38	64/64	71/33	66/51	73/61	117/105		
JOSE JOACY	98/86	71/67	70/64	81/70	79/74	78/68	88/98	74/80	65/68	76/77	55/48	4/4		
VITAMIR	97	70	88	76	80	0	0	39	79	88	62	58		
ELIANE	101	69	75	73	80	97	90	77	71	75	66	71		
KELLY	36	69	79	72	74	46								
RENI	0	10	74	72	85	97	87	70	77	67	74	77		
ROSILDA	52	42	72	67	84	92	79	88	85	72	54	47		
DANI	87/58	56/56	75/91	58/56	73/62	82/51	33/28	74/21	71/27	68/62	35/26	45/33		
LIDIA	46/41	54/41	66/64	53/47	40/39	65/63	70/66	80/72	49/44	61/55	57/53	66/64		
IRACEMA	63/64	57/56	57/56	47/46	60/63	20/20	55/55	58/56	42/40	37/38	46/46	42/42		
CLEIDE	41/34	53/51	67/68	38/38	55/52	55/54	51/48	59/61	49/45	44/46	41/41	34/33		
JOCE	25/20	43/46	58/89	39/43	46/45	54/48	25/27	56/47	41/42	53/48	28/24	53/48		
FERNANDO			23/0	25/24	37/35	23/22		1/0						
JESSICA									4/0			37/8		

INDICADORES EMAD 2024

	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	TOTAL	MÉDIA
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	70	72	69	79	61	63	80						494	71
ADMISSÃO NO MÊS	33	24	34	39	26	25	45						226	32
ALTA PARA AD1	10	17	7	15	12	7	21						89	13
ÓBITO	2	3	10	8	5	6	5						39	6
INTERNAMENTO	8	12	9	10	8	10	6						63	9
READMISSÃO	1	7	4	7	2	4	1						26	4
INELEGÍVEL	5	3	1	8	7	2	13						39	6
PROVENIENTE HOSP-UPA/PAM	27	23	26	43	31	36	49						235	34
PROVENIENTE EAP	43	49	43	36	30	27	31						259	37
DESOSPITALIZAÇÕES não	19	11	14	28	22	27	42						163	23
RELAT CONSUL/ PROCED/ FICHA DE ATEND DOMIC														
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	624/976	538/806	674/961	753/1048	610/879	665/919	727	768	624					
PROCEDIMENTOS EMAD	2.925	2.467	2.869	3.148	2.509	2.740								
POR PROFISSIONAL														
ELIANA	147/160	97/96	181/110	192/145	149/168	119/145								
EDSON	41/14	75/49	71/44	85/55	4/0	10/0								
EDILENE	91/85	49/45	95/96	80/82	59/51	38/35								
JESSICA	22/10	11/3	13/3	10/3	84/47	89/63								
JOSE JOACY	104/95	89/86	93/95	86/79	75/65	73/70								
VITAMIR	90	78	74	80	65	60								
MARLENE	67	54	58	47	65	59								
JOELMA	77	71	105	87	76	68								
ROSELI			51	86	72	73								
RENI	80	86	78	86	56	70								
ROSILDA	82	85	82	92	68	42								
DANI	86/7	74/20	72/15	55/21	80/28	68/30								
LIDIA	72/62	43/40	61/56	83/76	9/8	81/74								
IRACEMA	48/50	48/47	58/59	58/58	55/51	60/46								
GENI				47/0	47/15	68/28								
JOCELAINE	13/12	42/42	30/28	57/51	50/44	59/56								
FERNANDO														

INDICADORES EMAD 2024

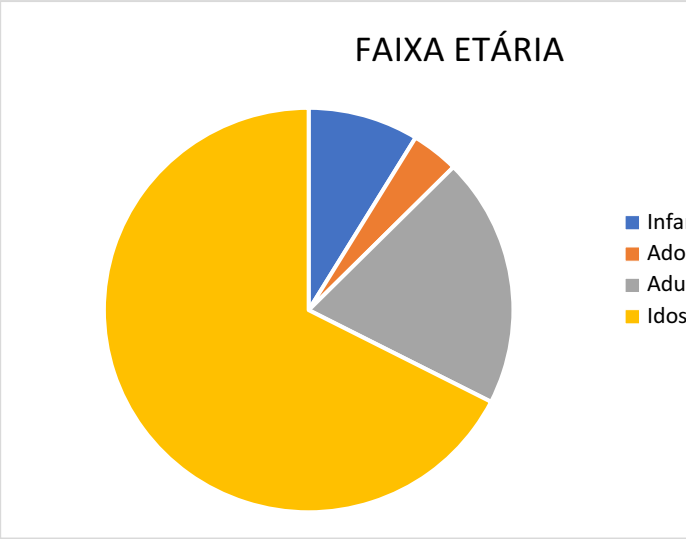
	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	TOTAL	MÉDIA
NÚMERO DE CONSULTAS	624	538	674	753	610	665	727	768	624				5.983	665
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	70	72	69	79	61	63	80	82	69				645	72
PACIENTES MÊS SETEMBRO	35	29	34	43	27	28	46	47	34				323	36
Nº SOLICITAÇÃO AVALIAÇÃO	34	24	34	42	26	25	45	44	26				300	33
READMISSÃO	1	7	4	2	2	3	1	3	8				31	3
INELEGÍVEL	8	7	1	15	7	7	15	10	6				76	8
ADMISSÕES PROVENIENTE HOSPITAIS	13	6	17	12	10	10	21	20	13				122	14
ADMISSÕES PROVENIENTE PAM/ UPA	3	5	7	7	2	3	4	5	7				43	5
ADMISSÕES PROVENIENTE ESF/ Familia/ UBS	11	11	9	8	8	8	6	12	8				81	9
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB (AD1 ou ALTA CLINICA)	9	18	4	7	10	7	21	18	9				103	11
INTERNAMENTO	8	12	7	6	7	10	6	12	9				77	9
ÓBITO	3	3	7	5	5	6	5	9	4				47	5

RELAT CONSUL/ PROCED/ FICHA DE ATEND DOMIC												
POR PROFISSIONAL												
ELIANA	147/160	97/96	181/110	192/145	149/168	119/145						
EDSON	41/14	75/49	71/44	85/55	4/0	10/0						
EDILENE	91/85	49/45	95/96	80/82	59/51	38/35						
JESSICA	22/10	11/3	13/3	10/3	84/47	89/63						
JOSE JOACY	104/95	89/86	93/95	86/79	75/65	73/70						
VITAMIR	90	78	74	80	65	60						
MARLENE	67	54	58	47	65	59						
JOELMA	77	71	105	87	76	68						
ROSELI			51	86	72	73						
RENI	80	86	78	86	56	70						
ROSILDA	82	85	82	92	68	42						
DANI	86/7	74/20	72/15	55/21	80/28	68/30						
LIDIA	72/62	43/40	61/56	83/76	9/8	81/74						
IRACEMA	48/50	48/47	58/59	58/58	55/51	60/46						
GENI				47/0	47/15	68/28						
JOCELAINE	13/12	42/42	30/28	57/51	50/44	59/56						
FERNANDO												
EQUIPE												
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	624/976	538/806	674/961	753/1048	610/879	665/919	727	768	624			
PROCEDIMENTOS EMAD	2.925	2.467	2.869	3.148	2.509	2.740						

Do total de Pacientes Julho 2024

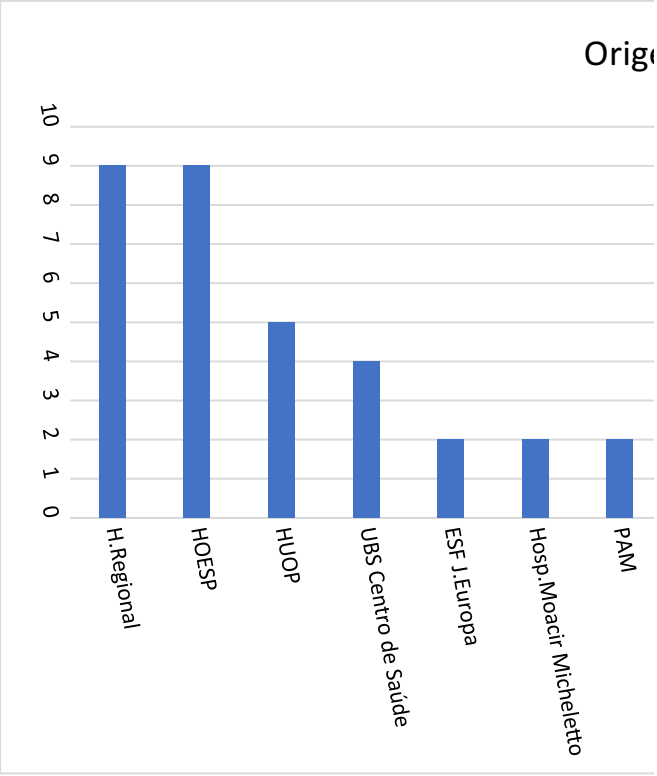
FAIXA ETÁRIA	
Infantil (0-12 anos)	7
Adolescente (13-17 anos)	3
Adulto (18-64 anos)	16
Idoso (65+ anos)	54
TOTAL	**80**

SEXO	
Masculino	36
Feminino	44
TOTAL	**80**

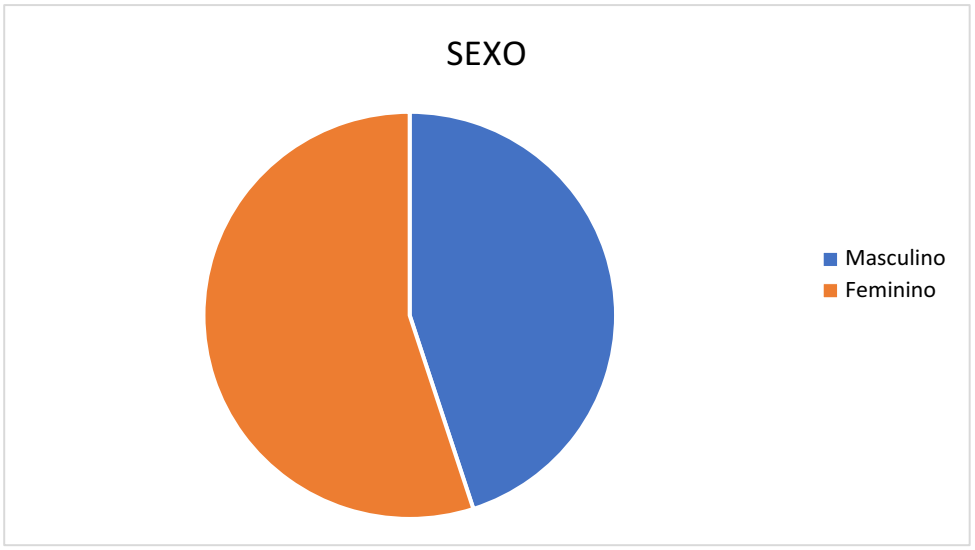


Novos Pedidos Julho 2024

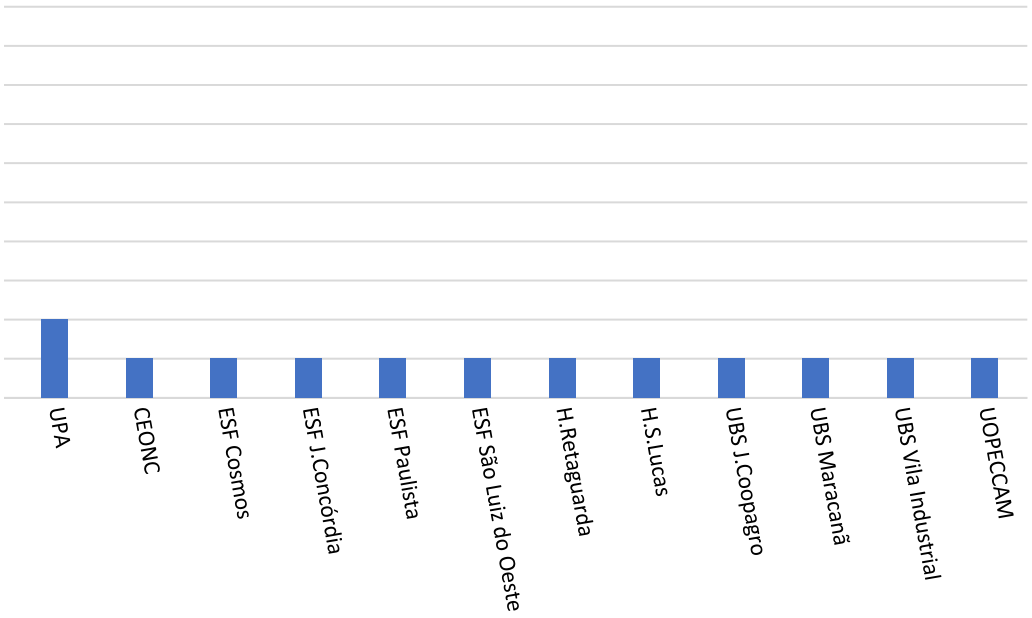
ORIGEM FORMS	
H.Regional	9
HOESP	9
HUOP	5
UBS Centro de Saúde	4
ESF J.Europa	2
Hosp.Moacir Micheletto	2
PAM	2
UPA	2
CEONC	1
ESF Cosmos	1
ESF J.Concórdia	1
ESF Paulista	1
ESF São Luiz do Oeste	1
H.Retaguarda	1
H.S.Lucas	1
UBS J.Coopagro	1
UBS Maracanã	1
UBS Vila Industrial	1
UOPECCAM	1
TOTAL	**46**



ntil (0-12 anos)
lescente (13-17 anos)
lto (18-64 anos)
o (65+ anos)



em Pedidos FORMS Julho 2024

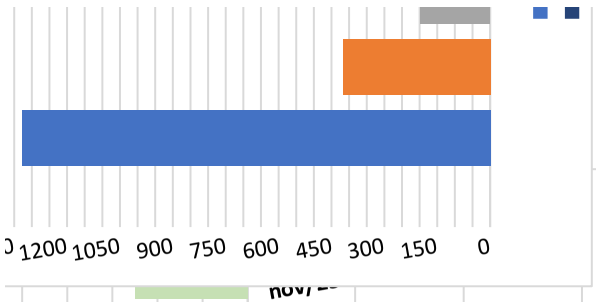


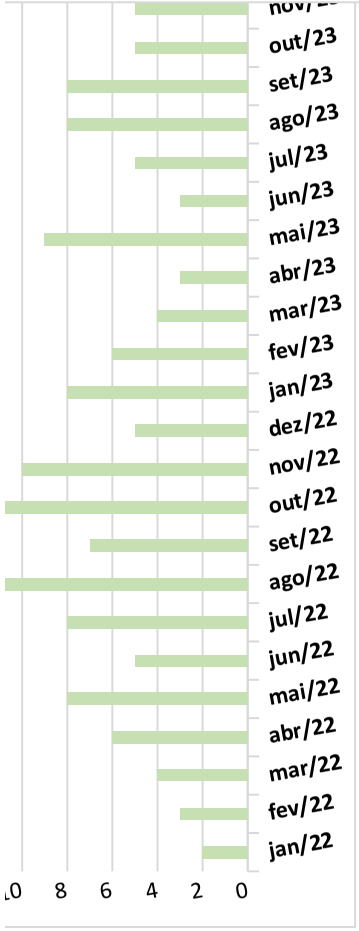
	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	fev/22
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS MENSAL	46	37	36	37	53
ADMISSÃO	13	15	9	9	18
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB	12	2	2	3	9
OBITO	4	3	2	0	12
INTERNAMENTO		4	10	2	5
READMISSÃO			4	6	3
INELEGIVEL	2	2	1	2	3
PROVENIENTE HOSP/URG		5	7	13	19
PROVENIENTE EAP		5	3	24	34
DESOSPITALIZAÇÃO			8	1	
TAXA DE PERMANÊNCIA					
ATENDIMENTOS DOMICILIARES	299	306	597	259	516
PROCEDIMENTOS EQUIPE EMAD	370	1.112	1713	1698	1423

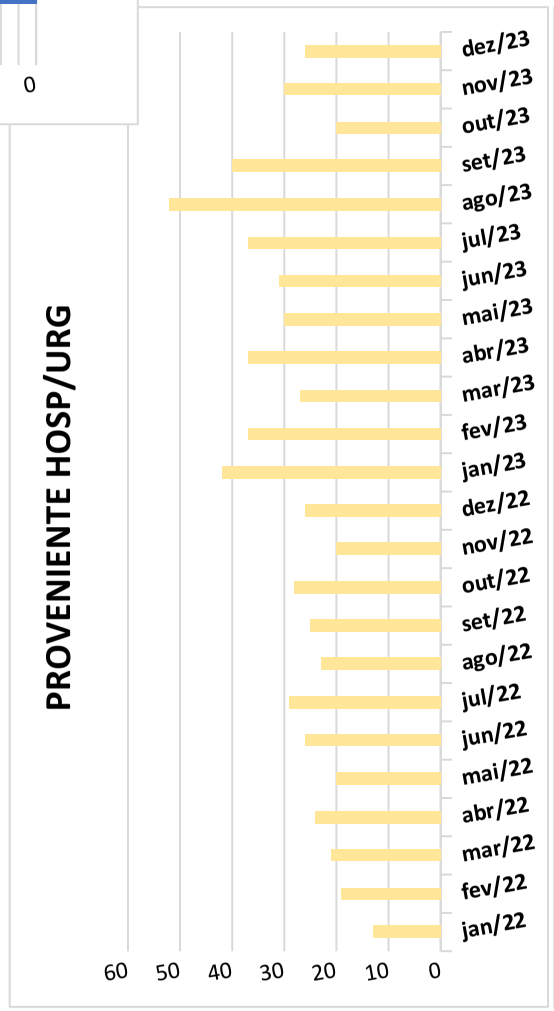
SEXO	
FEMININO	5471
MASCULINO	5861
MODALIDADE AD	
AD1	684
AD2	9145
AD3	1503
CONDIÇÕES DE SAÚDE AVALIADAS MAIS FREQUENTES	
ACAMADO	9699
ULCERA FERIDA	6430
USO DE SONDA PARA ALIMENTAÇÃO/GASTRO	7203
CUIDADOS PALIATIVOS	514
OXIGENOTRAPIA DOMICILIAR	3522
USO DE TRAQUEOSTOMI	2154
SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO	415
MEDICAÇÃO PARAENTERAL	1063

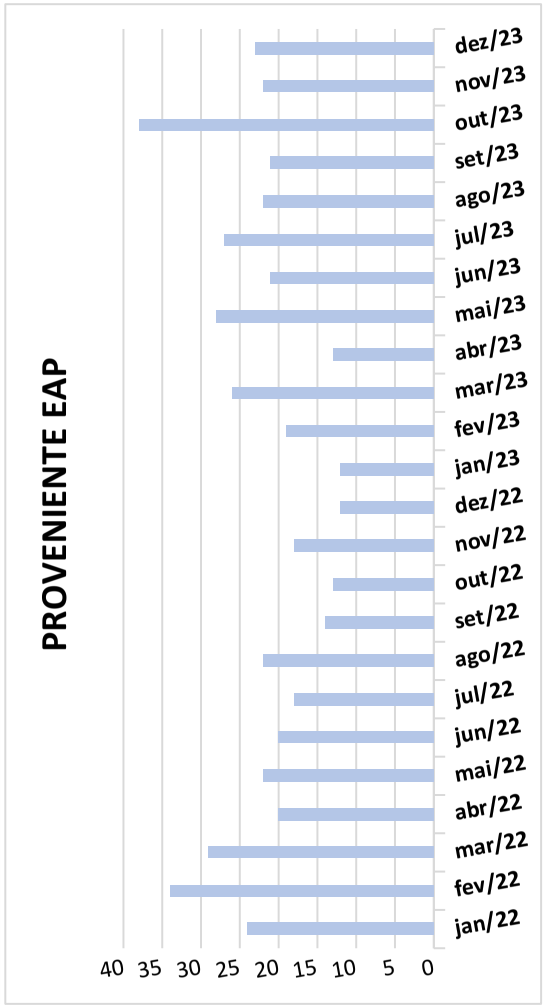


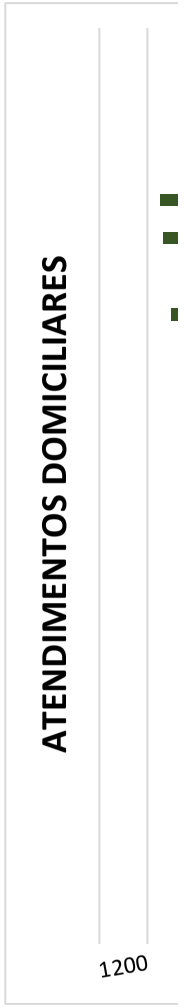


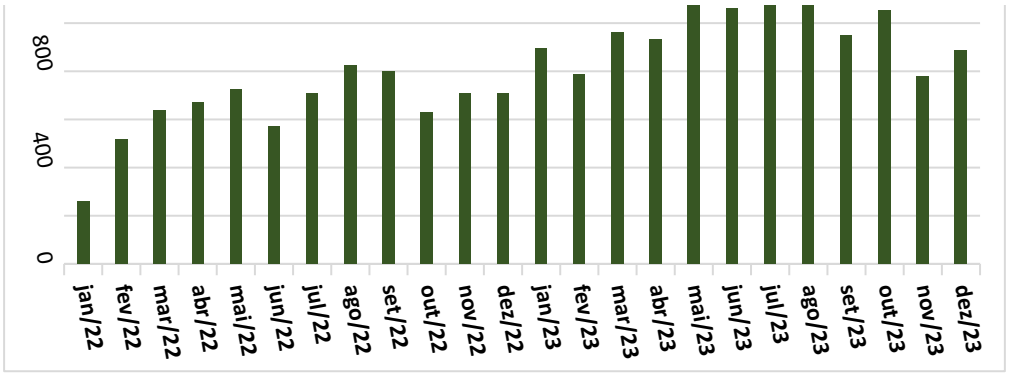

1200 1050 900 750 600 450 300 150 0

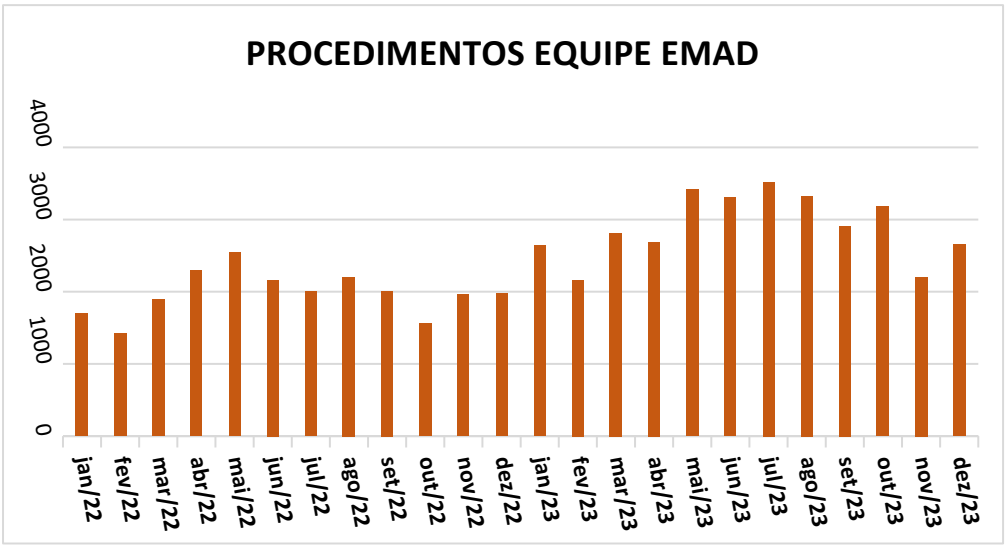

out/23
set/23
ago/23
jul/23
jun/23
mai/23
abr/23
mar/23
fev/23
jan/23
dez/22
nov/22
out/22
set/22
ago/22
jul/22
jun/22
mai/22
abr/22
mar/22
fev/22
jan/22
8 6 4 2 0

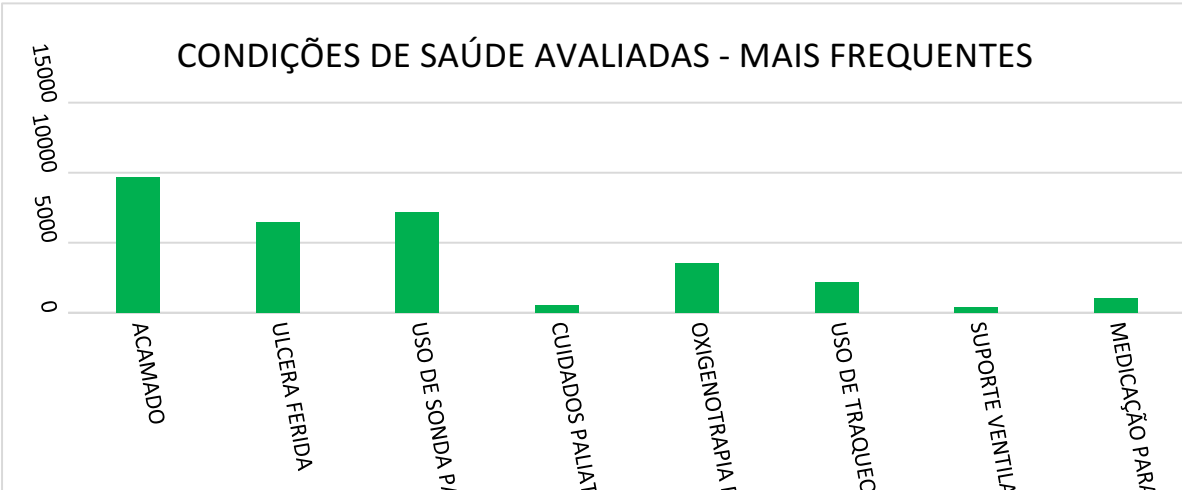

PROVENIENTE HOSP/URG
dez/23
nov/23
out/23
set/23
ago/23
jul/23
jun/23
mai/23
abr/23
mar/23
fev/23
jan/23
dez/22
nov/22
out/22
set/22
ago/22
jul/22
jun/22
mai/22
abr/22
mar/22
fev/22
jan/22
60 50 40 30 20 10 0


PROVENIENTE EAP
dez/23
nov/23
out/23
set/23
ago/23
jul/23
jun/23
mai/23
abr/23
mar/23
fev/23
jan/23
dez/22
nov/22
out/22
set/22
ago/22
jul/22
jun/22
mai/22
abr/22
mar/22
fev/22
jan/22
40 35 30 25 20 15 10 5 0


ATENDIMENTOS DOMICILIARES
1200


0
400
800
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23
mar/23
abr/23
mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23


PROCEDIMENTOS EQUIPE EMAD
0
1000
2000
3000
4000
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23
mar/23
abr/23
mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23


CONDIÇÕES DE SAÚDE AVALIADAS - MAIS FREQUENTES
0
5000
10000
15000
ACAMADO
ULCERA FERIDA
USO DE SONDA P
CUIDADOS PALIAT
OXIGENOTRAPIA
USO DE TRAQUEC
SUPORTE VENTILA
MEDICAÇÃO PAR

ENTERAL

ATÓRIO NÃO INVASIVO

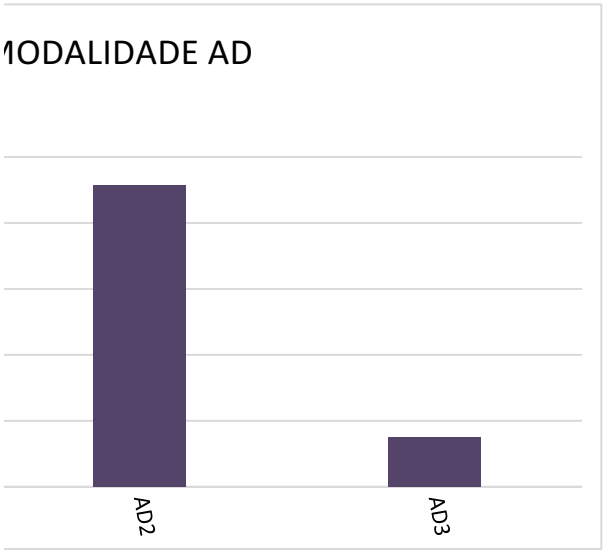
OSTOMI

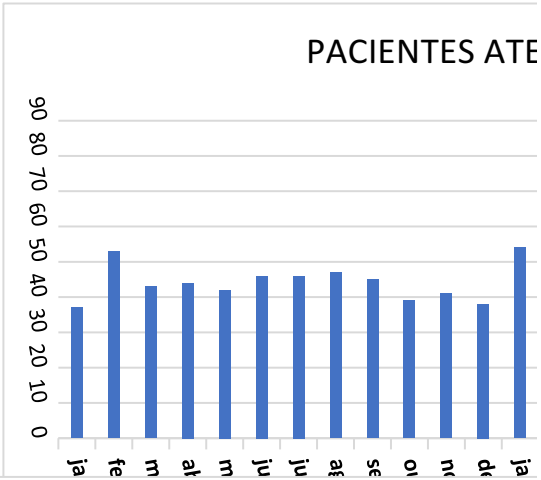
DOMICILIAR

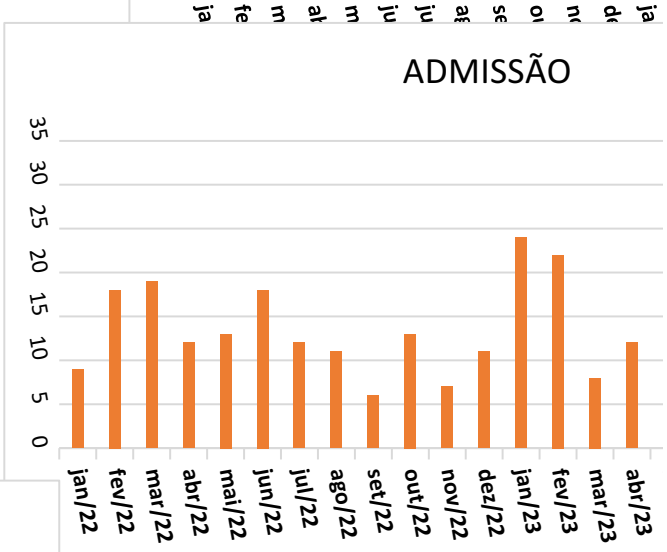
IVOS

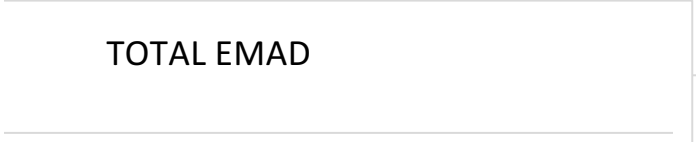
ARA ALIMENTAÇÃO/GASTRO

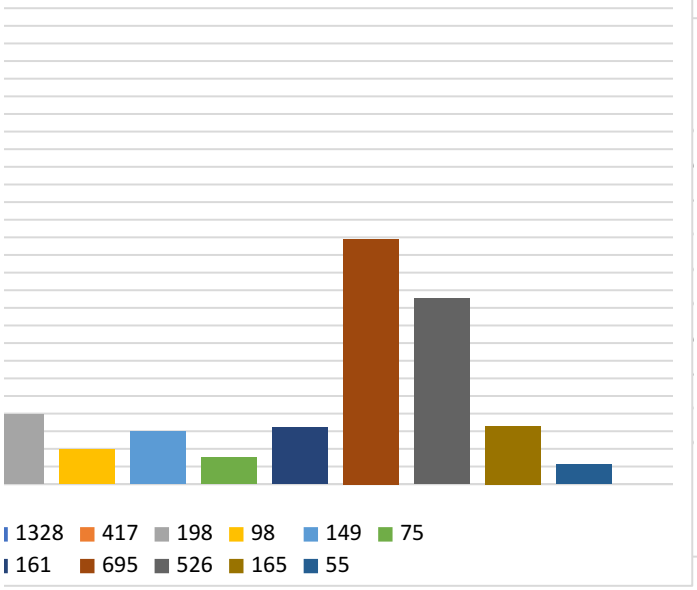
mar/22	abr/22	mai/22	jun/22	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
43	44	42	46	46	47	45	39	41	38
19	12	13	18	12	11	6	13	7	11
8	12	10	8	5	3	6	10	1	4
7	5	4	7	2	0	2	3	3	2
3	0	3	6	5	5	1	4	6	5
1	2	2	0	3	2	2	3	4	1
4	6	8	5	8	12	7	11	10	5
21	24	20	26	29	23	25	28	20	26
29	20	22	20	18	22	14	13	18	12
		3							
639	669	723	570	710	824	799	630	709	707
1889	2299	2541	2161	2.003	2204	2009	1560	1965	1972

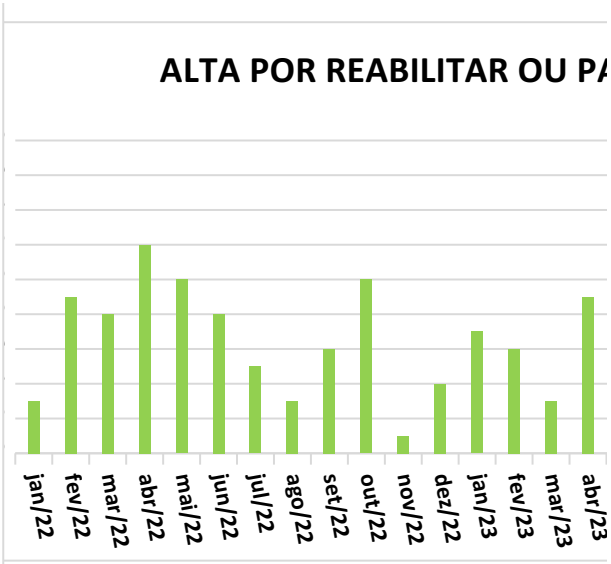


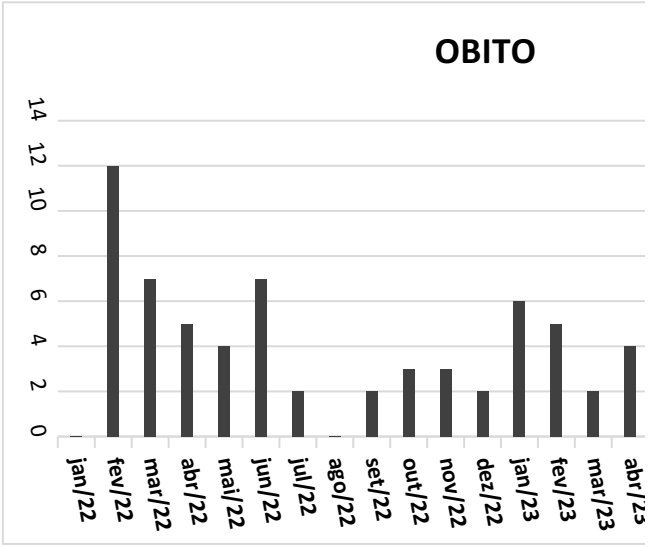


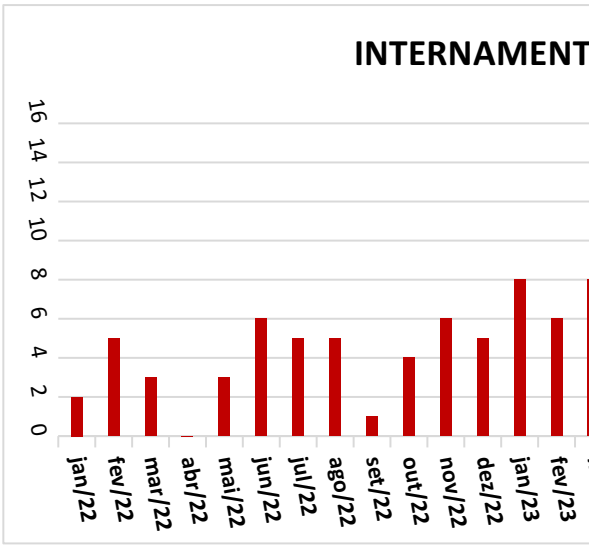





1328
417
198
98
149
75
161
695
526
165
55


ALTA POR REABILITAR OU PA
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23
mar/23
abr/23


OBITO
14
12
10
8
6
4
2
0
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23
mar/23

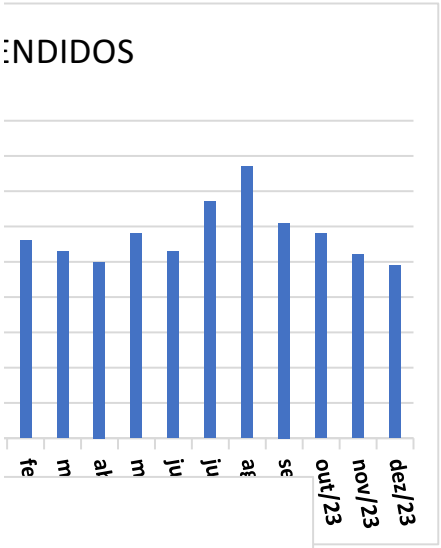

INTERNAMENT
16
14
12
10
8
6
4
2
0
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23

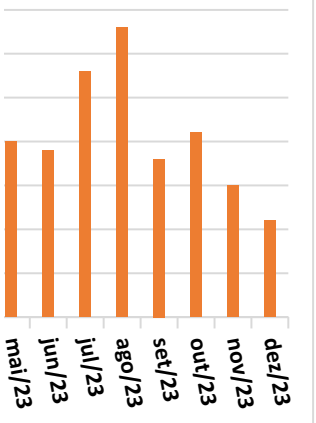
READMISSÃO
12
10
8
6
4
2
0
jan/22
fev/22
mar/22
abr/22
mai/22
jun/22
jul/22
ago/22
set/22
out/22
nov/22
dez/22
jan/23
fev/23

SEXO
6000
5800
5600
5400
5200
FEMININO
MASCULINO

jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	out/23
54	56	53	50	58	53	67	77	61	58
24	22	8	12	20	19	28	33	18	21
7	6	3	9	8	7	7	16	12	7
6	5	2	4	6	2	4	1	2	6
8	6	8	2	1	4	12	9	15	7
4	2	3	2	1	0	7	0	11	7
8	6	4	3	9	3	5	8	8	5
42	37	27	37	30	31	37	52	40	20
12	19	26	13	28	21	27	22	21	38
20	11	9	8	2	12	18	27	17	13
					35	33	36	120	36

894	789	961	932	1.103	1061	1135	1146	951	1055
2.636	2.162	2.815	2.688	3.419	3.310	3.519	3.326	2.911	3.181





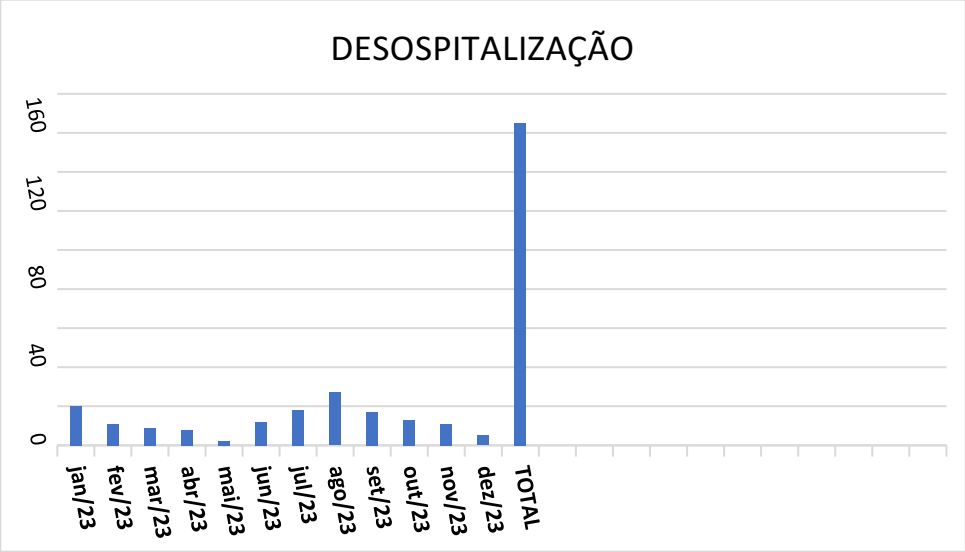
ARA AB
mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23

mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23

O
mar/23
abr/23
mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23

mar/23
abr/23
mai/23
jun/23
jul/23
ago/23
set/23
out/23
nov/23
dez/23

nov/23	dez/23	TOTAL
52	49	1328
15	11	417
9	12	198
1	3	98
10	8	149
3	2	75
5	11	161
30	26	695
22	23	526
11	5	165
40	62,5	55
		0
778	886	20648
2.204	2.651	61741



INDICADORES EMAD 2024

	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24	TOTAL	MÉDIA
NÚMERO DE CONSULTAS	624	538	674	753	610	665	727	768	624				5.983	665
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS	70	72	69	79	61	63	80	82	69				645	72
PACIENTES MÊS SETEMBRO	35	29	34	43	27	28	46	47	34				323	36
Nº SOLICITAÇÃO AVALIAÇÃO	34	24	34	42	26	25	45	44	26				300	33
READMISSÃO	1	7	4	2	2	3	1	3	8				31	3
INELEGÍVEL	8	7	1	15	7	7	15	10	6				76	8
ADMISSÕES PROVENIENTE HOSPITAIS	13	6	17	12	10	10	21	20	13				122	14
ADMISSÕES PROVENIENTE PAM/ UPA	3	5	7	7	2	3	4	5	7				43	5
ADMISSÕES PROVENIENTE ESF/ Familia/ UBS	11	11	9	8	8	8	6	12	8				81	9
ALTA POR REABILITAR OU PARA AB (AD1 ou ALTA CLINICA)	9	18	4	7	10	7	21	18	9				103	11
INTERNAMENTO	8	12	7	6	7	10	6	12	9				77	9
ÓBITO	3	3	7	5	5	6	5	9	4				47	5

RELAT CONSUL/ PROCED/ FICHA DE ATEND DOMIC														
	jan/24		fev/24		mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24	ago/24	set/24	out/24	nov/24	dez/24
POR PROFISSIONAL	**SIGS**	**E-SUS**	**SIGS**	**E-SUS**										
ELIANA	147	160	97/96	181/110	192/145	149/168	119/145							
EDSON	41	14	75/49	71/44	85/55	4/0	10/0							
EDILENE	91	85	49/45	95/96	80/82	59/51	38/35							
JESSICA	22	10	11/3	13/3	10/3	84/47	89/63							
JOSE JOACY	104	95	89/86	93/95	86/79	75/65	73/70							
VITAMIR	0	90	78	74	80	65	60							
MARLENE	0	67	54	58	47	65	59							
JOELMA	0	77	71	105	87	76	68							
ROSELI				51	86	72	73							
RENI	0	80	86	78	86	56	70							
ROSILDA	0	82	85	82	92	68	42							
DANI	86	7	74/20	72/15	55/21	80/28	68/30							
LIDIA	72	62	43/40	61/56	83/76	9/8	81/74							
IRACEMA	48	50	48/47	58/59	58/58	55/51	60/46							
GENI					47/0	47/15	68/28							
JOCELAINE	13	12	42/42	30/28	57/51	50/44	59/56							
FERNANDO														
TOTAL EQUIPE	**624**	**891**												
CONSULTAS EMAD (Consultas / Atendimentos)	624	976	538/806	674/961	753/1048	610/879	665/919	768	624					
PROCEDIMENTOS EMAD	2.925		2.467	2.869	3.148	2.509	2.740							

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º Os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria e nas resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na forma do disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

TÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Art. 2º Este Título dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 1º)

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º)

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 5º)

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º)

Parágrafo Único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

a) possíveis diagnósticos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, a)

b) diagnósticos confirmados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, b)

c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, c)

d) resultados dos exames realizados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, d)

e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, e)

f) duração prevista do tratamento proposto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, f)

g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, g)

h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, h)

i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, i)

j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, j)

k) evolução provável do problema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, k)

l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, l)

m) outras informações que forem necessárias; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, II, m)

III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

a) motivo do atendimento e/ou internação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, a)

b) dados de observação e da evolução clínica; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, b)

c) prescrição terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, c)

d) avaliações dos profissionais da equipe; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, d)

e) procedimentos e cuidados de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, e)

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, f)

g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, g)

h) identificação do responsável pelas anotações; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, h)

i) outras informações que se fizerem necessárias; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IV, i)

V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI)

a) o nome genérico das substâncias prescritas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, a)

b) clara indicação da dose e do modo de usar; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, b)

c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, c)

d) textos sem códigos ou abreviaturas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, d)

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, e)

f) a assinatura do profissional e a data; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VI, f)

VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica deve

ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VII)

VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, VIII)

IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX)

a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, a)

b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, b)

c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, c)

d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, d)

e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da unidade a que está sendo encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, IX, e)

Art. 5º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

a) a integridade física; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, a)

b) a privacidade e o conforto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, b)

c) a individualidade; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, c)

d) os seus valores éticos, culturais e religiosos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, d)

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, e)

f) a segurança do procedimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, f)

g) o bem-estar psíquico e emocional; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, III, g)

IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - a escolha do local de morte; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XI)

XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XII)

XIII - a opção de marcação de atendimento por telefone para pessoas com dificuldade de locomoção; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XIV)

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XV)

XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 4º, Parágrafo Único, XVI)

Art. 6º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º)

I - a escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, I)

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, II)

III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicilio; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, III)

IV - a obtenção de laudo, relatório e atestado médico, sempre que justificado por sua situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, IV)

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, V)

VI - a não-submissão a nenhum exame de saúde pré-admissional, periódico ou demissional, sem conhecimento e consentimento, exceto nos casos de risco coletivo; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VI)

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VII)

VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica e social; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, VIII)

IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, IX)

X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X)

a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, a)

b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, b)

c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, X, c)

XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, XI)

XII - a participação nos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 5º, XII)

Art. 7º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

a) queixas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, a)

b) enfermidades e hospitalizações anteriores; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, b)

c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, c)

d) demais informações sobre seu estado de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I, d)

II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

V - assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, V)

VI - contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VI)

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VII)

VIII - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, VIII)

IX - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IX)

X - ficar atento às para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, X)

XI - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XI)

XII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XII)

XIII - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, XIV)

Art. 8º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º)

§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º)

I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, I)

II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, II)

III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, III)

IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 1º, IV)

§ 2º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º)

I - endereços; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, I)

II - telefones; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, II)

III - horários de funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, III)

IV - ações e procedimentos disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 2º, IV)

§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º)

I - nome do responsável pelo serviço; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, I)

II - nomes dos profissionais; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, II)

III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, III)

IV - ações e procedimentos disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 3º, IV)

§ 4º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 4º)

§ 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º)

I - formas de participação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, I)

II - composição do conselho de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, II)

III - regimento interno dos conselhos; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, III)

IV - Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, IV)

V - data, local e pauta das reuniões; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, V)

VI - deliberações e ações desencadeadas. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 5º, VI)

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 7º, § 6º)

Art. 9º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, comprometem-se a: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação deste Título, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a este Título; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

a) otimizar o financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, a)

b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, b)

c) melhorar as condições de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, c)

d) reduzir filas; e (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, d)

e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 8º, Parágrafo Único, VI, e)

Art. 10. Os direitos e deveres dispostos neste Título constituem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 9º)

Parágrafo Único. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deverá ser disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e na internet, no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 9º, Parágrafo Único)

TÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO

CAPÍTULO I
DA BANDEIRA DO SUS

Art. 11. Fica instituída a Bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 1º)

Art. 12. A Bandeira do SUS possuirá formato retangular e será formada pela associação do símbolo, do logotipo e do nome institucional em azul sobre fundo branco. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º)

§ 1º Os elementos técnicos a serem observados na confecção da Bandeira do SUS deverão estar em consonância com o disposto no Manual de Identidade Visual do SUS vigente. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Bandeira do SUS poderá ser confeccionada em quaisquer dimensões, desde que obedecidas as características e proporções estabelecidas no modelo aprovado por este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 2º, § 2º)

Art. 13. A Bandeira do SUS será hasteada diariamente em todos os prédios dos órgãos e entidades integrantes da estrutura regimental do Ministério da Saúde, em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. As esferas estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS poderão adotar o mesmo procedimento de que trata o "caput" em seus estabelecimentos de saúde, desde que obedecidos os critérios estabelecidos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 82/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (RENASES)

Art. 14. Fica publicada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90, disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º)

§ 1º Esta versão contém as ações e serviços ofertados pelo SUS na data de publicação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, com acréscimo dos novos serviços e ações instituídos posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º As ações e serviços descritos na RENASES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 15. O financiamento das ações e serviços da RENASES será tripartite, conforme pactuação, e a oferta das ações e serviços pelos entes federados deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e regiões, e a escala econômica adequada. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 2º)

Art. 16. A RENASES está organizada nos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º)

I - ações e serviços da atenção básica (primária); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, I)

II - ações e serviços da urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, II)

III - ações e serviços da atenção psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, III)

IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, IV)

V - ações e serviços da vigilância em saúde. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. A RENASES está estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 17. As atualizações da RENASES ocorrerão por inclusão, exclusão e alteração de ações e serviços, de forma contínua e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º)

§ 1º As inclusões, exclusões e alterações de ações e serviços da RENASES serão realizadas de acordo com regulamento específico da subcomissão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que deverá prever as rotinas de solicitação, análise, decisão e publicização, conforme o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde conduzir o processo de atualizações de ações e serviços da RENASES, conforme estabelecido pelos art. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A cada 2 (dois) anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 4º, § 3º)

Art. 18. Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na (RENASES), respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º)

§ 1º Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da RENASES. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O padrão a ser observado para a elaboração de relações de ações e serviços complementares será sempre a RENASES, devendo observar os mesmos princípios, critérios e requisitos na sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os estados e municípios deverão submeter à CONITEC os pedidos de incorporação e alteração de tecnologias em saúde, para complementar a RENASES no âmbito estadual ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 5º, § 3º)

Art. 19. As ações e serviços de saúde constantes da RENASES serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 6º)

Art. 20. Os regramentos do SUS no tocante ao acesso e aos critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, correspondentes a cada ação ou serviço de saúde, são expressos na RENASES de acordo com as seguintes codificações: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º)

I - ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários: ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, I)

II - ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS: ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, II)

III - ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação: ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde); (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, III)

IV - ação ou serviço com exigência de habilitação: ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme estabelecido pela Portaria nº 414/SAS/MS, de 11 de agosto de 2005; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, IV)

V - ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional: ações ou serviços que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicos, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, V)

VI - ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância: ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância. (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 7º, VI)

Art. 21. O acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção básica (primária) e deve ser fundado: (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º)

I - na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º, I)

II - nas regras de referenciamento pactuadas intrarregionalmente e interregionalmente, de acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). (Origem: PRT MS/GM 841/2012, Art. 8º, II)

CAPÍTULO III
DA DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN) E DA FORÇA NACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (FN-SUS)

Art. 22. Este Capítulo regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 1º)

Art. 23. Para os efeitos deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º)

I - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I)

a) situações epidemiológicas: surtos e epidemias que: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a)

1. apresentem risco de disseminação nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 1)

2. sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 2)

3. representem a reintrodução de doença erradicada; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 3)

4. apresentem gravidade elevada; ou (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 4)

5. extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, a, 5)

b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, b)

c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, I, c)

II - Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS): programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 2º, II)

Seção I
Da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)
(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO I)

Art. 24. A ESPIN será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º)

I - em caso de situação epidemiológica que requeira a adoção de medidas para, dentre outras finalidades, interromper a propagação ou disseminação de doenças ou agravos, após análise de requerimento do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I)

a) relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravo de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, a)

b) nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, b)

c) níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, c)

d) descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, I, d)

II - em caso de desastre, após análise de requerimento do Ministério da Integração Nacional, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II)

a) ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, a)

b) termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b)

1. tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 1)

2. data e local do desastre; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 2)

3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 3)

4. estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 4)

5. medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 5)

6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 6)

7. outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, II, b, 7)

III - em caso de desassistência à população, após parecer favorável do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em requerimento do Poder Executivo do estado, do Distrito Federal ou do município afetado, que será instruído com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III)

a) ato do ente federado que decretou a situação de emergência ou o estado de calamidade pública local; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, a)

b) termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b)

1. tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Renases; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 1)

2. data e local da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 2)

3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 3)

4. estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 4)

5. medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 5)

6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 6)

7. outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, III, b, 7)

§ 1º No caso do art. 24, III, o Ministro de Estado da Saúde comunicará ao Ministro de Estado da Integração Nacional do encaminhamento do requerimento, para avaliação da necessidade de atuação conjunta entre os órgãos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Ministro de Estado da Saúde poderá solicitar informações complementares para a declaração de ESPIN ou dispensar as exigências referidas no art. 24, II, alínea b e no art. 24, III, alínea b, considerando-se a intensidade do desastre ou da situação de desassistência à população e seu impacto social, econômico ou ambiental. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 25. O ato de declaração da ESPIN conterá: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º)

I - delimitação da circunscrição territorial objeto da declaração; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, I)

II - diretrizes e medidas que nortearão o desenvolvimento das ações voltadas à solução da ESPIN; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, II)

III - designação do representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, III)

§ 1º Compete ao representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º)

I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I)

a) mobilizar equipes e profissionais especializados de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, laboratório, assistência à saúde, comunicação, logística ou outros, de acordo com a natureza da ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, a)

b) viabilizar acesso a serviços especializados na área de diagnóstico, assistência, vigilância epidemiológica, transporte, logística, ou outros recursos necessários na resposta às ESPIN; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, b)

c) disponibilizar insumos, materiais ou recursos financeiros complementares; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, I, c)

II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, II)

III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, III)

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, IV)

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V)

a) o acionamento da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, a)

b) a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, b)

c) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, c)

d) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, d)

e) o encerramento da ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 1º, V, e)

§ 2º Fica autorizada a delegação das atribuições previstas no § 1º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 4º, § 2º)

Seção II
Da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)
(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II)

Art. 26. A gestão da FN-SUS será realizada por intermédio: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º)

I - do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS), de caráter permanente; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º, I)

II - do Grupo de Resposta da FN-SUS (GR/FN-SUS), instituído para cada convocação da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 5º, II)

Art. 27. A FN-SUS poderá ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º)

I - em caso de declaração de ESPIN, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, I)

II - por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FNSUS), na ocorrência de outras situações de emergência em saúde pública, nos termos do disposto no inciso II do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, II)

III - por solicitação dos entes federados, nos termos do inciso III do art. 13 do Decreto nº 7.616, de 2011; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, III)

IV - para integrar ações humanitárias e em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), nos termos do art. 22 do Decreto nº 7.616, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, IV)

§ 1º A convocação da FN-SUS será imediatamente comunicada ao CG/FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Na hipótese prevista no inciso III do caput deste artigo, o requerimento de convocação da FN-SUS deverá conter as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º)

I - relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravo de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, I)

II - nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, II)

III - níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, III)

IV - descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, IV)

V - ato do ente federado que decretou a situação de emergência em saúde pública ou o estado de calamidade pública local; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, V)

VI - termo de motivação, com as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI)

a) tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Renases; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, a)

b) data e local da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, b)

c) descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, c)

d) estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, d)

e) medidas e ações em curso; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, e)

f) informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, f)

g) outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 2º, VI, g)

§ 3º Para fins do disposto no art. 27, § 2º , o requerimento será apreciado pelo Ministro de Estado da Saúde após parecer do Secretário de Atenção à Saúde e/ou do Secretário de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 6º, § 3º)

Art. 28. As diretrizes operacionais da FN-SUS são aquelas constantes das normas e práticas estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 7º)

Art. 29. A FN-SUS será operacionalizada em articulação com as esferas federal, estadual, distrital e municipal, nos aspectos da força de trabalho, da logística e dos recursos materiais, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde celebrará instrumentos de cooperação interfederativa, contratos e convênios para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Subseção I
Do Comitê Gestor da FN-SUS (CG/FN-SUS)
(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 30. Compete ao CG/FN-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º)

I - solicitar ao Ministro de Estado da Saúde a convocação da FN-SUS, nos termos do art. 27, II; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, I)

II - realizar diagnóstico situacional com identificação do tipo de calamidade, avaliação de risco e magnitude do evento, para fins do disposto no art. 30, I, ou por solicitação das autoridades previstas neste Capítulo, para subsidiar as manifestações em relação à declaração de ESPIN ou acionamento da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, II)

III - estabelecer o nível de resposta da FN-SUS em articulação com gestores das instâncias municipal, distrital e estadual de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, III)

IV - definir os recursos essenciais para execução das ações de saúde da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, IV)

V - estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, V)

VI - estabelecer critérios e procedimento de seleção e manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS, para convocação e mobilização sempre que se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VI)

VII - manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VII)

VIII - articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, VIII)

IX - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, IX)

X - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio das Forças Armadas, nos termos do art. 18 do Decreto nº 7.616, de 2011; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, X)

XI - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a celebração de contratos, convênios e instrumentos de cooperação para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XI)

XII - sugerir ao Ministro de Estado da Saúde que solicite ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, no caso de servidores ou empregados públicos que não integrem o Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde, a designação para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XII)

XIII - solicitar aos entes federados a indicação de servidores ou empregados públicos a eles vinculados para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XIII)

XIV - designar os integrantes e o coordenador do GR/FNSUS que atuarão no caso de convocação da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, XIV)

§ 1º Na hipótese de declaração da ESPIN, o coordenador do GR/FN-SUS será o representante do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das medidas a serem executadas durante a ESPIN. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os critérios e o procedimento de seleção de profissionais integrantes da FN-SUS, bem como o respectivo formulário de inscrição, serão periodicamente revistos, atualizados e divulgados por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde http://www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 9º, § 2º)

Art. 31. O CG/FN-SUS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10)

I - SAS/MS, que o coordenará e prestará o apoio técnico e administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, I)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, II)

III - SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, III)

Parágrafo Único. O CG/FN-SUS será instituído por ato do Ministro de Estado da Saúde, mediante indicação dos representantes, titulares e suplentes, pelos dirigentes de seus respectivos órgãos. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 10, Parágrafo Único)

Subseção II

Do Grupo de Resposta da FN-SUS (GR/FN-SUS)
(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 32. Compete ao GR/FN-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11)

I - planejar, coordenar, executar, monitorar respostas às situações que ensejaram a sua instituição, de acordo com as orientações do CG/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, I)

II - cooperar tecnicamente com os entes federados nas ações de resposta às ESPIN; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, II)

III - prover medidas de assistência e proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, III)

IV - apoiar a rede assistencial pública e privada de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, IV)

V - elaborar normas técnicas, operacionais, diretrizes e protocolos no âmbito da sua atuação; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, V)

VI - fomentar ações de educação permanente para qualificação dos profissionais integrantes do GR; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VI)

VII - elaborar relatórios técnicos das ações realizadas para o CG/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VII)

VIII - monitorar o sistema de logística; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, VIII)

IX - padronizar os materiais permanentes e de consumo; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, IX)

X - planejar estratégia de distribuição, controle e armazenamento dos medicamentos, materiais, insumos e descartáveis. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 11, X)

Art. 33. O GR/FN/SUS utilizará quatro níveis de resposta: (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12)

I - Nível de Resposta I: monitoramento, orientação técnica à distancia e encaminhamento de insumos básicos necessários; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, I)

II - Nível de Resposta II - monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado, com envio de profissionais do GR/FN-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, II)

III - Nível de Resposta III: monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado de vida, envio de profissionais do GR/FN-SUS e Hospital de Campanha (HCAMP) adaptado à necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, III)

IV - Nível de Resposta IV: aplicável a situações de excepcional gravidade, que poderão demandar recursos extraordinários para adequada resposta de saúde pública. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 12, IV)

Seção III
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 2952/2011, CAPÍTULO III)

Art. 34. Os recursos financeiros a serem aplicados para operacionalização da FN-SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde e serão repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Os órgãos e entidades federais, mediante ajuste com o Ministério da Saúde, poderão oferecer instalações, recursos humanos, transporte, logística e treinamento para contribuir com as atividades da FN-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 35. Os uniformes e demais Equipamentos de Proteção Individual (EPI) das equipes que compõem a FN-SUS, de uso exclusivo nas atividades de que trata este Capítulo, serão fornecidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 14)

Art. 36. As funções dos membros do CG/FN-SUS e CR/FNSUS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2952/2011, Art. 15)

CAPÍTULO IV
DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS ACOMETIDOS POR DESASTRES NATURAIS E/OU ANTROPOGÊNICOS

Seção I
Da Comissão

Art. 37. Fica instituída Comissão com a finalidade de executar as atividades de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no tocante ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 1º)

Art. 38. Com o objetivo de atender ao disposto no art. 37, a Comissão terá como principais linhas de ações: (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º)

I - a Vigilância Epidemiológica e Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, I)

II - a Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, II)

III - a Engenharia de Saúde Pública; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, III)

IV - a Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, IV)

V - a Assistência Hospitalar e Ambulatorial; e (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, V)

VI - a Ajuda Humanitária Internacional. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 2º, VI)

Art. 39. A Comissão será composta por representantes das seguintes unidades e órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º)

I - Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Gestão Participativa (SGP); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, III)

IV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, IV)

V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, V)

VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, VII)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes à Comissão, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, eles deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades e os órgãos designados por esta Seção deverão indicar 1 (um) representante titular e 1 (um) representante suplente para compor a referida Comissão. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 40. A Comissão será coordenada pelo representante da SVS. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 4º)

Art. 41. Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para proceder a alterações que, eventualmente, se façam necessárias, bem como para editar normas regulamentadoras provenientes desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 372/2005, Art. 5º)

Seção II

Do Kit de Medicamentos e Insumos Estratégicos para a Assistência Farmacêutica às Unidades da Federação Atingidas por Desastres de Origem Natural Associados a Chuvas, Ventos e Granizo

Art. 42. Fica defina a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, e define os respectivos fluxos de solicitação e envio. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 1º)

Art. 43. Cada kit terá capacidade para atender até quinhentas pessoas desabrigadas e desalojadas, por um período de três meses, e será formado pelos medicamentos e insumos estratégicos constantes da listagem prevista nos Anexos XXI e XXII . (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 2º)

Parágrafo Único. Consideradas as especificidades regionais, poderá ser encaminhado um kit para atendimento a dez mil pessoas desabrigadas ou desalojadas, condicionado à prévia apresentação de relatório da respectiva Secretaria de Saúde, com a avaliação dos danos e das necessidades identificadas em virtude do desastre de origem natural. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 44. Para fins do disposto nesta Portaria, compete: (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º)

I - ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I)

a) adotar procedimentos necessários para execução do processo de aquisição dos kits de medicamentos e insumos estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, a)

b) manter permanente estoque estratégico de medicamentos e insumos estratégicos, observados os cuidados necessários a se evitar o perecimento dos produtos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, b)

c) repassar à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) os medicamentos e insumos estratégicos cujo prazo para expiração da validade seja inferior a cento e oitenta dias; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, I, c)

II - ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II)

a) estabelecer procedimentos para a autorização de envio dos kits de medicamentos e insumos estratégicos, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II, a)

b) avaliar as solicitações e autorizar o envio dos kits; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, II, b)

III - ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III)

a) armazenar o estoque de medicamentos e insumos estratégicos no Serviço de Almoxarifado de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, a)

b) estabelecer procedimentos de envio dos kits de medicamentos e insumos estratégicos às Secretarias de Saúde solicitantes, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, b)

c) manter vinte kits de medicamentos e insumos estratégicos completos montados permanentemente. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 3º, III, c)

Art. 45. O envio dos kits seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º)

I - solicitação de apoio encaminhada pela Secretaria de Saúde Municipal interessada à respectiva Secretaria de Saúde estadual, devidamente instruída com relatório de avaliação dos danos e das necessidades identificadas em razão do desastre de origem natural; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, I)

II - verificada a impossibilidade de apoio integral pela Secretaria de Saúde Estadual, esta encaminhará solicitação de apoio adicional ao DSAST/SVS/MS, com indicação das razões da sua impossibilidade de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, II)

III - avaliação do pedido pelo DSAST/SVS/MS; (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, III)

IV - em caso de avaliação positiva, o DSAST/SVS/MS expedirá autorização dirigida ao DAF/SCTIE/MS que, em seguida, a encaminhará ao DLOG/SE/MS; e (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, IV)

V - o DLOG/SE/MS providenciará o envio dos kits, prioritariamente por via aérea e preferencialmente destinados aos serviços de almoxarifado das Secretarias de Saúde estaduais, às quais caberá o encaminhamento dos kits aos Municípios solicitantes. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 4º, V)

Art. 46. Os medicamentos componentes do kit de que trata esta Portaria serão apresentados em conformidade com o Manual de Identidade Visual para Embalagens do Ministério da Saúde, conforme resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA) nº 21, de 28 de março de 2012. (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Art. 5º)

CAPÍTULO V
DO CONSELHO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 47. Fica instituído o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 1º)

Art. 48. O Conselho terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º)

I - definir as bases da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de acordo com o previsto na legislação; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, I)

II - definir, implementar e acompanhar o modelo de gestão para as ações de fomento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde e dos órgãos a ele vinculados, excetuados os institutos de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, II)

III - participar da elaboração, implementação e do acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (PesqSaúde), em nível nacional, assumindo o papel de liderança que cabe ao Ministério da Saúde neste processo; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, III)

IV - estabelecer as prioridades de pesquisa em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, a serem incorporadas na PesqSaúde; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, IV)

V - propor e apoiar medidas para a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e inovação; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, V)

VI - definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica visando a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VI)

VII - fornecer aos dirigentes do Ministério da Saúde subsídios no campo científico, tecnológico e da inovação em saúde com vistas à formulação de políticas e à construção de posicionamentos do Ministério em fóruns setoriais e intersetoriais, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VII)

VIII - coordenar a participação e as ações do Ministério da Saúde nos fóruns, governamentais ou não, no campo científico, tecnológico e de inovação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, VIII)

IX - coordenar, com o CNS, a organização e a realização das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. As atribuições previstas no inciso III serão realizadas, quando pertinente, em colaboração com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, outros órgãos governamentais federais, estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa, Ministério Público, poder legislativo e judiciário, organizações da sociedade civil, setor produtivo relevantes no campo da política de saúde e de ciência, tecnologia e inovação. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. O Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º)

I - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, I)

II - Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia da SCTIE, que será o Secretário Executivo; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, II)

III - Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, III)

IV - Diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, IV)

V - Representante da Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, V)

VI - Representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VI)

VII - Representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VII)

VIII - Representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, VIII)

IX - Representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, IX)

X - Diretor de Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, X)

XI - Vice-presidente de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XI)

XII - Diretor-Executivo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XII)

XIII - Diretor do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IEC/Pará); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XIII)

XIV - Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XIV)

XV - Diretor da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS); e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XV)

XVI - Coordenador da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS). (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, XVI)

Parágrafo Único. Cabe ao Secretário Executivo do Conselho as atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º)

I - preparar a agenda de trabalho e os documentos técnicos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, a)

II - elaborar relatórios e atas de reuniões; e (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, b)

III - acompanhar as providências determinadas. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 3º, § 1º, c)

Art. 50. O Conselho reunir-se-á ordinariamente a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente. (Origem: PRT MS/GM 1418/2003, Art. 4º)

CAPÍTULO VI
DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA EM SAÚDE

Art. 51. Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão de Biossegurança em Saúde, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º)

I - participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, I)

II - proceder ao levantamento e à análise das questões referentes a biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, II)

III - propor estudos para subsidiar o posicionamento do Ministério da Saúde na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, III)

IV - assessorar na elaboração de posicionamentos oficiais do Ministério da Saúde para a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) e o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), observando os pareceres técnicos das unidades organizacionais do Ministério da Saúde pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 1599/2006)

V - enviar aos órgãos e entidades deste Ministério os relatórios finais e encaminhamentos resultantes de suas atividades; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, V)

VI - propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VI)

VII - elaborar e aprovar seu regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VII)

VIII - acompanhar as atividades dos foros nacionais e internacionais relacionados à Biotecnologia e à Biossegurança; e (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, VIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1599/2006)

IX - assessorar nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança (PNB). (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 1º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1599/2006)

Art. 52. A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (1) (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, III)

IV - Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, IV)

V - Fundação Nacional de Saúde (1); (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, V)

VI - Fundação Oswaldo Cruz (1); e (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, VI)

VII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1). (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, VII)

Parágrafo Único. Cada representante terá um suplente, ambos indicados à coordenação da Comissão pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 53. A coordenação da Comissão será exercida pelo primeiro titular da SCTIE, cabendo ao órgão ou entidade ao qual esteja vinculado a responsabilidade pelo apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos e pela convocação das reuniões, elaboração de atas de reunião e encaminhamento dos documentos produzidos. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 3º)

Art. 54. A coordenação da Comissão fica autorizada a requisitar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde e a convidar representantes de outros órgãos da Administração Pública Federal e de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 4º)

Parágrafo Único. A participação na Comissão de pessoas externas ao Ministério da Saúde é considerada atividade de relevante interesse nacional e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1683/2003, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII
DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC)

Art. 55. Fica aprovado o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), na forma do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Art. 1º)

TÍTULO III
DA GESTÃO

CAPÍTULO I
DAS DIRETRIZES OPERACIONAIS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Art. 56. Este Capítulo regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas, na forma dos Anexos VI, VII, VIII, IX, XIII e XIV . (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 1º)

Art. 57. O Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º)

§ 1º O TCEP deve conter as metas e um plano operativo do acordo. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A transferência de recursos, objeto do TCEP, deverá ser feita conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Quando não couber o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, o município deve encaminhar o Extrato do TCEP, assinalando a não pertinência deste. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 3º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 372/2007)

Art. 58. A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município. (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Art. 4º)

Art. 59. Fica afastada a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios a partir da data de publicação da Portaria nº 1580/GM/MS, de 19 de julho de 2012. (Origem: PRT MS/GM 1580/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO II
DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Art. 60. Este Capítulo dispõe sobre o art. 57, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, ora designado Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP). (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 1º)

Art. 61. O PCEP é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º)

§ 1º Para fins deste Capítulo, conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde - 2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Este Capítulo não se aplica aos hospitais universitários federais. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 2º, § 2º)

Art. 62. O PCEP deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 3º)

Art. 63. O PCEP deverá conter, na forma do Anexo I , o Plano Operativo Anual relativo a cada unidade que o integrarem, exceto em caso de complexos hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. O Plano Operativo Anual deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - definição das metas de qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

Art. 64. O Plano Operativo Anual deverá explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 5º)

Art. 65. A transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), relativa ao valor do PCEP, deverá ser feita preferencialmente para o Fundo de Saúde do ente que gerencia a unidade pública de saúde. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º)

§ 1º Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no Plano Operativo Anual e não por produção de serviços. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração de valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 do Anexo LVII da Portaria de Consolidação nº 5, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 6º, § 3º)

Art. 66. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP devem ser realizados por Comissão de Acompanhamento, a ser instituída pelos gestores signatários do PCEP, que se reunirá no mínimo trimestralmente, e sempre quando necessário, integrada por representantes paritários designados pelas partes envolvidas no PCEP, desempenhando as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º)

I - avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais; (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, I)

II - propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto; e (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, II)

III - propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 7º, III)

Art. 67. As divergências na negociação e pactuação do PCEP, nas quais não seja possível acordo entre os gestores do SUS, serão remetidas à Comissão Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 8º)

Art. 68. O documento de orientação para elaboração do PCEP será publicado na forma do Anexo I . (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 9º)

Art. 69. Será respeitada a vigência de 1 (um) ano dos TCEP em vigor, que poderão ser revistos a qualquer tempo, se adequando aos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Art. 11)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Art. 70. Fica instituído o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, de natureza consultiva, que tem por objetivos: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º)

I - fortalecer a capacidade de formulação, implementação e avaliação da proposta de Avaliação de Desempenho do SUS, visando à qualificação do setor saúde em todas as esferas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, I)

II - mobilizar os órgãos e as entidades internas e externas ao Ministério da Saúde, visando ao aprimoramento da proposta; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, II)

III - apoiar tecnicamente os órgãos do Ministério da Saúde e entidades vinculadas na formulação e implementação da Avaliação de Desempenho do SUS, contribuindo para o dimensionamento dos indicadores e necessidades de informações ajustadas às esferas federal, distrital, estadual e municipal. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, III)

§ 1º O Comitê é composto por representantes do Ministério da Saúde, por meio do Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, e das seguintes entidades: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º)

I - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, I)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, II)

III - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, III)

IV - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, IV)

V - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, V)

VI - Associação Brasileira de Economia da Saúde (AbrES); e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, VI)

VII - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 1º, VII) (dispositivo acrescentado pela)

§ 2º Seus integrantes serão indicados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais do órgão e entidades acima enumerados. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 71. Cabe ao Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º)

I - elaborar documento de política de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, contendo diretrizes teórico-metodológicas, a estratégia de sua implementação nas diversas esferas de gestão do

sistema, dentre outras fundamentações necessárias para seu melhor desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, I)

II - coordenar processo de implementação da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional, e apoiar tais processos nos estados, nos municípios e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, II)

III - aprovar Plano Operativo para o desenvolvimento das atividades de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, III)

IV - promover a capacitação técnica das secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde, por meio de em avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, de forma articulada com outras iniciativas de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, IV)

V - propor realização de estudos complementares necessários à avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, V)

VI - promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, VI)

VII - apoiar gestores na identificação de medidas que facilitem a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 2º, VII)

Art. 72. Fica instituído o Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde, com representantes dos seguintes órgãos e entidades vinculadas, por meio de suas áreas específicas: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º)

I - Secretaria-Executiva (SE): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I)

a) Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SE); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, a)

b) Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, b)

c) Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, c)

d) Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA/DEMAS/SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, I, d)

II - Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III)

a) Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III, a)

b) Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, III, b)

IV - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV)

a) Departamento de Gestão da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV, a)

b) Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IV, b)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, V)

a) Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, V, a)

VI - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI, a)

b) Departamento de Ciência e Tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VI, b)

VII - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII)

a) Departamento de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, a)

b) Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, b)

c) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VII, d)

VIII - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VIII)

a) Centro de Informações Científicas e Tecnológicas; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, VIII, a)

IX - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, IX)

X - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, X)

XI - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. O Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde poderá recorrer a entidades que atuam na área de saúde pública para prestar assessoria técnica no âmbito de suas competências, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 73. Ao Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º)

I - coordenar processo de implementação da política de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, I)

II - definir Plano de Trabalho para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, II)

III - aprovar diretrizes teórico-metodológicas para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, III)

IV - promover a articulação das iniciativas de avaliação de programas ou políticas e de produção de informação entre as áreas do MS; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, IV)

V - requisitar às diferentes áreas do sistema as informações necessárias para o processo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, V)

VI - propor realização de estudos complementares necessários à Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VI)

VII - promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VII)

VIII - promover a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. Para condução das suas atividades, o Núcleo designará 3 (três) membros para constituir Grupo Executivo, que funcionará sob a coordenação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos/SE. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 74. A Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva (DAI/SE) será a responsável pela promoção das ações necessárias para implementação do processo de avaliação de desempenho de âmbito nacional, bem como pelo apoio técnico e administrativo à operação do Comitê e do Núcleo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 665/2006, Art. 5º)

CAPÍTULO IV
DA SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA DO SUS

Art. 75. Fica instituída a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) no âmbito do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS), com o objetivo de sistematizar e disseminar as informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º)

§ 1º A SAGE será coordenada pela Coordenação-Geral de Gestão da Informação Estratégica (CGGIE/DEMAS/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) será responsável pelo fornecimento do suporte técnico necessário ao funcionamento da SAGE. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 76. Os órgãos do Ministério da Saúde (MS) e as entidades a ele vinculadas disponibilizarão, de forma sistemática, as informações e os dados solicitados pelo DEMAS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 2º)

Art. 77. São objetivos da SAGE: (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º)

I - obter e sistematizar dados e informações produzidas pelos órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas e por outras instituições de saúde, com vistas a contribuir para o processo decisório e para o acompanhamento das políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, I)

II - disponibilizar, por intermédio da internet e quaisquer outros meios definidos pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), informações e análises de caráter executivo e gerencial, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, II)

III - disponibilizar regularmente relatórios de análise situacional em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, III)

IV - gerir o Portal da SAGE e o Portal da Saúde com Mais Transparência. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 3º, IV)

Art. 78. Os casos omissos e as dúvidas referentes à SAGE serão analisadas e resolvidas pela CGGIE/DEMAS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 406/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO V
DA CÂMARA TÉCNICA CONSULTIVA DO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (CT/BPS)

Art. 79. Fica criada a Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde (CT/BPS). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 1º)

Art. 80. Compete à CT/BPS: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º)

I - propor ações e estratégias ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS), coordenador do Banco de Preços em Saúde (BPS), de forma a manter a evolução e a atualização tecnológica do referido sistema; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, I)

II - propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta e interoperabilidade de sistemas; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, II)

III - sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo BPS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, III)

IV - propor a articulação entre o BPS e outros sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, IV)

V - analisar e propor parcerias para o desenvolvimento e bom funcionamento do BPS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, V)

VI - promover a divulgação do BPS junto aos gestores doSistema Único de Saúde (SUS) para ampliar a adesão de estados, Distrito Federal e municípios informantes; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VI)

VII - propor e fomentar estudos sobre o comportamento de preços; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VII)

VIII - propor e analisar demandas que envolvam a inclusão, na base de dados do BPS, de informações correlatas ao preço praticado no setor de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, VIII)

IX - elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento, para aprovação por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 2º, IX)

Art. 81. A CT/BPS será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidade: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria-Executiva (SE/MS), sendo 1 (um) do DESID/SE/MS; (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, I)

II - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, V)

§ 1º O representante do DESID/SE/MS coordenará a CT/BPS. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidade ao Coordenador da CT/BPS no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 3346/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 82. Serão convidados a participar da CT/BPS representantes dos seguintes órgãos e entidades, com direito a voz e voto: (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º)

I - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, I)

II - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, III)

IV - 1 (um) representante do Tribunal de Contas da União (TCU); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) representante da Controladoria-Geral da União (CGU-PR); (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, V)

VI - 1 (um) representante do Ministério Público Federal (MPF); e (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, VI)

VII - 1 (um) representante da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA). (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, VII)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A participação de cada uma das entidades de que trata os incisos do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação da CT/BPS. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes máximos de seus respectivos órgãos e entidades ao Coordenador da CT/BPS no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de recebimento do convite de que trata o art. 82, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 83. No primeiro trimestre de cada ano, a CT/BPS reunirse-á para elaboração e aprovação do calendário de reuniões ordinárias para o período. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O intervalo entre as reuniões ordinárias da CT/BPS não poderá ser superior a 4 (quatro) meses, podendo ocorrer, a qualquer tempo, reuniões extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 84. A CT/BPS poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos afetos ao tema, cuja presença seja considerada necessária para o cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 6º)

Art. 85. Compete ao DESID/SE/MS fornecer o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento dos trabalhos e a convocação das reuniões, elaboração de atas e encaminhamento dos documentos produzidos, além de apoiar o planejamento e o monitoramento das atividades desenvolvidas pela CT/BPS, podendo, quando necessário, solicitar apoio de outras unidades do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 7º)

Art. 86. As funções desempenhadas no âmbito da CT/BPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3346/2013, Art. 8º)

CAPÍTULO VI
DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM ORGANISMOS INTERNACIONAIS

Art. 87. Este Capítulo dispõe sobre gestão de Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 1º)

Art. 88. Ficam designados os dirigentes máximos dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas para exercerem as atribuições de Diretores Nacionais do Projeto de Cooperação Técnica Internacional: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º)

I - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, I)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, II)

III - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, III)

IV - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, IV)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, V)

VI - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VI)

VII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VII)

VIII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, VIII)

IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, IX)

X - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, X)

XI - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, XI)

Parágrafo Único. As atribuições de que trata o caput deste artigo serão exercidas pelos dirigentes máximos no âmbito de seus respectivos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 89. Compete ao Diretor Nacional do Projeto de Cooperação Técnica Internacional: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º)

I - representar formalmente o órgão ou entidade executora nacional perante a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), o organismo internacional cooperante e os órgãos de controle, responsabilizando se pelas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, I)

II - planejar, coordenar, analisar e acompanhar a execuçãofísica, orçamentária e financeira dos contratos e convênios relativos aos projetos de cooperação sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, II)

III - ordenar as despesas do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, III)

IV - responder pela execução e regularidade do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, IV)

V - aprovar os relatórios de progresso elaborados pelo Coordenador do Projeto e encaminhá-los à ABC/MRE e ao organismo internacional cooperante. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 3º, V)

Art. 90. Os Diretores Nacionais de Projetos de Cooperação Técnica Internacional designarão como Coordenador de Projeto e respectivo suplente servidores públicos ou ocupantes de cargo em comissão. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os Diretores Nacionais de Projeto poderão delegar aos Coordenadores de Projeto a ordenação de despesas do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 91. Compete ao Coordenador de Projeto: (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º)

I - substituir o Diretor Nacional de Projeto em suas ausências e impedimentos; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, I)

II - planejar, coordenar, analisar e acompanhar a execução física, orçamentária e financeira dos contratos e convênios relativos aos projetos de cooperação sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, II)

III - coordenar a elaboração e a execução dos planos de trabalho do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, III)

IV - monitorar o cumprimento do cronograma de implementação do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, IV)

V - elaborar os relatórios de progresso com as informações técnicas, administrativas e financeiras do projeto e submetê-los ao Diretor Nacional do Projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, V)

VI - promover articulações com outras instituições para o desenvolvimento do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VI)

VII - submeter ao Diretor Nacional de Projeto os ajustes na programação física, orçamentária e financeira do projeto; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VII)

VIII - propor, em observância aos princípios de legalidade, eficiência, eficácia e economicidade, medidas de aprimoramento da gestão do projeto sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, VIII)

IX - manter os arquivos organizados com a documentação do projeto; e (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, IX)

X - auxiliar o Diretor Nacional na gestão do projeto. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 5º, X)

Art. 92. A SE/MS, sem prejuízo das atribuições específicas dos Diretores Nacionais e dos Coordenadores de Projeto, exercerá o acompanhamento e a supervisão da execução dos Projetos de Cooperação Técnica Internacional, firmados no âmbito dos órgãos do Ministério da Saúde e de entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 2053/2011, Art. 6º)

Art. 93. Fica aprovado o Manual de Normas e Orientações para a Cooperação Técnica Internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e legitimar os procedimentos, normas e padrões para o processo de celebração e gestão dos Termos de Cooperação Técnica com a OPAS/OMS. (Origem: PRT MS/GM 2575/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Manual de que trata este artigo encontra-se disponível no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/se. (Origem: PRT MS/GM 2575/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

TÍTULO IV
DO PLANEJAMENTO

CAPÍTULO I
DAS DIRETRIZES DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DO SUS

Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º)

§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 3º)

Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º)

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º)

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I)

a) estrutura do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, a)

b) redes de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, b)

c) condições sociossanitárias; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, c)

d) fluxos de acesso; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, d)

e) recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, e)

f) gestão do trabalho e da educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, f)

g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, g)

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - o processo de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, III)

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 6º)

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 7º)

Art. 97. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º)

§ 1º Para estados e municípios, a PAS deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º)

I - a definição das ações que, no ano especifico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, I)

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, II)

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, III)

§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 3º)

Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º)

I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º, I)

II - execução no ano subsequente. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 5º, II)

Art. 99. O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º)

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º)

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, I)

II - as metas da PAS previstas e executadas; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, II)

III - a análise da execução orçamentária; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, III)

IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 1º, IV)

§ 2º Os entes federados que assinarem o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 100. O relatório detalhado do quadrimestre anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. O relatório previsto no "caput" observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, I)

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, II)

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 7º, Parágrafo Único, III)

Art. 101. O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º)

§ 1º O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O planejamento regional integrado expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A produção resultante do processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde expressará: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º)

I - a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, I)

II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, II)

III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 3º, III)

§ 4º A produção referida no § 3º comporá o COAP. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Os atuais planos de ação regional das redes de atenção à saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três entes federados comporão e integrarão os produtos do planejamento regional integrado. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 8º, § 5º)

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARÂMETROS SUS)

Art. 102. Ficam aprovados os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Parâmetros SUS). (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 1º)

Art. 103. O documento de que trata este Capítulo encontra-se disponível no endereço eletrônico: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 2º)

Art. 104. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 3º)

Art. 105. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º)

§ 1º Os estados e municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Excetuam-se deste caput, os critérios e parâmetros constantes do Capítulo II do documento de que trata este Capítulo: Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/, por possuírem regras para habilitação e/ou credenciamento no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 4º, § 2º)

Art. 106. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde, a responsabilidade pela gestão e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde para a revisão periódica dos critérios e parâmetros estabelecidos. (Origem: PRT MS/GM 1631/2015, Art. 5º)

CAPÍTULO III
DA CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

Art. 107. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Caderneta de Saúde do Adolescente, instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 3147/2009, Art. 1º)

Art. 108. Os recursos orçamentários, de que tratam este Capítulo, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20YI.0004 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem. (Origem: PRT MS/GM 3147/2009, Art. 3º)

TÍTULO V
DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

CAPÍTULO I
DA OUVIDORIA DO SUS

Art. 109. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no exercício das competências que lhe são designadas pelo Decreto 8.901, de 10 de novembro de 2016, terá a responsabilidade de centralizar o recebimento das denúncias formuladas por servidores e

cidadãos interessados, relativamente às atividades e procedimentos internos, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 1º)

Art. 110. Para facilitar e dinamizar o acesso dos cidadãos e servidores, o Ministério da Saúde providenciará a criação de um link, no endereço eletrônico do Ministério (www.saude.gov.br), com a exclusiva finalidade do recebimento das denúncias e reclamações. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 2º)

Art. 111. Deverá também ser disponibilizado aos cidadãos e servidores um número único nacional e gratuito, para que as denúncias e reclamações possam ser efetivadas por meio telefônico. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 3º)

Art. 112. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa encaminhará ao Gabinete do Ministro, para providências cabíveis, em periodicidade mensal, relatório circunstanciado, narrando as denúncias recebidas e medidas adotadas. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. As denúncias de cometimento de infrações penais deverão ser enviadas, de imediato, à Chefia de Gabinete do Ministro, para fins de encaminhamento ao Departamento de Polícia Federal e ao Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 1193/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 113. Ficam estabelecidas diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 1º)

Art. 114. Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 2º)

Art. 115. A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º)

I - defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, I)

II - reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, II)

III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, III)

IV - zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, IV)

V - defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, V)

VI - sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, VI)

VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 3º, VII)

Art. 116. Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos federal, distrital, estadual e municipal. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 117. Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo: (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º)

I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, I)

II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, II)

III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, III)

IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, IV)

V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, V)

VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, VI)

VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 5º, VII)

Art. 118. Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 6º)

Art. 119. Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão. (Origem: PRT MS/GM 2416/2014, Art. 7º)

CAPÍTULO II
DA AÇÃO CARTA SUS

Art. 120. Este Capítulo regulamenta a ação Carta SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 1º)

Art. 121. A Carta SUS constitui-se ação estratégica de transparência e controle dos recursos públicos e tem como objetivo acompanhar e monitorar a realização dos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e às Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), possibilitando-se a participação da população através do monitoramento e da avaliação do usuário quanto ao atendimento recebido e a disseminação de informações em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 2º)

Art. 122. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS) encaminhará carta aos cidadãos que forem atendidos pelo SUS para internação hospitalar e/ou procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, denominada Carta SUS, na qual deverão constar informações sobre os procedimentos realizados, os valores despendidos pelo SUS e uma pesquisa de satisfação do usuário sobre seu atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º)

§ 1º As AIH e as APAC serão preenchidas pelos estabelecimentos de saúde por meio do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Para monitoramento do atendimento ao cidadão, as AIH e APAC preenchidas terão as respectivas informações consolidadas por meio da Carta SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Compete ao estabelecimento de saúde efetuar o correto preenchimento dos dados do paciente no SIH/SUS e/ou no SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Aos gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, bem como aos gestores dos estabelecimentos de saúde públicos e conveniados com o SUS compete o acompanhamento e apoio referentes às unidades de saúde sob sua gestão, fazendo uso dos sistemas de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 3º, § 4º)

Art. 123. As Cartas SUS conterão, no mínimo, os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º)

I - cidadão: nome completo, data de nascimento e número do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, I)

II - nome da unidade de saúde onde o atendimento foi realizado; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, II)

III - localidade do prestador (estado/Distrito Federal/município); (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, III)

IV - data de internação/autorização do tratamento e data da alta/final da autorização; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, IV)

V - motivo principal da internação/tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, V)

VI - valor total do pagamento feito pelo SUS referente à internação/tratamento; e (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, VI)

VII - pesquisa de satisfação do usuário que conterá, no mínimo, perguntas relativas ao estado das instalações físicas da unidade de saúde, ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, à maneira como o cidadão foi tratado e à recomendação ou não da unidade em que foi atendido para algum amigo ou familiar. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, VII)

§ 1º Ao lado da informação apresentada nos termos do inciso VI do caput, constará o esclarecimento de que o valor apresentado foi pago com recursos públicos provenientes de tributos. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A pesquisa de satisfação do atendimento contida na Carta SUS será respondida por meio de cartão-resposta destacável, que terá o porte pago pelo Ministério da Saúde, bastando preenchê-lo e entregá-lo ao carteiro, agência ou caixa de coleta da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Correios). (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Caso seja preferência do cidadão, a pesquisa de satisfação poderá ser respondida através do Disque Saúde 136, do DOGES/SGEP/MS, ou pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br/cartasus. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 4º, § 3º)

Art. 124. Caso o cidadão discorde dos dados constantes na Carta SUS, verifique que houve algum tipo de cobrança por parte do profissional ou da unidade de saúde ou até mesmo nunca tenha passado pelo procedimento citado no documento, então deverá entrar em contato com o Disque Saúde 136, do DOGES/SGEP/MS, para registrar sua manifestação. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º)

§ 1º O DOGES/SGEP/MS, na qualidade de mediador entre os usuários do SUS e os órgãos gestores de saúde, encaminhará as manifestações formuladas pelos cidadãos às áreas competentes para as providências necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As manifestações registradas no Disque Saúde 136, a partir da Carta SUS, terão seu tratamento e encaminhamento às demandas da Ouvidoria-Geral do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As denúncias categorizadas como faturamento de procedimento não realizado e como cobrança indevida que serão encaminhadas à Ouvidoria-Geral do SUS serão distribuídas também ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 5º, § 3º)

Art. 125. Os serviços de saúde e os estabelecimentos de gestão do SUS que receberem cidadãos para dirimir dúvidas ou registrar manifestação relacionada à Carta SUS deverão orientá-los para que entrem em contato com o Ministério da Saúde através dos canais de ouvidoria dispostos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 6º)

Art. 126. Ao DOGES/SGEP/MS compete a consolidação das informações provenientes da Carta SUS, produzindo relatórios gerenciais de forma a subsidiar os órgãos e áreas técnicas do Ministério da Saúde na implementação de melhorias dos serviços e/ou na formulação das políticas de gestão da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 7º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tem prioridade quanto ao recebimento dos relatórios gerenciais referidos no caput. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 127. Os recursos financeiros para o custeio da Carta SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao DOGES/SGEP/MS, devendo onerar o Programa de Trabalho nº 10.422.2015.6182.0001 e a Natureza da Despesa (ND) nº 33.90.39.47. (Origem: PRT MS/GM 1570/2015, Art. 8º)

TÍTULO VI
DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 128. Este Capítulo dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 1º)

Art. 129. Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º)

I - chamamento público: ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciá-los; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, I)

II - credenciamento: procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, "caput" da Lei nº 8.666, de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, II)

III - inscrição: preenchimento de formulário próprio disponibilizado pelo ente federado contratante, acompanhado dos documentos previstos no respectivo regulamento, que serão encaminhados à comissão responsável; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, III)

IV - cadastro: registro das informações apresentadas junto ao formulário de inscrição, como o nome da entidade, endereço, descrição da atividade econômica, natureza jurídica, entre outros dados que são de interesse da Administração; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, IV)

V - habilitação: consiste na análise dos documentos entregues no ato de inscrição e parecer emitido por ocasião da visita técnica do ente federado contratante; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, V)

VI - inabilitação: situação em que o licitante não se habilita por não preencher qualquer dos requisitos constantes nos art.s 27 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VI)

VII - visita técnica para qualificação: inspeção realizada pelo ente federado contratante à entidade cadastrada com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstanciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VII)

VIII - convênio: instrumento firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, VIII)

IX - contrato: ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, IX)

X - contratação: ato ou efeito de contratar, firmando vínculo formal com a assinatura do instrumento contratual pela credenciada, com publicação do extrato no respectivo Diário Oficial, além da divulgação em meio eletrônico; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, X)

XI - documento descritivo: instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, identificando, quando couber, metas relacionadas à gestão, avaliação, ensino e pesquisa, anexado ou parte integrante do termo contratual ou contrato; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XI)

XII - fiscalização: verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XII)

XIII - descredenciamento: rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 2º, XIII)

Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º)

§ 1º Na complementação dos serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS e as normas técnicas e administrativas aplicáveis. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º)

I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º, I)

II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 3º, II)

§ 4º As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos deixarão de ter preferência na contratação com o SUS, e concorrerão em igualdade de condições com as entidades privadas lucrativas, no respectivo processo de licitação, caso não cumpram os requisitos fixados na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 4º)

§ 5º As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos deverão satisfazer, para a celebração de instrumento com a esfera de governo interessada, os requisitos básicos contidos na Lei nº 8.666, de 1993, e no art. 3º da Lei nº 12.101, independentemente das condições técnicas, operacionais e outros requisitos ou exigências fixadas pelos gestores do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 5º)

§ 6º Para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão utilizar como referência a Tabela de Procedimentos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º, § 6º)

Art. 131. A instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º)

I - estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, I)

II - submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, II)

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, III)

IV - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, IV)

V - submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e seus componentes, no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, quando solicitado; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, V)

VI - assegurar a veracidade das informações prestadas ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VI)

VII - cumprir todas as normas relativas à preservação do meio ambiente; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VII)

VIII - preencher os campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 4º, VIII)

Art. 132. A contratação complementar dos prestadores de serviços de saúde se dará nos termos da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º)

§ 1º Desde que justificado pelo gestor competente, será admitido o credenciamento formal das entidades privadas nas hipóteses em que houver necessidade de um maior número de prestadores para o mesmo objeto e a competição entre eles for inviável. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º No caso do § 1º, serão aplicadas as regras da inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 25, "caput", da Leiº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 133. O credenciamento das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde obedecerá às seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º)

I - chamamento público, com a publicação de edital e respectivo regulamento; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, I)

II - inscrição; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, II)

III - cadastro (Certificado de Registro Cadastral - CRC) das entidades interessadas; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, III)

IV - habilitação; (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, IV)

V - assinatura do termo contratual; e (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, V)

VI - publicação do extrato do contrato no Diário Oficial do ente contratante ou jornal local de grande circulação. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 6º, VI)

Art. 134. Os requisitos para o credenciamento devem estar previstos no respectivo regulamento, garantindo-se isonomia entre os interessados dispostos a contratar pelos valores definidos pelo SUS, constantes, obrigatoriamente, no edital. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 7º)

Art. 135. O registro de dados cadastrais para credenciamento estará permanentemente aberto a futuros interessados, estabelecidos limites temporais para as contratações. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 8º)

Art. 136. O edital e o respectivo regulamento do chamamento público deverão ser disponibilizados no Diário Oficial correspondente, em jornais de grande circulação e por meios eletrônicos, contendo o prazo de inscrição. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 9º)

Art. 137. O ente contratante deverá acompanhar todo o processo de credenciamento, podendo designar comissão especial para este fim. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 10)

Art. 138. No caso de contratação por inexigibilidade de licitação, como condição de eficácia dos atos, o gestor do SUS deverá publicar extrato da contratação na imprensa oficial, no prazo de 5 (cinco) dias, por força do que dispõe o art. 26 da Lei nº 8.666, de 1993. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 11)

Art. 139. Os contratos vigentes permanecerão regidos e executados de acordo com as regras do tempo de sua celebração. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 12)

CAPÍTULO II
DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE

Art. 140. Este Capítulo define os procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 1º)

Art. 141. Para efeito deste Capítulo, consideram-se entidades beneficentes de assistência social na área de saúde aquelas que atuem diretamente na atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 2º)

Art. 142. No âmbito do Ministério da Saúde, compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por intermédio do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS/SAS/MS), a condução dos processos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 3º)

Seção I
Das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I)

Subseção I

Dos Requisitos para Obtenção da Concessão ou Renovação do CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 143. O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) será concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços na área de saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, na Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, no Decreto nº 7.300, de 14 setembro de 2010, no Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, e neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º)

Parágrafo Único. As pessoas jurídicas de que trata o "caput" poderão comprovar sua condição de beneficente para fins de certificação das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 4º e 6º da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS, em conformidade com o art. 8º, inciso I da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, em conformidade com o art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - pela condição de beneficente, conforme o disposto no art. 110 da Lei nº 12.249, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o art. 7-A da Lei nº 12.101, de 2009; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 8-A da Lei nº 12.101, de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade, em conformidade com o art. 8-B da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

Art. 144. As entidades de que trata o art. 143 deverão obedecer ao princípio da universalidade do atendimento, sendo vedado dirigir suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 5º)

Art. 145. A concessão ou a renovação do CEBAS será atribuída à entidade beneficente que demonstre, no exercício fiscal anterior ao do requerimento, observado o período mínimo de 12 (doze) meses de constituição da entidade, o cumprimento do disposto nas Seções I a IV do Capítulo II da Lei nº 12.101, de 2009, e nos Capítulos I a IV do Título I do Decreto nº 8.242, de 2014, no que couber, e cumpra, cumulativamente, os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º)

I - seja constituída como pessoa jurídica nos termos do art. 143; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, I)

II - preveja, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. O período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata este artigo poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o Sistema Único de Saúde (SUS), em caso de necessidade local atestada pelo gestor do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 146. Para ser considerada beneficente e fazer jus ao CEBAS, a entidade de saúde deverá: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º)

I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, I)

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, II)

III - comprovar, anualmente, a prestação de serviços de que trata o inciso II, nos termos da Subseção II da Seção I do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 7º, III)

Art. 147. As instituições reconhecidas nos termos da legislação como serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas que prestem ao SUS serviços de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderão ser certificadas, desde que: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º)

I - sejam qualificadas como entidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, I)

II - comprovem a prestação de serviços de que trata o "caput", por meio de declaração do gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, II)

§ 1º A prestação dos serviços prevista no "caput" será pactuada com o gestor do SUS por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O atendimento dos requisitos previstos neste artigo dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 8º, § 2º)

Art. 148. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidade que atue exclusivamente na promoção da saúde sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º)

§ 1º A oferta da totalidade de ações e serviços sem contraprestação do usuário dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no "caput", a execução de ações e serviços de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para efeito do disposto no "caput", são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades de que trata a Subseção IV da Seção I do Capítulo II do Título VI e outras que venham a ser definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 3º)

§ 4º As entidades de que trata este artigo poderão ser certificadas, desde que: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º)

I - sejam qualificadas como entidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º, I)

II - comprovem ações e serviços de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 9º, § 4º, II)

Art. 149. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidades que prestem serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10)

I - grupos de mútua ajuda; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, I)

II - reinserção social, através do oferecimento de espaço e atendimento para reinserção social de pessoas dependentes após o período de acolhimento, para os que continuam em situação de vulnerabilidade social ou pessoal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, II)

III - formação, capacitação ou orientação de pessoas que atendam ou lidam com dependentes químicos e seus familiares ou com dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, III)

IV - orientação de entidades que atuam na área de dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, IV)

V - orientação e aconselhamento de pessoas que necessitam ou procuram informações na área da dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, V)

VI - defesa e garantia de direitos das pessoas afetadas pela dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VI)

VII - atendimentos ambulatoriais de dependentes e familiares; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VII)

VIII - edição e distribuição de material informativo de prevenção, acompanhamento, acolhimento, tratamento e dependência química; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, VIII)

IX - acolhimento e/ou abordagem de usuários moradores de rua; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, IX)

X - visitação e acompanhamento de dependentes e familiares, antes, durante e depois do acolhimento/tratamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, X)

XI - capacitação de residentes em diversos ofícios ou áreas do conhecimento, inclusive educação complementar, básica, de informática etc; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, XI)

XII - outras pactuadas com gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, XII)

§ 1º Para fins do cálculo de que trata o "caput", as receitas provenientes de subvenção pública e as despesas decorrentes não devem incorporar a receita bruta e o percentual aplicado em ações de gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 1º)

§ 2º A execução das ações de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada com o gestor do SUS, por meio de contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 2º)

§ 3º O atendimento dos requisitos previstos neste artigo dispensa a observância das exigências previstas no art. 146. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 10, § 3º)

Art. 150. A entidade de saúde de reconhecida excelência poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 146, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11)

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, I)

II - capacitação de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, II)

III - pesquisas de interesse público em saúde; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, III)

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, IV)

§ 1º Tratando-se de requerimento de concessão, o recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor das contribuições de que tratam os art. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, referente ao exercício fiscal anterior ao do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 1º)

§ 2º As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º)

I - a complementação não poderá ultrapassar 30% (trinta por cento) do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, I)

II - a entidade de saúde deverá apresentar ao gestor local do SUS plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, II)

III - a comprovação dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 2º, III)

§ 3º A participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 3º)

§ 4º Caso os recursos despendidos nos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional não alcancem o valor da isenção usufruída, a entidade deverá complementar a diferença até o término do prazo de validade de sua certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 4º)

§ 5º O disposto no § 4º alcança somente as entidades que tenham aplicado, no mínimo, 70% (setenta por cento) do valor usufruído anualmente com a isenção nos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 5º)

§ 6º As entidades de saúde realizadoras de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS que complementarem as atividades relativas aos projetos com a prestação de serviços gratuitos ambulatoriais e hospitalares deverão comprová-los mediante preenchimento dos sistemas de informações do Ministério da Saúde, com observação de não geração de créditos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 6º)

§ 7º O cálculo do valor da isenção prevista no § 2º do art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009, será realizado anualmente com base no exercício fiscal anterior. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 11, § 7º)

Art. 151. As entidades da área de saúde certificadas até o dia imediatamente anterior ao da publicação da Lei nº 12.101, de 2009, que prestam serviços assistenciais de saúde não remuneradas pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos, decorrentes do estabelecido em Norma

Coletiva de Trabalho, desde que, simultaneamente, destinem no mínimo 20% (vinte por cento) do valor total das isenções de suas contribuições sociais em serviços, com universalidade de atendimento, a beneficiários do SUS, mediante pactuação junto ao gestor local do SUS, terão concedida a renovação do CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12)

§ 1º A prestação de serviços prevista no "caput" será ajustada mediante pactuação firmada com o gestor local do SUS, contendo estimativa de metas e resultados a serem alcançados. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12, § 1º)

§ 2º A aplicação do percentual mínimo de que trata o "caput" será verificado por meio das demonstrações contábeis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 12, § 2º)

Art. 152. Os hospitais de ensino farão jus ao CEBAS, em conformidade com a norma vigente, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos na Lei nº 12.101, de 2009, na Lei nº 12.868, de 2013, no Decreto nº 7.300, de 2010, no Decreto nº 8.242, de 2014, e neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 13)

Art. 152-A. Na hipótese de comprovada prestação de serviços pela entidade de saúde, sem a observância do disposto no inciso I do artigo 4º da Lei nº 12.101/2009, que dê causa ao indeferimento ou cancelamento da certificação, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social - DCEBAS/SAS/MS, deverá informar aos órgãos de controle os indícios da irregularidade praticada pelo gestor do SUS. (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

Subseção II

Da Prestação de Serviços ao SUS no Percentual Mínimo de 60%
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 153. A prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) será comprovada por meio dos registros das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais verificados nos seguintes sistemas de informações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14)

I - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, I)

II - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, II)

III - Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, III)

§ 1º Os atendimentos ambulatoriais e as internações hospitalares realizados pela entidade de saúde serão apurados de acordo com os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º)

I - produção de internações hospitalares medida pela razão paciente-dia; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º, I)

II - produção de atendimentos ambulatoriais medida por quantidade de atendimentos/procedimentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 1º, II)

§ 2º A produção da entidade de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial será verificada apenas pelo critério estabelecido no inciso II do § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 2º)

§ 3º O diposto nos incisos I e III do "caput" se aplica às entidades que prestam serviços exclusivamente na área ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 14, § 3º)

Art. 154. O cadastro no SCNES das entidades abrangidas por esta Subseção deve estar atualizado, a fim de subsidiar a análise da prestação de serviços ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 15)

Art. 155. O atendimento do percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS poderá ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja por ela mantida. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16)

§ 1º Para fins do disposto no "caput", no conjunto de estabelecimentos de saúde da pessoa jurídica poderá ser incorporado aquele vinculado por força de contrato de gestão, nos termos do § 2º do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 1º)

§ 2º Para fins de cumprimento do percentual previsto no § 1º, a entidade de saúde requerente poderá incorporar, no limite de 10% (dez por cento) dos seus serviços, aqueles prestados ao SUS em estabelecimento a ela vinculado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 2º)

§ 3º Para fins de apuração do limite de que trata o § 2º, os serviços prestados pela requerente incluem as internações hospitalares (SUS e não SUS) e os atendimentos ambulatoriais (SUS e não SUS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 16, § 3º)

Art. 156. Para os requerimentos de renovação de certificação, caso a entidade de saúde não cumpra a exigência constante do art. 146, II no exercício fiscal anterior ao do requerimento, o Ministério da Saúde avaliará o cumprimento da exigência com base na média do total de prestação de serviços ao SUS pela entidade durante todo o período de certificação em curso, que deverá ser de, no mínimo, 60% (sessenta por cento). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17)

§ 1º Para fins do disposto no "caput", apenas será admitida a avaliação da entidade de saúde pelo Ministério da Saúde caso haja o cumprimento, no mínimo, de 50% (cinquenta por cento) da prestação de serviços de que trata o art. 146, II em cada um dos anos do período de sua certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17, § 1º)

§ 2º Aplica-se o disposto no "caput" aos requerimentos de renovação de certificação protocolados após a publicação da Lei nº 12.101, de 2009, relativos às entidades da área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 17, § 2º)

Art. 157. A verificação do cumprimento do requisito da prestação de serviços ao SUS, no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), dar-se-á por meio da produção SUS e não SUS da matriz e de todas as suas filiais. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 18)

Art. 158. O percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS será apurado por cálculo percentual simples, com base no total de internações hospitalares, medidas por paciente-dia (SUS e não SUS), e no total de atendimentos ambulatoriais, medidos por número de atendimentos/procedimentos (SUS e não SUS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19)

§ 1º Serão considerados no conjunto dos serviços prestados ao SUS as internações hospitalares, medidas por paciente-dia, e os atendimentos ambulatoriais, medidos por atedimentos/procedimentos, registrados na CIHA, custeados com recursos próprios dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 1º)

§ 2º As internações hospitalares e os atendimentos ambulatoriais realizados sem nenhuma contraprestação, considerados para efeito da verificação da execução das ações de gratuidade na área de saúde, não são computados na apuração do percentual de serviços prestados ao SUS, na forma do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 2º)

§ 3º Para efeito do disposto no "caput", a participação do componente ambulatorial do SUS será de no máximo 10% (dez por cento), devidamente comprovado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 19, § 3º)

Art. 159. A entidade de saúde que aderir a programas e estratégias prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde fará jus a índice percentual que será adicionado ao total da prestação de serviços ofertados ao SUS, observado o limite máximo de 10% (dez por cento), para fins de comprovação da prestação anual de serviços ao SUS, nos seguintes índices: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20)

I - atenção obstétrica e neonatal: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, I)

II - atenção oncológica: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, II)

III - atenção às urgências e emergências: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, III)

IV - atendimentos voltados a pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do abuso ou dependência de álcool, crack e outras drogas: 1,5% (um e meio pontos percentuais); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, IV)

V - atenção à saúde da pessoa com deficiência: 1,5% (um e meio pontos percentuais); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, V)

VI - hospital de ensino: 1,5% (um e meio pontos percentuais). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 20, VI)

Art. 160. A entidade que presta serviço exclusivamente na área ambulatorial terá o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços prestados ao SUS apurado por cálculo percentual simples, com base no total de atendimentos ambulatoriais (SUS e não SUS), medidos por número de atendimentos/procedimentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 21)

Parágrafo Único. Aplica-se o disposto no "caput" às hipóteses em que o gestor do SUS contratar exclusivamente os serviços de atendimento ambulatorial de entidades que também dispõem de serviços de internação hospitalar, observado o disposto no art. 146, II. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 161. Para as entidades especializadas que apresentarem preponderância na área de internação hospitalar ou ambulatorial, o percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de serviços prestados ao SUS terá como base de cálculo os serviços prestados pela área preponderante, não podendo reduzir a prestação de serviços ao SUS da área não preponderante. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 22)

Subseção III
Das Ações de Gratuidade na Área da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 162. Não havendo interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade de saúde ou de contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o art. 146, II, a entidade deverá comprovar a aplicação de percentual da sua receita em gratuidade na área da saúde, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23)

I - 20% (vinte por cento), quando não houver interesse de contratação pelo gestor local do SUS ou se o percentual de prestação de serviços ao SUS for inferior a 30% (trinta por cento); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, I)

II - 10% (dez por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 30% (trinta por cento) e inferior a 50% (cinquenta por cento); ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, II)

III - 5% (cinco por cento), se o percentual de prestação de serviços ao SUS for igual ou superior a 50% (cinquenta por cento). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, III)

§ 1º A receita de que trata o "caput" será aquela efetivamente auferida pela prestação de serviços de saúde, proveniente dos serviços remunerados ou não pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 1º)

§ 2º A aplicação em ações de gratuidade na área de saúde do percentual da receita efetivamente auferida pela prestação de serviços de saúde será verificada por meio das demonstrações contábeis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 2º)

§ 3º Para efeito deste artigo, consideram-se ações de gratuidade: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º)

I - casa de apoio: manutenção de instalações físicas que visem apoio e suporte a pacientes em trânsito para tratamento, dentre as quais: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I)

a) atenção à mulher; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, a)

b) atenção à criança; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, b)

c) atenção oncológica; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, c)

d) atenção a dependentes químicos, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, I, d)

II - apoiar a gestão local na formação de profissionais da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, II)

III - promover ações de educação em saúde coletiva junto à população local, no intuito de promover a melhoria de práticas de alimentação saudável com foco nas diretrizes do Ministério da Saúde, atividades corporal e física, prevenção e controle de tabagismo, redução da morbimortalidade e do uso abusivo de álcool e drogas, aprovadas pelo gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, III)

IV - apoiar o gestor do SUS na realização de campanhas no intuito de promover a doação de órgãos, sangue, fortalecimento do aleitamento materno exclusivo e esclarecimento sobre obesidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, IV)

V - promoção de atividades recreativas e lúdicas para pacientes com internações de longa permanência; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, V)

VI - criação de núcleos de avaliação, controle e monitoramento a paciente com déficit nutricional e obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, VI)

VII - outras pactuadas com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 23, § 3º, VII)

Art. 163. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 24)

Subseção IV
Das Ações e Serviços de Promoção da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO I, Seção IV)

Art. 164. Para efeito do disposto no art. 148, são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25)

I - nutrição e alimentação saudável: as ações e serviços de promoção da saúde devem considerar o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida, sendo consideradas, para fins de certificação, atividades como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I)

a) promoção de ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, a)

b) aconselhamento individual e/ou coletivo com vistas a disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, b)

c) aconselhamento continuado para grupos específicos, como por exemplo, diabéticos, obesos, pessoas com excesso de peso, hipertensos, celíacos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, c)

d) desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, d)

e) implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, I, e)

II - prática corporal e atividade física: as ações e serviços de promoção da saúde devem ser contínuos e sistemáticos, excetuadas as ações de treinamento desportivo, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II)

a) ações de condicionamento físico relacionado à saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, a)

b) ações de orientação para a prática de atividade física; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, b)

c) ações de mobilização comunitária; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, c)

d) ações de produção e veiculação de informações; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, d)

e) ação de capacitação técnica para apoio e aconselhamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, II, e)

III - prevenção e controle do tabagismo: as ações e serviços de promoção da saúde devem visar à prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco e o controle/monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde o seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III)

a) realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investindo na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, a)

b) mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, como unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, b)

c) oferecer acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim por meio de aconselhamento individual e/ou coletivo; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, III, c)

IV - prevenção ao câncer: as atividades relacionadas à prevenção do câncer, conforme disposto no Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, são: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV)

a) realização de ações que promovam hábitos saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas

e intervenções ambientais e organizacionais que estimulem estas práticas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, a)

b) orientação de atividades físicas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, b)

c) orientação e distribuição quanto ao uso de equipamentos para evitar o impacto dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, c)

d) desenvolvimento de ações para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, d)

e) vigilância e monitoramento da eliminação da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, e)

f) prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, f)

g) implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento "screening" e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, g)

h) garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer, em conformidade com os protocolos e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IV, h)

V - prevenção ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e às hepatites virais: as atividades relacionadas à prevenção do vírus HIV e hepatites virais incluem: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V)

a) promoção da saúde e prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DSTs, realizadas nos serviços: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a)

1. oferta à população de exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 1)

2. aconselhamento pré e pós testagem; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 2)

3. aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 3)

4. aconselhamento individual no pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 4)

5. aconselhamento para casais, inclusive casais soropositivos e sorodiscordantes, no campo do planejamento familiar (reprodução assistida); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 5)

6. aconselhamento continuado para pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites) e também para PVHA, portadores de hepatites e seus familiares, até que sejam encaminhados e atendidos nos serviços de referência para tratamento e para grupos e segmentos populacionais específicos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 6)

7. disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção, como preservativos masculinos de 49 e 52 mm; preservativos femininos para mulheres usuárias do serviço, especialmente para aquelas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas; gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV/aids e mulheres que apresentem demanda específica; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 7)

8. kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o Centro de Testagem e aconselhamento está inserido; atividades educativas; disponibilização de material educativo e informativo; captação de segmentos populacionais mais vulneráveis por meio de mídias de comunicação; orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 8)

9. atividades educativas em instituições como, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, a, 9)

b) Unidade de Testagem Móvel: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b)

1. realização da testagem em campo, com aconselhamento e atividades de orientação preventiva; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 1)

2. disponibilização de insumos de prevenção; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 2)

3. disponibilização de material informativo/educativo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 3)

4. orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, V, b, 4)

VI - prevenção e controle da dengue: para fins de certificação, serão consideradas as ações que impeçam que o mosquito se prolifere, interrompendo seu ciclo de reprodução, ou seja, impedindo que os ovos sejam depositados em locais com água limpa e parada, entre as quais destacam-se: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI)

a) atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, a)

b) orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos, e caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, b)

c) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco quanto à formação de criadouros do "Aedes aegypti"; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, c)

d) promoção de educação em saúde até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VI, d)

VII - prevenção da malária: reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a sua transmissão, sendo consideradas, para fins de certificação, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII)

a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, a)

b) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, b)

c) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, c)

d) coletar lâminas de sintomáticos, e enviá-las ao profissional responsável para leitura e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a Unidade Básica de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, d)

e) orientar medidas de proteção individual, tais como uso de repelentes, uso de roupas e acessórios apropriados para diminuir o contato vetor homem, uso de mosquiteiros e cortinas impregnados ou não com inseticidas e telagem das portas e janelas das casas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VII, e)

VIII - ações de promoção a saúde para tuberculose e hanseníase a serem desenvolvidas pelas entidades certificadas: as ações deverão ser orientadas pelas áreas de Vigilância em Saúde das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII)

a) identificar sinais e sintomas da hanseníase/tuberculose; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, a)

b) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, b)

c) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas a esclarecer sobre os sintomas da tuberculose e a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, c)

d) realizar avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos de hanseníase; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, d)

e) realizar ações educativas referentes a higiene e saneamento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, e)

f) notificação dos casos confirmados de hanseníase/tuberculose; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, f)

g) encaminhar para unidade de referência os casos hanseníase/tuberculose; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, g)

h) realizar assistência domiciliar, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, VIII, h)

IX - redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas: entre estas atividades estão compreendidas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX)

a) práticas educativas e sensibilizadoras, voltadas para a população em todos os ciclos de vida, quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências para a saúde que estimulem a percepção, a reflexão e a articulação das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável, considerando a autonomia e empoderamento dos sujeitos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, a)

b) iniciativas de redução de danos pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas envolvendo a corresponsabilização e autonomia da população; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, b)

c) desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e redução do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, c)

d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade social; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, d)

e) outras atividades de promoção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas pactuadas com o gestor do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, IX, e)

X - redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito, tais como: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X)

a) as atividades desenvolvidas no escopo da redução dos fatores de risco e reforço dos fatores de proteção relativos à segurança viária compreendendo práticas educativas voltadas a todos os segmentos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, a)

b) a promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, b)

c) articulação de agendas e instrumento de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, c)

d) apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, X, d)

XI - prevenção da violência: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos, sendo que as atividades devem envolver todos os segmentos populacionais com ênfase naqueles de maior vulnerabilidade às violências, dentre elas compreendidas: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI)

a) as ações de orientação e apoio às pessoas em situação vulnerabilidade para as violências; garantia e promoção de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, a)

b) promoção do protagonismo juvenil; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, b)

c) fortalecimento de vínculos comunitários e sociais; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, c)

d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, d)

e) iniciativas de inclusão social por meio da ação cultural, esportiva e de lazer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, e)

f) iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direitos humanos; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, f)

g) fortalecimento da rede nacional de prevenção da violência; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XI, g)

XII - redução da morbimortalidade nos diversos ciclos de vida: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nos diversos ciclos de vida as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção, dentre as quais compreendem: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII)

a) a promoção da educação em saúde por meio do cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, a)

b) ampliação do acesso da população às políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, b)

c) integração multiprofissional na construção e na execução das ações; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, c)

d) fazer convergir as ações e programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, d)

e) contribuição para as escolhas de modos de vida mais saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, e)

f) ampliação das atividades físicas da população e estimular hábitos alimentares saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 25, XII, f)

Seção II
Do Requerimento de Concessão ou Renovação do CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II)

Subseção I
Do Protocolo do Requerimento
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 165. Os requerimentos de concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) e de sua renovação serão protocolados junto ao Ministério da Saúde, quando a saúde for a área de atuação preponderante da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 26)

Art. 166. O requerimento de concessão ou renovação do CEBAS será protocolado através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, instruído em conformidade com o disposto na Subseção II da Seção II do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27)

§ 1º Os requerimentos de concessão ou renovação do CEBAS serão considerados recebidos na data de seu protocolo no sistema informatizado de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 1º)

§ 2º O protocolo do requerimento será vinculado ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) do representante legal da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 2º)

§ 3º Será disponibilizado comprovante do protocolo de requerimento, contendo o nome da entidade e seu número de inscrição no CNPJ. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 27, § 3º)

Art. 167. O requerimento de renovação do CEBAS deverá ser protocolado durante os 360 (trezentos e sessenta) dias que antecederem o fim da vigência da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28)

§ 1º O requerimento de renovação protocolado antes do período de que trata o "caput" não será conhecido, devendo a entidade apresentar novo requerimento dentro do período de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 1º)

§ 2º O requerimento protocolado após o fim da vigência da certificação será considerado requerimento de concessão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 2º)

§ 3º Aos requerimentos de renovação da certificação protocolados antes da publicação da Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, não se aplica o disposto no § 3º do art. 24 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 2º, a entidade não será beneficiada pela isenção do pagamento das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, no período compreendido entre o término da validade da certificação anterior e a data de publicação da decisão de deferimento ou indeferimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 28, § 4º)

Art. 168. O protocolo do requerimento de renovação da certificação, tempestivamente apresentado, será considerado prova da certificação até o julgamento do seu processo pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29)

§ 1º O disposto no "caput" aplica-se aos requerimentos de renovação da certificação redistribuídos nos termos do art. 35 da Lei nº 12.101, de 2009, assegurado às entidades interessadas o fornecimento de cópias dos protocolos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 1º)

§ 2º O disposto no "caput" não se aplica aos requerimentos de renovação da certificação protocolados fora do prazo legal ou com certificação anterior tornada sem efeito por qualquer motivo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 2º)

§ 3º A validade e a tempestividade do protocolo serão confirmadas pelo interessado mediante consulta da tramitação processual do requerimento na página do Ministério da Saúde na internet ou, na impossibilidade, por certidão expedida pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 29, § 3º)

Subseção II
Da Instrução do Requerimento
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 169. O requerimento de que trata a Subseção I da Seção II do Capítulo II do Título VI será instruído com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30)

I - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, I)

II - cópia da ata de eleição dos dirigentes e, quando for o caso, do instrumento comprobatório de representação legal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, II)

III - cópia do ato constitutivo da entidade, devidamente registrado junto ao órgão competente, que demonstre o cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III)

a) constituição como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, há 12 (doze) meses, no mínimo; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, a)

b) finalidade de prestação de serviços na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, b)

c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, sobre a destinação do eventual patrimônio remanescente, a entidades sem fins lucrativos cogêneres ou a entidades públicas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, III, c)

IV - relatório de atividades desempenhadas no exercício fiscal anterior ao requerimento, destacando informações sobre o público atendido e os recursos envolvidos e assinado pelo representante legal; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IV)

V - balanço patrimonial, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V)

a) discriminação quanto aos componentes do ativo circulante e não circulante, quanto à composição do passivo circulante e não circulante, e quanto à composição do patrimônio líquido; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, a)

b) constituição das provisões; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, b)

c) depreciações; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, V, c)

VI - demonstração das mutações do patrimônio líquido, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI)

a) saldos iniciais e finais do exercício fiscal anterior ao do requerimento; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, a)

b) ajustes de exercícios anteriores; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, b)

c) destinações do superávit/déficit do exercício; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VI, c)

VII - demonstração dos fluxos de caixa, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII)

a) montante dos fluxos de caixa operacional, segregado por área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII, a)

b) pagamentos de caixa para aquisição de imobilizado, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VII, b)

VIII - demonstração do resultado do exercício, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII)

a) receita bruta anual auferida, devidamente discriminada e segregada por área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, a)

b) detalhamento das despesas e custos ocorridos, devidamente discriminados por área de atuação, além das despesas com gratuidade, quando couber, sem prejuízo das demais despesas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, b)

c) superávit ou déficit do exercício; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, c)

d) valor do benefício fiscal usufruído; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, VIII, d)

IX - notas explicativas, com receitas e despesas segregadas por área de atuação da entidade, contendo: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX)

a) resumo das principais práticas contábeis; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, a)

b) critérios de apuração e detalhamento das receitas e despesas, especialmente com doações, subvenções, convênios, contribuições e aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, b)

c) detalhamento, por elemento de despesa, das ações de gratuidade na área de saúde, bem como o respectivo critério de apuração; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, c)

d) o valor dos benefícios fiscais usufruídos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, IX, d)

X - cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), efetuada pelo responsável legal da entidade ao gestor local do SUS, protocolada junto à Secretaria de Saúde respectiva; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, X)

XI - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor do SUS, acompanhada da cópia dos respectivos termos aditivos referentes ao exercício anterior ao do requerimento do CEBAS; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, XI)

XII - cópia do contrato de gestão, na hipótese do disposto no art. 155, § 1º , quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, XII)

§ 1º As entidades que obedeçam ao requisito do art. 146, II ficam dispensadas da apresentação dos demonstrativos contábeis de que trata o "caput", com exceção dos dispostos nos incisos VIII e IX do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 1º)

§ 2º As entidades de que tratam os arts. 147, 148, 149 e 150 ficam dispensadas da apresentação dos documentos de que tratam os incisos XI e XII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 2º)

§ 3º As demonstrações contábeis serão relativas ao exercício fiscal anterior ao do requerimento do CEBAS e elaboradas por profissional legalmente habilitado, atendidas as normas do Conselho Federal de Contabilidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 3º)

§ 4º As entidades cuja receita bruta anual for superior ao limite máximo estabelecido no inciso II do "caput" do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão submeter sua escrituração a auditoria independente realizada por instituição credenciada junto ao Conselho Regional de Contabilidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 4º)

§ 5º Na apuração da receita bruta anual, para fins do § 4º, também serão computadas as receitas provenientes de vendas de serviços, de aplicações financeiras, de locação e vendas de bens, assim como das doações e das subvenções recebidas ao longo do exercício fiscal, em todas as atividades realizadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 5º)

§ 6º O parecer da auditoria de que trata o § 4º deverá seguir as Normas Brasileiras de Contabilidade vigentes, além de expressar, clara e objetivamente, se as demonstrações contábeis auditadas representam a real situação patrimonial e financeira da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 6º)

§ 7º Todas as demonstrações contábeis exigidas deverão atender aos Princípios de Contabilidade e às Normas Brasileiras e Internacionais de Contabilidade vigentes na data de elaboração dos documentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 7º)

§ 8º As despesas e custos incorridos em ações de gratuidade na área de saúde deverão estar devidamente evidenciadas na demonstração do resultado do exercício, no que couber, sem prejuízo das demais despesas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 30, § 8º)

Art. 170. Caso não haja interesse do gestor do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados pela entidade ou havendo contratação abaixo do percentual mínimo a que se refere o inciso II do "caput" do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, a entidade de saúde instruirá seu requerimento com: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31)

I - os documentos previstos nos incisos I a XII do art. 169, se for o caso; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, I)

II - declaração fornecida pelo gestor do SUS que ateste a ausência de interesse; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, II)

III - demonstrativo contábil que comprove a aplicação de percentual em gratuidade, na forma do disposto no art. 162; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, III)

IV - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, de prestação de serviços, explicitando, também, as ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, nos termos do art. 162, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, IV)

V - termo de pactuação das ações de gratuidade pactuadas na área de saúde, a serem executadas em razão da aplicação de percentual da receita em gratuidade, quando for caso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, V)

Parágrafo Único. Os demonstrativos contábeis deverão comprovar o valor da receita efetivamente recebida pela prestação de serviços de saúde e a aplicação dos percentuais exigidos em gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 31, Parágrafo Único)

Art. 171. As entidades de que trata o art. 147 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos, I, II, III, IV e VIII do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32)

I - cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a prestação de serviços, observada a regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32, I)

II - declaração do gestor do SUS atestando a execução das ações pactuadas no contrato, convênio ou instrumento congênere. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 32, II)

Art. 172. As entidades de que trata o art. 148 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, além da cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução de ações e serviços de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 33)

Parágrafo Único. O contrato, convênio ou instrumento congênere de que trata o "caput" deve conter a descrição das ações e serviços de promoção da saúde pactuados com o gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 173. As entidades de que trata o art. 149 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, que demonstre a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) da receita bruta em ações de gratuidade, bem como cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, para a execução das ações de gratuidade em promoção da saúde de que trata o "caput", contendo o elenco de procedimentos regulados, a serem prestados pela entidade aos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 34)

Art. 174. A entidade de saúde de reconhecida excelência que optar por realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, nos termos do art. 150, deverá apresentar os documentos previstos nos incisos I a IX do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35)

I - portaria de reconhecimento de excelência para apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, editada pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, I)

II - cópia do ajuste ou convênio celebrado com o Ministério da Saúde e dos termos aditivos; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, II)

III - demonstrações contábeis e financeiras submetidas a parecer conclusivo de auditor independente, legalmente habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, III)

IV - resumo da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e Informações à Previdência Social; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, IV)

V - pactuação com o gestor do SUS para a complementação prevista no art. 150, § 2º ; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, V)

VI - declaração fornecida pelo gestor do SUS atestando os resultados obtidos com a complementação prevista no art. 150, § 2º ; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, VI)

VII - certidão, expedida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), de aprovação dos relatórios finais referentes à execução dos projetos constantes do termo de ajuste ou convênio, e seus termos aditivos, relativos ao exercício fiscal anterior ao do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, VII)

§ 1º Para os requerimentos de renovação, os demonstrativos contábeis de que trata este artigo devem comprovar que a entidade aplicou o valor da isenção usufruída no exercício fiscal anterior em projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS e, quando couber, com prestação de serviços não remunerados e

pactuados com o gestor do SUS, no limite estabelecido no art. 150, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, § 1º)

§ 2º Tratando-se de requerimento de concessão, o recurso despendido pela entidade no projeto de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS não poderá ser inferior ao valor das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, referente ao exercício fiscal anterior ao do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 35, § 2º)

Art. 175. As entidades de que trata o art. 151 deverão apresentar os documentos previstos nos incisos de I a X do art. 169, além dos seguintes: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36)

I - as Guias de Recolhimento de FGTS e Informações para a Previdência Social (GFIPS), apresentadas pela entidade à Receita Federal do Brasil, acompanhada de demonstrativo contábil que demonstre a aplicação do percentual mínimo previsto no art. 151 em prestação de serviços gratuitos aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, I)

II - pacto firmado com o gestor do SUS, contendo estimativa de metas e resultados a serem alcançados; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, II)

III - comprovante emitido pelo gestor local do SUS sobre o cumprimento das metas e resultados ajustados no pacto a que se refere o art. 151, § 1º ; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, III)

IV - Norma Coletiva de Trabalho, comprovando a prestação de serviços assistenciais de saúde, não remunerados pelo SUS, a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, IV)

Parágrafo Único. Os demonstrativos contábeis deverão comprovar a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) do valor total da isenção das contribuições para a seguridade social na prestação de serviços ao SUS, sem geração de créditos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 36, Parágrafo Único)

Art. 176. As entidades de que trata o art. 145, parágrafo único deverão apresentar, ainda, declaração favorável à redução do período mínimo de cumprimento dos requisitos de certificação, fornecida pelo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 37)

Subseção III
Da Análise e Decisão sobre o Requerimento
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 177. A análise do requerimento será realizada no âmbito do DCEBAS/SAS/MS, de acordo com a forma que a entidade pretende comprovar sua condição de beneficente para fins de certificação, indicada no formulário de requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 38)

Parágrafo Único. A análise do requerimento será realizada pela Coordenação-Geral de Certificação (CGCER/DCEBAS/SAS/MS), que emitirá Parecer Técnico e o submeterá à consideração do DCEBAS/SAS/MS que, se de acordo, o encaminhará para deliberação do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 178. Os requerimentos serão analisados, de acordo com a ordem cronológica de seu protocolo, no prazo de até 6 (seis) meses, contado da data da sua remessa por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39)

§ 1º O prazo de que trata o "caput" poderá ser prorrogado para fins de complementação de documentação, hipótese na qual será permitida uma única diligência por parte do Ministério da Saúde, a ser atendida pela entidade no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da notificação e prorrogável uma vez, por igual período. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 1º)

§ 2º Os documentos apresentados em resposta à diligência e/ou complementação de informação de que trata o § 1º serão protocolados por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 2º)

§ 3º A prorrogação de prazo de que trata o § 1º poderá ser solicitada pela entidade através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 3º)

§ 4º O não atendimento pela entidade à diligência de que trata o § 1º implicará o indeferimento do requerimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde poderá solicitar esclarecimentos e informações aos órgãos públicos e à entidade interessada, sem prejuízo da diligência de que trata o § 1º, desde que relevantes para a tomada de decisão sobre o requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 39, § 5º)

Art. 179. A certificação da entidade permanecerá válida até a data da decisão sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 40)

Art. 180. Ato do Secretário de Atenção à Saúde indicará a decisão de deferimento ou indeferimento do requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 41)

Parágrafo Único. O extrato da decisão sobre o requerimento de concessão do CEBAS ou de sua renovação será publicado no Diário Oficial da União (DOU) e no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 41, Parágrafo Único)

Art. 181. A decisão do requerimento surtirá efeito: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42)

I - para os requerimentos de concessão, a partir da publicação no DOU do ato específico de que trata o art. 180; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, I)

II - para os requerimentos de renovação: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II)

a) a partir do término da validade da certificação anterior, quando o requerimento for deferido; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II, a)

b) a partir da publicação no DOU do ato específico de que trata o art. 180, quando o requerimento for indeferido e o julgamento ocorrer após o vencimento da certificação anterior. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 42, II, b)

Seção III
Da Entidade com Atuação em Mais de Uma Área
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO III)

Art. 182. A entidade que atuar em mais de uma das áreas a que se refere o art. 1º do Decreto nº 8.242, de 2014, deverá requerer a concessão do CEBAS ou sua renovação junto ao Ministério da Saúde quando a saúde for sua área de atuação preponderante, sem prejuízo da comprovação dos requisitos exigidos para as demais áreas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43)

§ 1º A atividade econômica principal constante do CNPJ deverá corresponder ao principal objeto de atuação da entidade, verificado nos documentos apresentados nos termos da Subseção II da Seção II do Capítulo II do Título VI, sendo preponderante a área na qual a entidade realiza a maior parte de suas despesas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 1º)

§ 2º A área de atuação preponderante da entidade será verificada pelo Ministério da Saúde na forma indicada no § 1º, por ocasião da análise dos requisitos exigidos para sua concessão ou sua renovação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 2º)

§ 3º O requerimento recebido pelo Ministério da Saúde de entidade que não atuar de forma preponderante na área da saúde será encaminhado ao Ministério certificador competente, considerada a data do protocolo inicial para fins de comprovação de sua tempestividade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 3º)

§ 4º Para os requerimentos das entidades de que trata esta Seção encaminhados ao Ministério da Saúde por outros Ministérios certificadores, será considerada a data do protocolo no Ministério no qual o requerimento tenha sido originalmente protocolado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 4º)

§ 5º Os requerimentos das entidades que prestam serviços ou ações socioassistenciais, sem qualquer exigência de contraprestação dos usuários, com o objetivo de habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e de promoção e a sua inclusão à vida comunitária, no enfrentamento dos limites existentes para as pessoas com deficiência, que atuarem exclusivamente na área da saúde serão analisados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 43, § 5º)

Art. 183. O requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação protocolado em mais de um Ministério pela mesma entidade que atue de forma preponderante na área da saúde será analisado de acordo com a ordem cronológica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 44)

Art. 184. As entidades de que trata esta Seção manterão escrituração contábil com registros segregados de modo a evidenciar o seu patrimônio, as suas receitas, os custos e despesas de cada área de atuação, conforme normas do Conselho Federal de Contabilidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 45)

Parágrafo Único. Os registros de atos e fatos serão segregados por área de atuação da entidade e obedecerão aos critérios específicos de cada área, a fim de possibilitar a comprovação dos requisitos para sua certificação como entidade beneficente de assistência social. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 45, Parágrafo Único)

Art. 185. A concessão da certificação ou renovação da entidade de que trata esta Seção que atue de forma preponderante na área de saúde dependerá da manifestação dos demais ministérios certificadores competentes nas respectivas áreas de atuação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46)

§ 1º O requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação deverá ser instruído com os documentos previstos no Decreto nº 8.242, de 2014, para certificação em cada uma das áreas de atuação da entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 1º)

§ 2º Recebido o requerimento de concessão da certificação ou de sua renovação de entidade que trata esta Seção que atue de forma preponderante na área da saúde, o Ministério da Saúde consultará os demais Ministérios interessados, que se manifestarão no prazo legal sobre o cumprimento dos requisitos nas suas respectivas áreas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 2º)

§ 3º O requerimento será analisado pelo Ministério da Saúde e demais Ministérios certificadores interessados e somente será deferido se constatado o cumprimento dos requisitos previstos na Lei nº 12.101, de 2009, na Lei nº 12.868, de 2013, no Decreto nº 7.300, de 2010, no Decreto nº 8.242, de 2014, e neste Capítulo, quando cabível, para cada uma de suas áreas de atuação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 46, § 3º)

Art. 186. O critério de definição da preponderância previsto no art. 182, § 1º aplica-se aos processos de concessão e renovação de certificação remetidos ao Ministério da Saúde por força dos arts. 34 e 35 da Lei nº 12.101, de 2009. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 47)

Seção IV

Dos Prazos de Validade do CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO IV)

Art. 187. O CEBAS concedido originalmente terá validade de 3 (três) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 48)

Art. 188. O CEBAS renovado terá validade: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49)

I - de 3 (três) anos, para as entidades que tenham receita bruta anual maior que R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49, I)

II - de 5 (cinco) anos, para as entidades que tenham receita bruta anual igual ou inferior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 49, II)

Art. 189. Na apuração da receita bruta anual, de que trata o art. 188, serão computadas as receitas provenientes de venda de serviços, de aplicação financeira, de locação e venda de bens, assim como as doações e as subvenções recebidas ao longo do exercício financeiro, em todas as atividades realizadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 50)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", será considerada a documentação contábil relativa ao exercício fiscal anterior ao do requerimento do CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 50, Parágrafo Único)

Seção V
Do Monitoramento e Controle do CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V)

Subseção I
Da Supervisão
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 190. O DCEBAS/SAS/MS supervisionará as entidades certificadas e zelará pela manutenção do cumprimento dos requisitos necessários à certificação, podendo, a qualquer tempo, determinar a apresentação de documentos, a realização de auditorias e o cumprimento de diligências. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51)

§ 1º Sem prejuízo das representações a que se refere a Subseção II da Seção V do Capítulo II do Título VI, o Ministério da Saúde poderá, de ofício, determinar a apuração de indícios de irregularidades no cumprimento da Lei nº 12.101, de 2009, do Decreto nº 8.242, de 2014, ou deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 1º)

§ 2º A entidade deverá apresentar documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que trata o "caput", quando solicitados, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, contado da data de recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 2º)

§ 3º No processo de supervisão poderá ser aplicado o disposto no art. 156, considerando-se todo o período de certificação para o cálculo da média dos percentuais de serviços prestados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 3º)

§ 4º As instâncias gestoras do SUS, nos âmbitos estadual e municipal, poderão supervisionar as entidades certificadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 51, § 4º)

Art. 191. O DCEBAS/SAS/MS supervisionará as entidades que não atuem de forma preponderante na área da saúde, devendo notificar a autoridade certificadora sobre o descumprimento dos requisitos necessários à manutenção da certificação na área da saúde, para que promova seu cancelamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 52)

Art. 192. Constatado o descumprimento de requisitos obrigatórios à certificação durante o processo de supervisão, o DCEBAS/SAS/MS iniciará o processo de cancelamento do certificado da entidade supervisionada, resguardados o contraditório e a ampla defesa. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 53)

Parágrafo Único. Após a abertura do processo de cancelamento, a entidade será notificada para apresentar defesa no prazo de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 53, Parágrafo Único)

Subseção II
Da Representação
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 193. Verificada a prática de irregularidade pela entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54)

I - o gestor municipal, distrital ou estadual do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, I)

II - a Secretaria da Receita Federal do Brasil; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, II)

III - os conselhos de acompanhamento e controle social previstos na Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, e os Conselhos de Assistência Social e de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, III)

IV - o Tribunal de Contas da União. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, IV)

§ 1º A representação será realizada por meio eletrônico ou físico, dirigida ao Secretário de Atenção à Saúde, e deverá conter a qualificação do seu autor, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação e as informações para o esclarecimento do pedido. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 1º)

§ 2º A representação, respectivas defesas e recursos poderão ser protocolados: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º)

I - presencialmente, considerando-se como data de protocolo a da efetiva entrega no DCEBAS/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, I)

II - via postal, em envelope remetido ao DCEBAS/SAS/MS, para o endereço indicado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude, informando o nome do órgão ou entidade interessada e o objeto, considerando-se como data de protocolo a da postagem; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, II)

III - por meio do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude, considerando-se como data de protocolo a da remessa. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 2º, III)

§ 3º Os processos de requerimento de renovação da certificação e de representação, que estejam em tramitação concomitante, serão julgados simultaneamente. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 54, § 3º)

Art. 194. Após o recebimento da representação, caberá à SAS/MS, por intermédio do DCEBAS/SAS/MS: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55)

I - comunicar a formalização de representação à Secretaria da Receita Federal do Brasil até o quinto dia útil do mês subsequente ao protocolo da representação, salvo se esta figurar como parte na representação; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, I)

II - solicitar ao autor da representação que complemente as informações ou documentos apresentados, no prazo de 10 (dez) dias, contado do recebimento da notificação, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, II)

III - notificar a entidade para que, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência da notificação, apresente defesa; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, III)

IV - solicitar, caso a representação aponte indícios de irregularidades referentes às áreas de atuação não preponderantes da entidade certificada, que os Ministérios competentes pela certificação nessas áreas se manifestem, no prazo legal; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, IV)

V - analisar e decidir sobre a representação, no prazo de 30 (trinta) dias, contado: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V)

a) da apresentação de defesa; ou (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V, a)

b) do termo final do prazo de que trata o inciso II sem apresentação de complementação das informações solicitadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, V, b)

§ 1º O DCEBAS/SAS/MS poderá arquivar a representação no caso de insuficiência ou de não apresentação das informações solicitadas na forma do inciso II do "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, § 1º)

§ 2º A defesa apresentada tempestivamente, na forma do inciso III do "caput", será analisada no âmbito do DCEBAS/SAS/MS por equipe diversa da que analisou o requerimento de certificação, que emitirá parecer conclusivo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 55, § 2º)

Art. 195. A entidade e o autor da representação serão comunicados sobre o resultado do julgamento da representação, por ofício da autoridade julgadora, acompanhado de cópia da decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 56)

Art. 196. Julgada improcedente a representação, será dada ciência à Secretaria da Receita Federal do Brasil, e o processo correspondente será arquivado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 57)

Art. 197. Caso a representação seja julgada procedente, caberá recurso na forma da Subseção II da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 58)

Subseção III
Da Denúncia
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 198. As denúncias referentes ao CEBAS serão apuradas por meio de supervisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59)

§ 1º A denúncia de que trata o "caput" poderá ensejar a abertura de processo de cancelamento do CEBAS, na forma da Seção VI do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59, § 1º)

§ 2º As denúncias sobre irregularidades, no âmbito do SUS, cuja apuração não seja de competência do DCEBAS/SAS/MS, serão encaminhadas a outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos de controle interno e externo e ao Ministério Público, quando cabível. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 59, § 2º)

Seção VI
Do Cancelamento do CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VI)

Art. 199. A entidade certificada deverá atender às exigências previstas neste Título durante todo o período de validade do CEBAS, sob pena de cancelamento da certificação a qualquer tempo, caso o Ministério da Saúde constate o descumprimento dos requisitos obrigatórios à certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60)

§ 1º A certificação será cancelada a partir da ocorrência do fato que ensejou o descumprimento dos requisitos necessários à sua concessão ou renovação, em virtude de processo iniciado de ofício pela SAS/MS, de representação ou de denúncia. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 1º)

§ 2º Caberá recurso da decisão que cancelar o CEBAS na forma da Subseção I da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde comunicará o cancelamento à Secretaria da Receita Federal do Brasil, até o quinto dia útil do mês subsequente ao cancelamento da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 3º)

§ 4º A lista das entidades com CEBAS cancelados será divulgada no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 60, § 4º)

Seção VII
Dos Recursos
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII)

Subseção I
Do Recurso Contra a Decisão que Indeferir o Requerimento de Concessão ou Renovação ou que Cancelar o CEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII, Seção I)

Art. 200. Da decisão que indeferir o requerimento de concessão ou renovação ou que cancelar o CEBAS caberá recurso, dirigido ao Secretário de Atenção à Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de sua publicação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61)

§ 1º O recurso de que trata o "caput" será protocolado através do sistema disponível no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 1º)

§ 2º O recurso protocolado fora do prazo previsto no "caput" não será admitido. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 2º)

§ 3º O recurso poderá abranger questões de legalidade e mérito. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 61, § 3º)

Art. 201. O recurso apresentado tempestivamente será analisado no âmbito do DCEBAS/SAS/MS por equipe diversa da que analisou o requerimento, que emitirá parecer conclusivo e o submeterá à apreciação do Secretario de Atenção à Saúde, para decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62)

§ 1º A decisão de que trata o "caput" será prolatada no prazo de 10 (dias), contado da data da interposição do recurso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62, § 1º)

§ 2º Na hipótese de interposição de recurso pelas entidades referidas na Seção III do Capítulo II do Título VI, o Ministério da Saúde, sempre que necessário, consultará os demais Ministérios competentes pela certificação nas áreas de atuação não preponderantes, que se manifestarão no prazo legal, interrompendo o prazo de 10 (dez) dias previsto no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 62, § 2º)

Art. 202. Acolhido o recurso, a SAS/MS publicará a reforma de sua decisão no DOU, no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento do processo, sem prejuízo da divulgação no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 63)

Art. 203. O recurso não acolhido será encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde para julgamento, no prazo de 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64)

§ 1º Após o recebimento do recurso pelo Ministro de Estado da Saúde, será aberto prazo de 15 (quinze) dias, que suspenderá o prazo de 60 (sessenta) dias previsto no "caput", para manifestação, por meio eletrônico, da sociedade civil, não sendo admitidas manifestações encaminhadas sem a identificação do autor. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 1º)

§ 2º A manifestação da sociedade civil de que trata o § 1º se dará por meio de consulta pública realizada através do endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo de que trata o "caput", o Ministro de Estado da Saúde publicará a decisão no Diário Oficial da União (DOU) e no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 64, § 3º)

Art. 204. A SAS/MS comunicará o resultado do julgamento do recurso de que trata esta Seção à Secretaria da Receita Federal do Brasil até o quinto dia útil do mês subsequente à decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 65)

Subseção II
Do Recurso Contra a Decisão que Julgar Procedente a Representação
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VII, Seção II)

Art. 205. Da decisão que julgar procedente a representação, cabe recurso por parte da entidade certificada ao Ministro de Estado da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias, contado de sua notificação, na forma da Subseção I da Seção VII do Capítulo II do Título VI. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66)

§ 1º Indeferido o recurso ou decorrido o prazo para sua apresentação pela entidade certificada, o Ministério da Saúde cancelará a certificação e dará ciência do fato à Secretaria da Receita Federal do Brasil, até o quinto dia útil do mês subsequente à publicação da sua decisão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 1º)

§ 2º A decisão final sobre o recurso de que trata o "caput" será prolatada em até 90 (noventa) dias, contados da data do seu recebimento pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 2º)

§ 3º Decorrido o prazo previsto no "caput", sem interposição de recurso, o Secretário de Atenção à Saúde cancelará o CEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 3º)

§ 4º Da decisão que cancelar o CEBAS, nos termos deste artigo, não caberá recurso. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 66, § 4º)

Seção VIII
Da Publicidade e Transparência
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO II, CAPÍTULO VIII)

Art. 206. A entidade certificada com CEBAS deverá manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente na área de saúde, de acordo com o modelo constante no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 67)

Parágrafo Único. A entidade de que trata o "caput" deverá dar publicidade e manter de fácil acesso ao público todos os demonstrativos contábeis e financeiros e o relatório de atividades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 67, Parágrafo Único)

Art. 207. As informações sobre a tramitação dos processos administrativos que envolvam a concessão, renovação ou cancelamento do CEBAS serão disponibilizadas no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 68)

Parágrafo Único. Os números de registro, data de protocolo, tempestividade, bem como da tramitação processual dos requerimentos de concessão e renovação do CEBAS, dentre outras informações pertinentes, poderão ser consultados no endereço www.saude.gov.br/cebas-saude. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 68, Parágrafo Único)

Art. 208. Os pedidos de consulta aos autos e de audiências junto ao DCEBAS/SAS/MS deverão observar ao disposto no Decreto nº 4.334, de 12 de agosto de 2002, e na Portaria nº 1.171/GM/MS, de 15 de junho de 2004. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69)

§ 1º As audiências deverão ser previamente agendadas pelas entidades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 1º)

§ 2º A consulta de que trata o "caput" restringe-se ao representante legal da entidade ou a seu procurador devidamente identificado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 2º)

§ 3º A consulta aos autos será acompanhada por técnicos designados pela Coordenação-Geral competente, não sendo permitida a consulta direta à equipe técnica responsável pela análise do processo em questão. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 3º)

§ 4º A consulta ao processo será registrada mediante certidão expedida pela Coordenação-Geral competente, constando, se for o caso, o fornecimento das cópias solicitadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 4º)

§ 5º O fornecimento da cópia do processo, física ou digital, dar-se-á mediante o recolhimento dos custos à União. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 69, § 5º)

Art. 209. O Ministério da Saúde manterá cadastro das entidades sem fins lucrativos, beneficentes ou não, atuantes na área da saúde e tornará suas informações disponíveis para consulta pública em sua página na internet. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70)

§ 1º O cadastro das entidades beneficentes de assistência social será atualizado periodicamente e servirá como referencial básico para os processos de certificação ou de sua renovação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 1º)

§ 2º As entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, com atuação em mais de uma área, figurarão no cadastro do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde divulgará: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º)

I - lista atualizada com os dados relativos às certificações concedidas, seu período de vigência e entidades certificadas; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, I)

II - informações sobre oferta de atendimento, bolsas concedidas ou serviços prestados de cada entidade certificada; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, II)

III - recursos financeiros destinados às entidades a que se refere o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 70, § 3º, III)

Art. 210. A SAS/MS informará à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na forma e no prazo por ela definidos, e aos respectivos conselhos setoriais os requerimentos de concessão de certificação ou de sua renovação deferidos ou definitivamente indeferidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 71)

Seção IX
Do Comitê Consultivo do DCEBAS
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO III)

Art. 211. Fica instituído o Comitê Consultivo do DCEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 72)

Art. 212. Compete ao Comitê Consultivo do DCEBAS: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73)

I - assistir ao DCEBAS/SAS/MS na condução de suas competências institucionais, sem participar dos procedimentos e decisões referentes aos processos administrativos sob sua responsabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73, I)

II - colaborar com o DCEBAS/SAS/MS no encaminhamento de questões identificadas no desenvolvimento de suas atividades, sem efeito vinculativo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 73, II)

Art. 213. O Comitê Consultivo do DCEBAS será formado por 1 (um) representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74)

I - DCEBAS/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, I)

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, II)

III - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, III)

IV - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB); e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, IV)

V - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, V)

VI - Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT). (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, VI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3275/2016)

§ 1º Compete ao representante do DCEBAS/SAS/MS a coordenação do Comitê Consultivo do DCEBAS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo do DCEBAS, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades, para o período de 2 (dois) anos, e designados em ato do Secretário de Atenção à Saúde, podendo ser substituídos mediante comunicado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do desligamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 2º)

§ 3º A coordenação do Comitê Consultivo do DCEBAS poderá convidar representantes de outros órgãos e áreas técnicas do Ministério da Saúde para participarem das reuniões, sempre que necessário para o desenvolvimento dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 74, § 3º)

Seção X
Das Disposições Transitórias e Finais
(Origem: PRT MS/GM 834/2016, TÍTULO IV)

Art. 214. As entidades de que tratam os arts. 147 e 149 que protocolarem o requerimento entre a data da publicação da Lei nº 12.868, de 2013, até o dia 31 de dezembro de 2017, serão excepcionalmente certificadas, desde que comprovem o cumprimento dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75) (com redação dada pela PRT MS/GM 3275/2016)

I - aqueles definidos nos arts. 147 e 149 ; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, I)

II - apresentar declaração de redução de período mínimo de cumprimento dos requisitos e de constituição para as entidades que foram constituídas há menos de 12 (doze) meses, a contar da data do protocolo do requerimento, conforme previsto no § 2º do art. 3º do Decreto nº 8.242, de 2014; (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, II)

III - apresentar declaração de redução de período mínimo de cumprimento de requisitos para as entidades cuja constituição for superior a 12 (doze) meses, conforme previsto no § 2º do art. 3º do Decreto nº 8.242, de 2014; e (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, III)

IV - apresentar o contrato, convênio ou instrumento congênere, firmado com o gestor do SUS, observada a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 75, IV)

Art. 215. As entidades de que trata o art. 214, que protocolaram os requerimentos de concessão e renovação antes da publicação da Lei nº 12.868, de 2013, e cujos processos foram redistribuídos ao Ministério da Saúde, serão, excepcionalmente, certificadas desde que comprovem o cumprimento da aplicação de 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 76)

Parágrafo Único. As entidades de que trata o "caput" deverão manter o cadastro no SCNES atualizado, de acordo com a forma e o prazo determinado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 76, Parágrafo Único)

Art. 216. A certificação da entidade beneficente de assistência social na área de saúde não impede a celebração de contratos, convênios ou instrumentos congêneres com órgãos de outra área que não aquela da certificação, desde que atendida a legislação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 77)

Art. 217. As certificações concedidas ou que vierem a ser concedidas com base na Lei nº 12.101, de 2009, para requerimentos de renovação protocolados entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2011, terão prazo de validade de 5 (cinco) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 78)

Art. 218. Para efeito deste Capítulo, considera-se como 1 (um) exercício fiscal o período compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 79)

Parágrafo Único. Para fins de análise da documentação, considera-se o fechamento do exercício fiscal a data de entrega da Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ), fixada pela Secretaria da Receita Federal do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 79, Parágrafo Único)

Art. 219. Até a implantação do sistema de que trata o art. 166, os requerimentos serão protocolados pessoalmente, junto ao DCEBAS/SAS/MS, ou por via postal, considerando-se a data do protocolo a mesma da postagem. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80)

§ 1º As cópias dos documentos apresentadas pela entidade deverão ser autenticadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 1º)

§ 2º O requerimento com documentação incompleta será diligenciado mediante ofício expedido pelo DCEBAS/SAS/MS, acompanhado por Aviso de Recebimento (AR), ao representante legal da entidade ou pessoa por ele formalmente constituída. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 2º)

§ 3º A diligência de que trata o § 2º deverá ser atendida no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável uma única vez, por igual período, contado do recebimento da notificação pela entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 80, § 3º)

Art. 220. A renovação das certificações que tiveram seu prazo de validade estendido, na forma do art. 38-A da Lei nº 12.101, de 2009, deverá ser requerida no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81)

§ 1º Caso a renovação de que trata o "caput" tenha sido requerida antes dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade da certificação, as entidades serão comunicadas pelo Ministério da Saúde para apresentação de novo requerimento instruído com documentos atualizados, garantido o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias anteriores ao termo final da validade da certificação para apresentação do novo requerimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 1º)

§ 2º Se a renovação de que trata o § 1º for referente à certificação expirada ou com vigência restante menor que 60 (sessenta) dias, contados da data da edição do Decreto nº 8.242, de 2014, a entidade terá o prazo de até 60 (sessenta) dias, após o recebimento da comunicação do Ministério da Saúde, para o cumprimento do previsto no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 2º)

§ 3º As entidades que não cumprirem o disposto nos §§ 1º e 2º terão seu processo arquivado e serão comunicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 81, § 3º)

Art. 221. Os requerimentos de renovação da certificação de que trata a Lei nº 12.101, de 2009, protocolados entre 30 de novembro de 2009 e a publicação da Lei nº 12.868, de 2013, serão considerados tempestivos caso tenham sido apresentados antes do termo final de validade da certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 82)

Parágrafo Único. Os requerimentos de renovação da certificação protocolados entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2010, no período de até 360 (trezentos e sessenta) dias após o termo final de validade da certificação, serão, excepcionalmente, considerados tempestivos. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 82, Parágrafo Único)

Art. 222. Para os requerimentos de concessão da certificação e de renovação de que trata a Lei nº 12.101, de 2009, protocolados no ano de 2009 pelas entidades de saúde e pendentes de decisão na publicação da Lei nº 12.868, de 2013, será avaliado todo o exercício fiscal de 2009 para aferição do cumprimento dos requisitos de certificação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83)

§ 1º O Ministério da Saúde poderá solicitar da entidade, em diligência única, com prazo de atendimento de 30 (trinta) dias, contado da data de notificação e prorrogável uma vez, por igual período, documentos e informações que entender necessários para a aferição de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83, § 1º)

§ 2º Os requerimentos das entidades de saúde para concessão de certificação e de sua renovação protocolados no ano de 2009 que foram indeferidos serão reavaliados pelo Ministério da Saúde, observado o disposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 83, § 2º)

Art. 223. A entidade com requerimento protocolado entre 30 de novembro de 2009 e 31 de dezembro de 2011, e que não possui contrato, convênio ou instrumento congênere, deve apresentar declaração de relação de prestação de serviços fornecida pelo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84)

§ 1º A declaração de que trata o "caput" deverá especificar o período no qual a entidade prestou serviços. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 1º)

§ 2º A declaração apresentada nos termos do § 1º substitui a cópia da proposta de oferta da prestação de serviços ao SUS e a declaração de cumprimento de metas. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 2º)

§ 3º Para efeito de supervisão, a entidade que não possui contrato, convênio ou instrumento congênere poderá apresentar declaração de relação de prestação de serviços, fornecida pelo gestor do SUS, referente ao exercício de 2010 e anteriores. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 84, § 3º)

Art. 223-A. Nos processos de concessão e renovação da certificação com requerimentos protocolados até 31 de dezembro de 2018 e com exercício de análise até 2017, nos termos do caput do art. 3º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, será considerada como instrumento congênere declaração do gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS que ateste a existência de relação de prestação de serviços de saúde. (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

§ 1º A declaração de que trata o caput deverá ser expedida pelo Gestor de Saúde e atestar que a entidade prestou regularmente seus serviços ao SUS, bem como o período dessa prestação. (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se também aos processos de concessão e renovação de certificação pendentes de decisão na data de publicação da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018; (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

§ 3º A declaração de que trata o caput não será aceita nos processos de concessão e renovação de certificação cujos requerimentos sejam protocolados a partir de 1º de janeiro de 2019 e com exercício de análise a partir de 2018, nos termos do caput do art. 3º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

§ 4º A declaração de que trata o caput aplica-se ao disposto nos arts. 7º-A, 8º-A e 8º-B da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. (Redação Dada pela PRT GM/MS nº 1.169 de 26.04.2018)

Art. 224. Para o exercício fiscal do ano de 2010 e anteriores, a comprovação do atendimento aos critérios estabelecidos nos incisos II e III do art. 4º da Lei nº 12.101, de 2009, será demonstrada no relatório anual de atividades e verificada nos sistemas de informações do Ministério da Saúde, considerando-se unicamente o percentual correspondente às internações hospitalares, medidas por paciente-dia. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 85)

Art. 225. As entidades exclusivamente ambulatoriais terão os atendimentos ambulatoriais não SUS realizados no exercício fiscal de 2010 e anteriores, verificados por meio do relatório anual de atividades. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 86)

Art. 226. A análise dos processos nos termos da legislação anterior, por força dos art. 34 e 35 da Lei nº 12.101, de 2009, será precedida da verificação da preponderância das áreas de atuação da entidade, com base nos documentos exigidos nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 87)

Art. 227. Aplica-se o disposto no art. 156 aos requerimentos de renovação pendentes de julgamento na data da publicação da Lei nº 12.868, de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 88)

Art. 228. Os prazos começam a correr a partir da data da cientificação oficial, excluindo-se da contagem o dia do começo e incluindo-se o do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 89)

Parágrafo Único. Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se o vencimento cair em dia em que não houver expediente ou este for encerrado antes da hora normal. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 89, Parágrafo Único)

Art. 229. Nos processos de representação ou de cancelamento em que o AR retorne sem cumprimento, a entidade será intimada para apresentação de defesa, através de edital publicado no DOU, iniciando-se a contagem do prazo na data da publicação. (Origem: PRT MS/GM 834/2016, Art. 90)

TÍTULO VII
DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Das Disposições Preliminares
(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO I)

Art. 230. Este Capítulo regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, nos níveis municipal, distrital, estadual e federal, e para os sistemas privados e de saúde suplementar. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os padrões de interoperabilidade e de informação em saúde são o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde municipais, distrital, estaduais e federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 231. A definição dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade de informática em saúde tem como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º)

I - definir a representação de conceitos a partir da utilização de ontologias, terminologias e classificações em saúde comuns, e modelos padronizados de representação da informação em saúde, criar e padronizar formatos e esquemas de codificação de dados, de forma a tornar célere o acesso a informações relevantes, fidedignas e oportunas sobre o usuário dos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, I)

II - promover a utilização de uma arquitetura da informação em saúde que contemple a representação de conceitos, conforme mencionado no inciso I, para permitir o compartilhamento de informações em saúde e a cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, em meio seguro e com respeito ao direito de privacidade; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para melhorar a qualidade e eficiência do SUS e da saúde da população em geral; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, III)

IV - fundamentar a definição de uma arquitetura de informação nacional, independente de plataforma tecnológica de software ou hardware, para orientar o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, IV)

V - permitir interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os diversos sistemas de informações em saúde, existentes e futuros; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, V)

VI - estruturar as informações referentes a identificação do usuário do SUS, o profissional e o estabelecimento de saúde responsáveis pela realização do atendimento; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VI)

VII - estruturar as informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) nacional e longitudinal; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VII)

VIII - definir o conjunto de mensagens e serviços a serem utilizados na comunicação entre os sistemas de informação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 2º, VIII)

Seção II

Da Definição e Adoção dos Padrões de Interoperabilidade de Informações de Saúde
(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO II)

Art. 232. O Ministério da Saúde estabelecerá uma arquitetura de conceitos em saúde, que identificará os detalhes e os principais atributos dos serviços, seus componentes, atividades e políticas necessárias. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A arquitetura em saúde será a fundação para a definição do conjunto de especificações técnicas e padrões a serem utilizados na troca de informação sobre eventos de saúde dos usuários do SUS pelos sistemas de saúde locais, regionais e nacionais, públicos e privados. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 233. Os padrões de interoperabilidade constarão do Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de Informações de Sistemas de Saúde (CPIISS), publicado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), disponível para a sociedade em geral, encontrando-se a primeira versão nos termos do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º)

§ 1º O CPIISS é constituído de especificações e padrões em uso, aprovados pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) e pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O CPIISS conterá links para as organizações que produziram os padrões adotados, incluindo os padrões de jure e os de fato. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O CPIISS será atualizado regularmente, de acordo com o processo de trabalho do CIINFO/MS, e todas as alterações serão enumeradas em versões acordadas após negociações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os padrões publicados no CPIISS conterão um conjunto de metadados que seguirão o formato definido pelo Padrão de Metadados do Governo Eletrônico Brasileiro (E-PMG). (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 4º, § 4º)

Art. 234. Serão adotados padrões de interoperabilidade abertos, sem custo de royalties. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 5º)

Parágrafo Único. Quando não houver possibilidade técnica ou disponibilidade no mercado para adoção de padrões abertos, o CPIISS adotará os padrões apropriados aos objetivos estabelecidos neste Capítulo, levando em consideração os benefícios a seus usuários. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 235. O processo de definição e adoção de padrões de interoperabilidade deve estar alinhado com o Guia de Boas Práticas e Regulamentação Técnica, definido pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (CONMETRO) e elaborado pelo Comitê Brasileiro de Regulamentação (CBR). (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 6º)

Art. 236. Os entes federativos que decidirem não utilizar os padrões de interoperabilidade de que trata este Capítulo deverão utilizar mensagens formatadas em padrão eXtensible Markup Language (XML) para troca de informações, de forma a atender aos "XML schemas" definidos pelo Ministério da Saúde e respectivas definições dos respectivos serviços - Web Service Definition Language (WSDL), quando for o caso. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 7º)

Parágrafo Único. Cabe ao Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, definir o padrão de importação e exportação baseado na tecnologia de serviços Web, com publicação dos schemas e respectivas WSDL. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Seção III
Da Operacionalização e Implementação dos Padrões de Informação em Saúde e de Interoperabilidade
(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO III)

Art. 237. A implementação dos usos dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade será coordenada pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT, ao qual caberá: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º)

I - definir os sistemas a serem padronizados, com prioridade para os sistemas de base nacional vinculados à atenção primária à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º, I)

II - mapear mensagens a serem trocadas, indicando o conjunto de ontologias, terminologias e classificações em saúde aplicáveis. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 8º, II)

Art. 238. Para implementar a utilização dos padrões de interoperabilidade, caberá ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º)

I - prover capacitação, qualificação e educação permanente dos profissionais envolvidos no uso e na implementação dos padrões de interoperabilidade; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, I)

II - garantir aos entes federados a disponibilização de todos os dados transmitidos, consolidados ou em sua composição plena; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, II)

III - prover plataforma de interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 9º, III)

Seção IV
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 2073/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 239. O Ministério da Saúde ficará responsável pelos recursos financeiros necessários à efetivação da: (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10)

I - utilização dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde estabelecidos nos termos deste Capítulo, seja para subscrição, associação ou licenciamento, sendo a liberação de uso estendida a estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, I)

II - tradução de termos, nomenclaturas e vocabulários, bem como para a inserção de novos que sejam imprescindíveis para atender às exigências do SUS, estendida sua utilização a estados, Distrito Federal e municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, II)

III - manutenção do arcabouço dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde estabelecidos nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 10, III)

Art. 240. Os custos relacionados à adequação de sistemas de informação para uso dos padrões de interoperabilidade e informação em saúde serão de responsabilidade dos proprietários dos respectivos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11)

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios arcarão com todas as despesas para adequação de seus sistemas próprios. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde arcará com as despesas para adequação de seus sistemas de informação. (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Art. 11, § 2º)

Seção V

Do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde

Art. 241. A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 1º)

Art. 242. No casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 2º)

Parágrafo Único. Nos casos em que não houver responsável, os profissionais de saúde que realizarem o atendimento preencherão o campo denominado raça/cor. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 243. Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º)

I - estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, I)

II - qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, II)

III - incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 3º, III)

Art. 244. O Ministério da Saúde apresentará anualmente Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, reafirmando seu compromisso em contribuir para a efetiva implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024. (Origem: PRT MS/GM 344/2017, Art. 4º)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE (CIINFO/MS)

Art. 245. Fica instituído o Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 1º)

Art. 246. O CIINFO/MS terá funções normativas, diretivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, em conformidade com o disposto no inciso I do art. 9º e no art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 2º)

Art. 247. O CIINFO/MS é formado pelos seguintes membros efetivos: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º)

I - Secretário-Executivo (SE/MS), que o presidirá; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, I)

II - Secretário de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, II)

III - Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, III)

IV - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, IV)

V - Secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, V)

VI - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VI)

VII - Secretário Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, IX)

X - Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, X)

XI - Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, XI)

XII - Presidente da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, XII)

§ 1º Nos impedimentos formais, os membros efetivos serão representados por seus substitutos legais. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Nas funções de natureza consultiva, o CIINFO/MS é também integrado por representantes: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º)

I - da Secretaria Logística de Tecnologia da Informação (SLTI) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, I)

II - da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA); e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, II)

III - da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 3º, § 2º, III)

Art. 248. A critério da Presidência e quando for de interesse do Comitê, poderão participar extraordinariamente das reuniões do CIINFO/MS outros representantes do Ministério da Saúde, bem como instituições e profissionais de reconhecida capacidade técnica e administrativa na área de Informação e Informática em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 4º)

Art. 249. O CIINFO/MS reunir-se-á: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º)

I - ordinariamente, de forma trimestral; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, I)

II - extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, II)

§ 1º As reuniões do CIINFO/MS serão iniciadas com a presença de, no mínimo, metade mais um de seus membros efetivos. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Instalada a reunião, as decisões serão tomadas pela maioria absoluta dos membros presentes. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Todos os membros do CIINFO/MS terão direito a voz e voto sobre os temas discutidos nas reuniões e, em caso de empate, a Presidência exercerá o voto de qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 3º)

§ 4º A Presidência do CIINFO/MS poderá decidir, ad referendum do colegiado, sobre matérias que forem encaminhadas pelos Subcomitês à apreciação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 5º, § 4º)

Art. 250. O apoio técnico e administrativo ao CIINFO/MS caberá ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS) e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em parceria, conforme definido em Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Para compor o respectivo apoio técnico e administrativo, o Presidente do CIINFO/MS poderá solicitar a designação de pessoal qualificado aos órgãos integrantes do Comitê, bem como para atuar junto aos Subcomitês e Grupos Estratégicos de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 251. Compete ao CIINFO/MS: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º)

I - instituir Subcomitês para o tratamento de temas específicos; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, I)

II - apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde e dos diversos órgãos diretamente a ele vinculados (PDTI-MS), sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, II)

III - promover a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), conforme estabelecido pelo art. 47 da Lei nº 8.080, de 1990; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, III)

IV - rever e traçar novas diretrizes gerais e promover o fortalecimento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) no âmbito Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, IV)

V - emitir orientações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade de informações em conformidade com a política de informação e informática em saúde de âmbito do Ministério da Saúde e demais órgãos diretamente a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, V)

VI - emitir parecer final sobre os relatórios elaborados pelos Subcomitês e Grupos Estratégicos de Trabalho do CIINFO/MS; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VI)

VII - promover a racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de Tecnologia da Informação; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VII)

VIII - propor diretrizes básicas para a política de recursos humanos na área de Tecnologia da Informação e Informática no âmbito do Ministério da Saúde e órgãos vinculados, em conjunto com as respectivas áreas de recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, VIII)

IX - definir os padrões essenciais de informação em saúde para suportar o registro eletrônico de saúde, interoperável e compartilhado no território nacional, sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, IX)

X - definir, com a participação consultiva dos demais gestores do SUS e entidades representativas do setor de saúde, um conjunto de prioridades de padrões de Conteúdo e Estrutura, Representação de Conceitos em Saúde, Comunicação, Segurança e Privacidade. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 7º, X)

Art. 252. Fica instituído o Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações, ao qual compete: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º)

I - assessorar na implementação das ações de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, I)

II - constituir grupos de trabalho para tratar de temas e propor soluções específicas sobre segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, II)

III - propor alterações na Política de Segurança da Informação e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, III)

IV - propor normas relativas à segurança da informação. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, IV)

§ 1º Os integrantes do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações serão definidos pelo CIINFO/MS. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações será coordenado pelo Gestor de Segurança da Informação e Comunicações, a quem caberá: (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º)

I - promover cultura de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, I)

II - acompanhar as investigações e as avaliações dos danos decorrentes de quebras de segurança; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, II)

III - propor recursos necessários às ações de segurança da informação e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, III)

IV - coordenar a equipe de tratamento e resposta a incidentes em redes computacionais; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, IV)

V - realizar e acompanhar estudos de novas tecnologias, quanto a possíveis impactos na segurança das informações e comunicações; (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, V)

VI - manter contato direto com o Departamento de Segurança da Informação e Comunicações (DSIC/GSI/PR) para o trato de assuntos relativos à segurança da informação e comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, VI)

VII - propor normas relativas à segurança da informação e comunicações. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 2º, VII)

§ 3º Caberá ao CIINFO/MS designar o Gestor de Segurança da Informações e Comunicações. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 8º, § 3º)

Art. 253. Ao CIINFO/MS compete elaborar e aprovar o seu Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 9º)

Parágrafo Único. O Regimento Interno será aprovado na forma do art. 249. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 254. A participação no CIINFO/MS é considerada como de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2072/2011, Art. 10)

CAPÍTULO III
DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I
Do Cartão SUS

Subseção I
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO I)

Art. 255. Esta Seção regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 1º)

Art. 256. O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 2º)

Art. 257. O Sistema Cartão permite: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º)

I - a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º, I)

II - a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 3º, II)

Art. 258. São objetivos do Sistema Cartão: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º)

I - identificar o usuário das ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, I)

II - possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, II)

III - garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, III)

IV - fundamentar a vinculação do usuário ao Registro Eletrônico de Saúde (RES) para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, IV)

V - possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 4º, V)

Art. 259. O Sistema Cartão é coordenado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 5º)

Parágrafo Único. O desenvolvimento, a guarda e manutenção das bases de dados do Sistema Cartão ficarão sob a responsabilidade do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 260. A implantação do Sistema Cartão e a captação de informações sobre o atendimento não substitui, nos estabelecimentos de saúde, a obrigação de manutenção do prontuário médico ou de saúde do usuário, de acordo com a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 6º)

Art. 261. A União, por intermédio do Ministério da Saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal assegurarão que os sistemas de informação do SUS que exigem a identificação do usuário utilizem os padrões do Sistema Cartão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 7º)

Subseção II
Do Cartão Nacional de Saúde
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO II)

Art. 262. O Cartão Nacional de Saúde porta o número de identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 8º)

Art. 263. Os Sistemas de Informação que já prevêem o cadastramento de usuários em estabelecimentos de saúde da rede pública e privada, atualmente utilizados por estados, Distrito Federal e municípios, deverão ser adequados aos padrões e à base cadastral do Sistema Cartão. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 9º)

Art. 264. Cabe ao Ministério da Saúde o desenvolvimento e a manutenção do sistema de controle da geração centralizada do número de identificação do usuário. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 10)

Art. 265. Cabe a estados, Distrito Federal e municípios emitirem e distribuírem cartões com a numeração fornecida pelo Ministério da Saúde, com as especificações de padrão e o layout definidos nos termos do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 11)

Art. 266. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13)

I - inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, I)

II - desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, II)

III - impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, III)

Parágrafo Único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Subseção III
Do Cadastro Nacional de Usuários do SUS
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO III)

Art. 267. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS compõe a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, sendo constituído por dados de identificação e de residência dos usuários. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 14)

Art. 268. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação gerado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 15)

Parágrafo Único. A Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde poderá ser compartilhada com os demais órgãos que realizem atividades sociais nas três esferas de governo, observadas as normas de segurança da informação e garantindo ao usuário o conhecimento deste processo, observando-se o disposto na Subseção V da Seção I do Capítulo III do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 269. Compete aos gestores do SUS a definição e a padronização dos dados e das informações a serem coletadas, mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 16)

Art. 270. Compete ao Ministério da Saúde a padronização e a publicação dos formulários e aplicativos para cadastramento e as instruções para preenchimento dos formulários e aplicativos para cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17)

§ 1º Para os fins deste artigo, o DATASUS deverá: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º)

I - administrar e manter a Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde bem como a transmissão dos dados deste sistema; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, I)

II - desenvolver e disponibilizar aplicativos para a manutenção de dados cadastrais e instruções para o envio dos arquivos com os cadastros dos usuários; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, II)

III - disponibilizar mecanismos automatizados de interoperabilidade do Sistema Cartão com os outros sistemas públicos, privados conveniados, privados contratados e de saúde suplementar, e com aqueles utilizados por estabelecimentos de saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 1º, III)

§ 2º O município, o Distrito Federal ou o estado poderá incluir novos itens de coleta de dados, desde que em formulários e aplicativos próprios e que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 2º)

§ 3º O processamento, a guarda e a manutenção dos dados referidos no art. 270, § 2º são de responsabilidade exclusiva do município, do Distrito Federal ou do estado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 17, § 3º)

Art. 271. As regras e os métodos de segurança da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde serão definidos mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 18)

Art. 272. A responsabilidade pelo cadastramento ou pela atualização dos dados é municipal e distrital, podendo ser compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, mediante pactuação nas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 19)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde prestará cooperação técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de cadastramento dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 273. O cadastramento dos usuários do SUS e sua atualização poderão ser realizados em estabelecimento constante do CNES, nos domicílios dos usuários ou em outro local determinado pelo gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 20)

Parágrafo Único. Prioritariamente, o cadastramento será feito a partir da vinculação dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 274. Os procedimentos de identificação do usuário e emissão do número do Cartão Nacional de Saúde poderão ser realizados em qualquer fase do atendimento até a alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 21)

Parágrafo Único. Quando o usuário do SUS não for cadastrado, a identificação deve ser realizada, conforme as regras vigentes, durante a emissão da Autorização para Internação Hospitalar (AIH), da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) ou de outro instrumento que venha a ser instituído, devendo o número do Cartão Nacional de Saúde ser ali também registrado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 275. A população prisional do Sistema Penitenciário Nacional, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, será cadastrada por meio dos programas computacionais de cadastramento de usuários do SUS, conforme as orientações previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 22)

Art. 276. Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23)

§ 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23, § 1º)

§ 2º No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no País, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 23, § 2º)

Art. 277. O gestor responsável pelo cadastramento dos usuários deve realizar a alimentação e a manutenção da Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, conforme pactuação referida no art. 269. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24)

§ 1º O envio da base de dados local para a base nacional acontecerá, no mínimo, mensalmente (até o último dia útil de cada mês), por meio de aplicativos disponibilizados ou validados pelo DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 1º)

§ 2º O envio da base de dados local para a base nacional será sincronizado com a transmissão para a base de dados estadual. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 2º)

§ 3º Ao DATASUS compete: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º)

I - desenvolver os aplicativos necessários para execução das atividades previstas neste artigo, disponibilizando-os aos gestores estaduais, distrital e municipais; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, I)

II - processar os dados recebidos dos municípios, Distrito Federal ou estados e, constatada alguma inconsistência, devolver para as devidas correções, no mínimo a cada 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, II)

III - disponibilizar aos gestores estaduais, distrital e municipais as bases de dados referentes às áreas de atuação desses gestores; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, III)

IV - coordenar a revisão, consolidação e aperfeiçoamento da base de dados do cartão, identificando as duplicidades e inconsistências cadastrais; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, IV)

V - apresentar, para avaliação e testes, em conjunto com representantes indicados pelo CONASS e CONASEMS, os critérios e parâmetros utilizados no processo de organização da base de dados citada no inciso anterior. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 24, § 3º, V)

Subseção IV
Do Portal de Saúde do Cidadão
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 278. O Portal de Saúde do Cidadão é o meio que fornecerá, pela internet, informações ao cidadão sobre seus contatos com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 25)

Art. 279. O Portal de Saúde do Cidadão possuirá: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26)

I - área de acesso público para fins de exercício do controle social, com informações em saúde, campanhas e notícias sobre o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, I)

II - área restrita ao usuário, que contenha as informações individuais sobre os seus contatos com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, II)

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no inciso II do caput, o usuário, devidamente identificado, terá acesso aos seus dados cadastrais, aos dados de seus contatos com o SUS e as informações sobre a rede de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 26, Parágrafo Único)

Art. 280. A implementação do Portal de Saúde do Cidadão ocorrerá de forma integrada com outras políticas públicas voltadas para a inclusão digital da população. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 27)

Art. 281. O Ministério da Saúde será o responsável pela gestão do Portal de Saúde do Cidadão e executará: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28)

I - manutenção das bases de dados; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, I)

II - preservação da estabilidade, segurança e funcionalidade da rede, por meio de medidas técnicas compatíveis com os padrões internacionais e do estímulo ao uso de boas práticas; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, II)

III - medidas e procedimentos de segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, III)

IV - promoção da interoperabilidade entre sistemas. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 28, IV)

Subseção V
Do Sigilo das Informações
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO V)

Art. 282. Os dados e as informações individuais dos usuários do SUS, captados pelo Sistema Cartão e disponibilizados de forma segura e exclusiva ao usuário devidamente identificado por meio do Portal de Saúde do Cidadão, deverão permanecer armazenados sob sigilo, pelo prazo previsto no parágrafo único do art. 11 do Decreto nº 4.553, de 2002, ficando assegurado que: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29)

I - pertencem à pessoa identificada no cartão todos os dados e informações individuais registrados no sistema informatizado, que configura a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, I)

II - os dados e as informações referidas são sigilosas, obrigando todos os profissionais vinculados sob qualquer forma aos sistemas de saúde a respeitar e assegurar que essas informações sejam indevassáveis; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, II)

III - são garantidas a confidencialidade, a integralidade e a segurança tecnológica, no registro, na transmissão, no armazenamento e na utilização dos dados e informações individuais. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 29, III)

Art. 283. Os gestores do SUS e os prestadores de serviços contratados, conveniados e de saúde suplementar, responsabilizam-se, na forma da legislação vigente, pela guarda, segurança e confidencialidade dos dados gerados e transmitidos no Sistema Cartão, comprometendo-se a não divulgar, sob nenhuma forma ou meio, quaisquer informações e dados individualizados, seja por seus funcionários, seja por terceiros. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30)

§ 1º As restrições à divulgação dos dados e informações do Sistema Cartão aplicam-se somente aos registros individualizados, ou seja, aqueles que permitem a identificação do beneficiário do atendimento. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30, § 1º)

§ 2º A divulgação de dados e informações de forma consolidada ou agrupada, desde que não permita a identificação de nenhum dos beneficiários, não é atingida pelas restrições de que trata este artigo, obedecendo-se, em todo caso, a Resolução do CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 30, § 2º)

Art. 284. O Ministério da Saúde, mediante disciplina interna relativa à Política de Acesso e Tecnologia de Segurança implantada na guarda dos dados e na operação do Sistema Cartão, fica obrigado a garantir que os dados e as informações sob sua responsabilidade não sejam violadas, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade dos dados. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 31)

Art. 285. Os estados, o Distrito Federal e os municípios e as entidades privadas que participam das ações e serviços de saúde de forma complementar ou suplementar ficam obrigados a garantir a segurança dos dados, devendo seus profissionais de saúde, servidores públicos e empregados, inclusive prestadores de serviço terceirizados, manter o segredo profissional e a confidencialidade sobre os dados constantes no cadastro e demais informações de atendimento individual realizado. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 32)

Parágrafo Único. Os contratos ou convênios das entidades prestadoras de serviços de saúde ao SUS conterão cláusulas que assegurem o sigilo das informações do Sistema Cartão, considerando-se como inexecução contratual ou convenial qualquer violação dessa regra, sujeitando-se os infratores às penalidades previstas na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 32, Parágrafo Único)

Art. 286. Aos profissionais de saúde da rede pública e privada e aos servidores públicos é obrigatório o respeito ao segredo profissional previsto em códigos de ética profissional, nas leis, decretos, regulamentos, portarias e estatutos de servidores. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33)

§ 1º O profissional de saúde sujeito ao segredo profissional que revelar, sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão do exercício de sua profissão ou ofício fica sujeito às penalidades previstas no art. 154 do Código Penal, além das disciplinares previstas no Código de Ética de sua profissão, cabendo aos dirigentes dos estabelecimentos públicos e privados de saúde comunicar o fato ao Conselho Profissional competente e ao Ministério Público. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33, § 1º)

§ 2º O servidor público que revelar informação obtida mediante acesso aos dados informatizados do Sistema Cartão fica sujeito às penalidades do art. 325 do Código Penal, além das disciplinares previstas nos respectivos estatutos dos servidores públicos federal, estadual e municipal e às responsabilidades civil e administrativa, na forma da legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 33, § 2º)

Art. 287. O acesso aos dados individualizados dos usuários do SUS deverá ser controlado mediante o atendimento de todos os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34)

I - identificação obrigatória do profissional, trabalhador ou agente de saúde que o acessar; e (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34, I)

II - local, data e horário do acesso realizado, ou de sua tentativa, mesmo que sem sucesso. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 34, II)

Art. 288. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde e do Distrito Federal realizarão, no processo de implementação do Sistema Cartão, ações de divulgação sobre a importância dos preceitos éticos de respeito à privacidade e à confidencialidade das informações de saúde aos estabelecimentos públicos e privados de saúde, aos profissionais de saúde, aos profissionais de tecnologia da informação, aos demais prestadores de serviços ao SUS e às instâncias de controle social do SUS. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 35)

Subseção VI
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 940/2011, CAPÍTULO VI)

Art. 289. As atividades e procedimentos relacionados à operacionalização do Sistema Cartão contarão com a cooperação técnica e financeira da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, mediante pactuação na CIT. (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Art. 36)

Art. 290. Fica instituído o Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 8º)

Art. 291. Ao Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º)

I - receber, qualificar e classificar os Projetos de que trata o art. 641 da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, I)

II - definir os montantes de recursos financeiros a serem destinados a cada Projeto, considerando-se os processos de análise e em conformidade com o disposto nos arts. 641, 642, 643 e 644 da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, II)

III - definir os Projetos contemplados e submetê-los à aprovação do Secretário Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, III)

IV - monitorar e avaliar a execução e o cumprimento dos Projetos contemplados. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 9º, IV)

Art. 292. O Comitê será composto por: (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10)

I - Diretor do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, VII)

§ 1º Em caso de ausência na reunião, o Coordenador do Comitê será substituído pelo representante do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 1º)

§ 2º O DATASUS disponibilizará os recursos técnicos e administrativos necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 2º)

§ 3º As reuniões do Comitê acontecerão mediante convite do seu Coordenador aos demais membros. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 3º)

§ 4º As reuniões do Comitê serão iniciadas com a presença da maioria absoluta de seus membros, sendo imprescindível a presença do Coordenador ou seu substituto. (Origem: PRT MS/GM 1127/2012, Art. 10, § 4º)

Seção II

Dos Critérios para Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde

Art. 293. Estabelecer critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 1º)

Art. 294. Fica definido a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 1º A alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas de que trata o caput deste artigo é de responsabilidade dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A alimentação do Banco de Dados Nacional com a base dos sistemas referidos neste artigo será realizada somente por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, obtido no endereço eletrônico do sistema http://transmissor.datasus.gov.br, excetuando-se o SISVAN, o SISAB e o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), os quais não se enquadram nessa forma de transmissão. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 3º Os envios das remessas de atualização dos Sistemas de Informação, por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, à Base de Dados Nacional por Estados, Municípios e Distrito Federal deverão obedecer ao cronograma anual publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 3º)

Art. 295. Definir a sistemática de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação em Saúde SIA, SIH e SCNES, conforme descrito a seguir: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º)

I - cabe ao gestor municipal, estadual e do Distrito Federal, após a transmissão das bases de dados da competência processada sob sua gestão, verificar a situação de envio e situação carga definitiva da remessa na base de dados por meio dos endereços eletrônicos dos Sistemas de Informação: SIA/SUS -

http://sia.datasus.gov.br/, SIH/SUS - http://sihd.datasus.gov.br/ e CNES - http://cnes.datasus.gov.br/ a fim de verificar se a base de dados foi enviada e carregada com sucesso no Banco de Dados Nacional; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, I)

II - havendo qualquer falha no envio das remessas ou na carga definitiva da remessa da competência vigente, na Base de Dados Nacional o gestor deverá obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II)

a) identificar e efetuar a correção dos erros apresentados de envio ou carga definitiva; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, a)

b) gerar novo arquivo de remessa para a competência nos sistemas de produção; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, b)

c) transmitir novamente a base de dados da competência usando o Módulo Transmissor; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, c)

d) repetir o processo de verificação de situação de envio e carga definitiva da remessa da competência. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, d)

III - a aceitação de arquivo remessa, referente à competência de produção ambulatorial e/ou hospitalar de cada gestão terá como requisito a validação da remessa da competência imediatamente anterior, atestada por meio de comprovação no endereço eletrônico de cada um dos sistemas, obedecendo, assim, à ordem cronológica de envio; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, III)

IV - havendo necessidade de envio de base de competência anterior será observada a condição de gestão naquela competência que define a responsabilidade de envio da remessa ambulatorial e/ou hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, IV)

V - o arquivo de remessa ambulatorial e/ou hospitalar de cada competência será enviado e validado pelas regras vigentes de pactuação entre gestores e pelas regras de sistemas contidas nas versões da competência a ser corrigida da época. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. O arquivo, referente à competência vigente de produção, a ser enviado ao Banco de Dados Nacionais só será aceito obedecendo à ordem de transmissão sequencial das bases de dados, a partir do envio da produção referente à competência de janeiro 2011. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 296. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a estados, municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. Compete à ANVISA informar ao Fundo Nacional de Saúde, conforme ato específico do Ministério da Saúde, a suspensão da transferência dos recursos financeiros do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, a partir do monitoramento dos dados relativos ao SCNES e SIA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 475/2014)

Art. 297. Determinar que a atualização do SCNES siga o disposto na Portaria SAS/MS nº 2, de 3 de janeiro de 2008, em que o envio de atualização de base de 100% dos estabelecimentos sob sua gestão ocorre por atualização ou por Certidão Negativa. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 5º)

Art. 298. Para os sistemas citados no art. 294, tornam-se sem efeito o art. 1130, III, alínea b da Portaria de Consolidação nº 6; o inciso I do item 5, Capítulo 3, do Anexo da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e o art. 1152, I da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 6º)

Art. 299. Determinar que o DATASUS adote as medidas necessárias para adequação do Módulo Transmissor e relatórios de acompanhamento de remessas nos endereços eletrônicos do SIA e SIH, para efetivação das medidas estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 7º)

Seção III

Do Envio de Dados de Serviços de Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

Art. 300. Fica definido que os registros das informações da Atenção Básica, realizados a partir do dia 1º de janeiro de 2017, passam a compor a base de dados do Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 1º)

Art. 301. Fica encerrada a importação dos dados do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) para o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) pelos Municípios, a partir da competência agosto de 2017. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 2º)

Art. 302. As informações da Atenção Básica serão exportadas para o CMD exclusivamente pela base de dados nacional do Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica (SISAB), não sendo possível a inserção manual da informação via Webservice ou Sistema de Coleta Simplificado do CMD. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 3º)

Art. 303. Para as finalidades definidas no art. 4º da Resolução CIT nº 6/2016, as informações da Atenção Básica passam a ser extraídas exclusivamente da base de dados do CMD. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 4º)

Art. 304. As informações da Atenção Básica estarão disponíveis para consulta na plataforma de gestão de informações do CMD no endereço eletrônico http://cmd.saude.gov.br e via Tabnet/Tabwin disponível em http://tabnet.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2148/2017, Art. 5º)

Seção IV

Do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

Art. 305. Fica instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 1º)

Art. 306. A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º)

§ 1º A estratégia e-SUS AB é composta por dois sistemas de "software" que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º)

I - Coleta de Dados Simplificado (CDS); e (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º, I)

II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º A escolha e implantação de um dos Sistemas de que trata o § 1º considerarão os diferentes cenários de informatização do Distrito Federal e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde disponibilizará gratuitamente os sistemas de "software", de caráter público brasileiro, necessários à implementação da estratégia e-SUS AB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O modo específico da implementação da estratégia e-SUS AB, em cada região, será pactuada pelos entes federados e se efetivará de acordo com os cenários e necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde disponibilizará manuais e diretrizes para apoiar a implementação da estratégia e-SUS AB no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º, § 5º)

Art. 307. Será disponibilizado, no âmbito do SISAB, módulo de Atenção Domiciliar (AD) para os Serviços de Atenção Domiciliar, compostos por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A)

§ 1º As EMAD e EMAP terão como prazo máximo para o envio dos dados da competência para as bases de dados do SISAB o mesmo prazo estabelecido no cronograma de envio das bases do CNES, conforme disponibilização anual no endereço eletrônico do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A, § 1º)

§ 2º O SISAB é o sistema de informação vigente para fins de financiamento dos Serviços de Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 2º-A, § 3º)

Art. 308. Os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB terão cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º)

§ 1º No caso do Distrito Federal e dos municípios que utilizam sistemas de "software" próprios, as informações serão enviadas de forma compatível com a base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O envio da base de dados do Distrito Federal e dos municípios que não estiverem com o SISAB em operação ocorrerá por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em processamento paralelo. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º e para garantir a transição entre o SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo "software" e-SUS AB CDS e-SUS AB PEC, a partir da competência de janeiro de 2016 as informações deverão ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1113/2015) (com redação dada pela PRT MS/GM 1976/2014)

§ 4º As Equipes de Atenção Básica que tenham recebido profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil ou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) deverão registrar as informações e dados junto ao SISAB em até 60 (sessenta) dias, a partir da apresentação do profissional no município. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 3º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 256/2014)

Art. 309. Compete ao DAB/SAS/MS a gestão do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 4º)

Art. 310. O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O SISAB substituirá gradativamente o SIAB e os outros sistemas de "software" nos módulos utilizados na atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 311. Devem enviar informações para o banco de dados do SISAB todos os profissionais que estão lotados diretamente nos estabelecimentos de atenção básica, inclusive os que não fazem parte de equipes com Identificador Nacional de Equipe (INE), as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), as equipes dos Núcleos de Saúde da Família (eNASF), as equipes do Consultório na Rua (eCR), as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde, salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A)

§ 1º As equipes com profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil e/ou do PROVAB devem observar o prazo estabelecido no art. 308, § 4º . (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A, § 1º)

§ 2º Regulamentações específicas de outros programas do Ministério da Saúde poderão determinar o envio de informações para o banco do SISAB por outras equipes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A, § 2º)

Art. 312. Compete ao DATASUS a responsabilidade de disponibilizar um formato padronizado para envio dos dados pelo Distrito Federal e pelos municípios e sua incorporação na base de dados do SISAB. (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 6º)

Seção V

Do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Art. 313. Ficam instituídas e divulgadas as orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do SUS, em todo o território nacional, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º)

I - fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, I)

II - identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, II)

III - promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às consequências desses agravos; (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, III)

IV - possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, IV)

V - oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 1º, V)

Art. 314. Fica aprovado o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, Processamento, Análise de Dados e Informação em Serviços de Saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/alimentacao. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 2º)

Art. 315. O acompanhamento, a supervisão e a avaliação das ações do SISVAN, em articulação com os estados e municípios e outros entes da sociedade civil organizada, que promoverá esforços para a efetiva implementação das referidas ações nos estados e nos municípios, bem como a capacitação de recursos humanos, estarão sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 3º)

Art. 316. O DATASUS será responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para a entrada e o processamento de dados gerados pelas ações do SISVAN, que contará com a assessoria técnica-científica da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 4º)

Art. 317. Cabe às áreas técnicas designadas pelas respectivas Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal a responsabilidade pela implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada, preferencialmente, a coordenação do profissional nutricionista para essas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 5º)

Art. 318. As ações do SISVAN poderão ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 6º)

Art. 319. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde estabelecerão parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento das atividades do SISVAN. (Origem: PRT MS/GM 2246/2004, Art. 7º)

Seção VI

Do Sistema de Registro de Atendimento a Crianças com Microcefalia

Art. 320. Fica instituído, no âmbito do SUS, o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 1º)

Art. 321. O Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia tem como objetivo o registro das informações e dados relacionados ao acompanhamento de crianças com casos suspeitos ou confirmados de microcefalia, com vistas ao aprimoramento das investigações epidemiológicas e do acompanhamento em saúde. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 2º)

Art. 322. Compete à SAS/MS, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), a operacionalização e a gestão do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia, observados seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º)

I - considerando a existência de dados pessoais nas informações coletadas, o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia será de acesso restrito a profissionais e gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, I)

II - o modo específico da implementação do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia em cada região será pactuada pelos entes federados e se efetivará de acordo com os cenários e necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. O DATASUS auxiliará o DAPES/SAS/MS nas competências de que trata o "caput", precipuamente quanto à disponibilização de formato padronizado para envio dos dados pelos profissionais de estabelecimentos de saúde públicos e privados, vinculados ou não ao SUS, e gestores de saúde das três esferas de gestão, por meio do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 323. O Ministério da Saúde disponibilizará manuais e diretrizes para apoiar a implementação do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia no endereço eletrônico https://siram.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 779/2016, Art. 4º)

Seção VII

Da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde SUS

Art. 324. Fica instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º)

§ 1º A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS e estará disponível no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A estrutura e a lógica de organização da Tabela instituída no caput deste artigo estão descritas no Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 1º, § 2º)

Art. 325. O prazo de apresentação da produção hospitalar passa para três competências posteriores ao efetivo atendimento, ficando mantido este prazo para produção ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. Entende-se como o prazo de competência citado no caput deste artigo para o sistema de informação hospitalar o mês de alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 326. A coordenação técnica e o gerenciamento da Tabela instituída pelo art. 324, quanto às alterações, inclusões ou exclusões de procedimentos e os respectivos atributos é de responsabilidade exclusiva da SAS/MS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 4º)

Parágrafo Único. As alterações decorrentes de decisões das áreas técnicas deste Ministério, que impactam a Tabela e consequentemente os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/MS e SIH/SUS), deverão ser previamente analisadas pelo DRAC, para efetiva implantação/implementação. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 327. A inclusão de procedimentos na Tabela deverá estar amparada por critérios técnicos baseados em evidência científica e diretrizes clínicas, bem como de estudo de custo, ficando tais informações sob a responsabilidade de cada área técnica proponente do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 5º)

Parágrafo Único. A inclusão ou alteração de valor de procedimento deverá dispor de análise de impacto e viabilidade orçamentário-financeira a ser efetuada pelo DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 328. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) será o instrumento gerenciador desta Tabela. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º)

§ 1º A coordenação e o gerenciamento do Sistema de que trata este artigo são de responsabilidade da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) e toda implementação e guarda do banco de dados é de responsabilidade do DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Este Sistema de Gerenciamento será disponibilizado para consulta dos gestores no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 6º, § 2º)

Art. 329. Compete ao DATASUS adotar as medidas técnicas e operacionais necessárias à implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a utilização por todos os sistemas de informação da atenção à saúde e os demais sistemas por ele desenvolvidos, que utilizem a Tabela no todo ou em parte. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 10)

Art. 330. É de responsabilidade do DATASUS manter atualizado o banco de dados de produção nos aplicativos TABWIN e TABNET, inclusive com a preservação da série histórica. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 11)

Art. 331. Procedimentos novos somente serão incluídos após adotada a lógica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 13)

Art. 332. É de competência exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde publicar normas complementares referentes à Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 16)

Art. 333. Fica definido que os recursos orçamentários, objeto desta Seção, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à

Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Art. 17)

Art. 334. Semestralmente, os procedimentos de OPM constantes da Tabela do SIA/SUS e do SIH/SUS serão objeto de análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2255/2005, Art. 1º)

Art. 335. Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde seja responsável pela edição de todas as normalizações referentes à tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1541/2007, Art. 7º)

Seção VIII
Do Sistema de Informação Hospitalar

Subseção I
Da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA)

Art. 336. Fica alterada a estrutura da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), na qual deverá constar: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º)

I - identificação da unidade hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, I)

a) código do hospital no CNES; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, I, a)

II - informações da internação: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II)

a) nome do paciente; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, a)

b) número do prontuário; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, b)

c) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, c)

d) sexo; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, d)

e) Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, e)

f) endereço do paciente, constando: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f)

1. logradouro; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 1)

2. número; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 2)

3. complemento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 3)

4. código de endereçamento postal (CEP); (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 4)

5. código IBGE do município; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 5)

6. unidade da federação; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, f, 6)

g) procedimento realizado; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, g)

h) diagnóstico principal; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, h)

i) diagnóstico secundário; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, i)

j) data de internação; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, j)

k) data de saída; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, k)

l) motivo da saída; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, l)

m) fonte de remuneração; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, m)

n) documento de óbito; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, n)

o) quantidade de nascidos vivos; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, o)

p) documento de nascidos vivos; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, p)

q) número de dias de UTI; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, q)

r) competência do movimento; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, II, r)

III - informações complementares da fonte de remuneração: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III)

a) Convênio Plano Privado: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a)

1. número do registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) da operadora de plano privado de assistência à saúde; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 1)

2. CNPJ da operadora de plano de saúde; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 2)

3. Código de identificação do beneficiário na operadora; (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, a, 3)

b) Convênio Plano Público: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, b)

1. CNPJ da operadora de plano de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, b, 1)

c) Particular pessoa Jurídica: (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, c)

1. CNPJ da empresa pagadora da internação. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 1º, III, c, 1)

Art. 337. A Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) deverá ser encaminhada pelos estabelecimentos de saúde, mensalmente, às Secretarias Municipal/Estadual de Saúde, de acordo com a gestão informada no CNES, utilizando a última versão do aplicativo CIH01 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º)

§ 1º O envio do arquivo CIH01 deve atender ao cronograma de entrega da CIHA, estabelecido pelo gestor estadual/municipal de saúde. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As orientações para o preenchimento da CIHA e elaboração do arquivo texto encontram-se descritas nos Anexos XVIII e XIX e no Manual de Operação do CIH01 disponível no endereço eletrônico citado no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 338. O arquivo contendo as CIHA deverá ser encaminhado, mensalmente, pelas secretarias estaduais/municipais de saúde ao DATASUS, utilizando a última versão do aplicativo CIH02 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º)

§ 1º O arquivo CIH02 deve ser encaminhado ao DATASUS por meio do aplicativo Transmissor simultâneo, instituído pela Portaria Conjunta SE/SAS nº 49, 4 de julho de 2006, e, em conformidade ao cronograma definido em portaria específica do Ministério da Saúde, disponível nos endereços eletrônicos http://ciha.datasus.gov.br e http://sihd.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º, § 1º)

§ 2º As orientações para o encaminhamento da CIHA encontram-se descritas no Anexo XX e no Manual de Operação do CIH02 disponível nos locais citados no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 3º, § 2º)

Art. 339. Não havendo internação hospitalar em uma determinada competência, a CIHA devará ser encaminhada indicando a referida situação - "SEM MOVIMENTO". (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Art. 4º)

Subseção II

Dos Deveres e Condições de Informação da CIHA

Art. 340. Fica determinado que todos os estabelecimentos de saúde situados no território nacional, públicos e privados, integrantes ou não do SUS, devem informar ao Ministério da Saúde, por intermédio dos gestores municipais ou estaduais, a ocorrência de todas as internações, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º)

§ 1º Para fins de concessão e renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) é obrigatória à informação dos atendimentos ambulatoriais, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A obrigatoriedade de informação de todos os atendimentos ambulatoriais em regime não SUS realizados em território nacional, para todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados, integrantes ou não do SUS, será regulamentada por legislação específica e realizada de forma gradual em conformidade com o desenvolvimento de solução tecnológica para a internet. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 341. Fica estabelecido que para os estabelecimentos de saúde, o cumprimento das determinações do art. 340, deve ser requisito indispensável para a renovação de alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária e para a tramitação de qualquer solicitação ao Ministério da Saúde (convênios de todas as naturezas, registros, isenção de imposto de importação). (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 3º)

Art. 342. Fica definido, na forma do Anexo XXIII , o layout da CIHA, para possibilitar o registro dos atendimentos ambulatoriais e internações não informados no SIA/SUS e SIH/SUS, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 4º)

Art. 343. Fica estabelecido que os procedimentos realizados devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS vigente na competência de apresentação da CIHA. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º)

§ 1º A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS pode ser consultada na íntegra no endereço eletrônico http://sigtap.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O pacote de atualização da tabela de procedimentos para a CIHA incluirá a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e os códigos genéricos, estando disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 5º, § 2º)

Art. 344. Fica estabelecido que caso os procedimentos realizados não constem na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS eles deverão ser registrados por códigos genéricos, localizando-os assim na estrutura da tabela utilizada no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º)

§ 1º Os códigos genéricos são compostos pelo Grupo, Subgrupo e Forma de Organização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, adicionando-se "000" mais dígito verificador ao final, totalizando 10 (dez) dígitos. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Sempre que um procedimento for registrado por intermédio de código genérico será obrigatório o preenchimento da descrição deste com no máximo 40 (quarenta) caracteres. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 6º, § 2º)

Art. 345. A movimentação da CIHA deve ser enviada mensalmente pelos estabelecimentos de saúde às secretarias municipais ou estaduais de saúde, de acordo com a gestão informada no CNES, utilizando a última versão do aplicativo de captação CIHA01, bem como a tabela de procedimentos vigente, disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º)

§ 1º A data de envio do arquivo do CIHA01 gerado pelos estabelecimentos de saúde deverá atender ao cronograma de entrega estabelecido pelos gestores municipais ou estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As orientações técnicas para preenchimento da CIHA, bem como para a elaboração do arquivo de exportação para sistemas proprietários, encontram-se no Manual de Operação do CIHA01 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 346. O arquivo do CIHA02 gerado nas secretarias municipais ou estaduais de saúde, contendo a CIHA dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão, deve ser encaminhado mensalmente ao DATASUS utilizando a última versão do aplicativo CIHA02, disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º)

§ 1º O arquivo de remessa gerado no CIHA02 deve ser encaminhado ao DATASUS por meio do aplicativo Transmissor simultâneo, instituído pela Portaria Conjunta SE/SAS nº 49, 4 de julho de 2006, e em conformidade ao cronograma definido em portaria específica do Ministério da Saúde, a ser disponibilizada no endereço eletrônico http://transmissor.datasus.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As orientações para o encaminhamento da CIHA02 encontram-se descritas no Manual de Operação do CIHA02 disponível no endereço eletrônico http://ciha.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 347. Caso não haja atendimento ambulatorial ou internação em determinada competência, o estabelecimento de saúde deverá encaminhar a remessa indicando a situação ("SEM MOVIMENTO"), assim como os gestores municipais ou estaduais de saúde deverão enviar a referida remessa normalmente ao DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 9º)

Art. 348. Fica definido que cabe ao DRAC/SAS por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias, junto ao DATASUS, para o cumprimento do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Art. 10)

Seção IX
Do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)

Art. 349. Fica instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 1º)

Art. 350. O SISCAN tem por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao inicio do tratamento de neoplasias malignas. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 2º)

Art. 351. O SISCAN será obrigatoriamente implantado pelos seguintes estabelecimentos de saúde, públicos ou privados que atuam de forma complementar ao SUS: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º)

I - laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, I)

II - unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, II)

III - nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, III)

IV - nas coordenações estaduais, do Distrito Federal e municipais que acompanham as ações de controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, IV)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde que não se encontram descritos no rol de que tratam os incisos do "caput" poderão implantar o SISCAN para a solicitação de exames e seguimento das usuárias com exames alterados. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os estabelecimentos de que trata o "caput" alimentarão obrigatoriamente os seguintes campos do SISCAN: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º)

I - requisição de exame citopatológico - colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - requisição de exame citopatológico - mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - requisição de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, III)

IV - resultado de mamografia; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, IV)

V - requisição de exame histopatológico - colo do útero; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, V)

VI - requisição de exame histopatológico - mama. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 2º, VI)

§ 3º O preenchimento dos campos do SISCAN de que trata o § 2º será requisito para o repasse de recursos financeiros de custeio referentes à realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º)

I - exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora (código 02.03.01.001-9); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - exame anatomopatológico do colo uterino - biópsia (código 02.03.02.008-1); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - exame anatomopatológico do colo uterino - peça cirúrgica (código 02.03.02.002-2); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, III)

IV - mamografia unilateral (código 02.04.03.003-0); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, IV)

V - mamografia bilateral para rastreamento (código 02.04.03.018-8); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, V)

VI - exame citopatológico de mama (código 02.03.01.004-3); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - exame anatomopatológico de mama - biópsia (código 02.03.02.006-5); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - exame anatomopatológico de mama - peça cirúrgica (código 02.03.02.007-3); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - controle de qualidade do exame do citopatológico (código 02.03.01.005-1); e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, IX)

X - exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - rastreamento (código 02.03.01.006-0). (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 3º, § 3º, X)

Art. 352. São objetivos do SISCAN: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º)

I - integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, I)

II - identificar o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUS WEB); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, II)

III - validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, III)

IV - permitir o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce, do câncer; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, IV)

V - padronizar os formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, V)

VI - padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos, tornando obrigatório o uso para resultados padronizados pelo Ministério da Saúde dos exames de mamografia, de citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VI)

VII - permitir a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, VIII)

IX - permitir o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, IX)

X - possibilitar a construção dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM); (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, X)

XI - disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, XI)

XII - permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 4º, XII)

Art. 353. O SISCAN será composto pelos seguintes perfis operacionais: (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º)

I - perfil Coordenação; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, I)

II - perfil Unidade de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, II)

III - perfil Unidade de Saúde Especializada; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, III)

IV - perfil Prestador de Serviço; (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, IV)

V - perfil Prestador de Serviço terceiro; e (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, V)

VI - perfil Prestador de Serviço exclusivamente privado. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, VI)

Parágrafo Único. Para fins desta Seção, entende-se por perfil operacional o conjunto de privilégios ou permissões necessários para execução de atividades no sistema, conforme detalhado no manual operacional do SISCAN disponível no endereço eletrônico http://siscan.saude.gov.br/informativo/visualizarInformativo.jsf. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 354. Os dados de identificação do usuário do SUS serão obtidos através de integração do SISCAN com o CADSUS WEB. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 6º)

Parágrafo Único. Em unidades de saúde sem conexão com a internet, os dados referentes à identificação e ao cadastramento do usuário do SUS serão preenchidos em formulários impressos para posterior inserção das informações no SISCAN. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 355. A partir da competência março de 2014, o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPA-I) dos procedimentos de que trata o art. 351, § 3º será gerado exclusivamente pelo SISCAN. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º)

§ 1º Compete aos gestores do SISCAN nos estados, Distrito Federal e municípios monitorarem as remessas dos arquivos de BPA-I ao SIA/SUS e determinar as datas limites de entrega dos arquivos de produção por parte dos prestadores de serviço. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os municípios e estabelecimentos de saúde que já possuem sistema informatizado próprio para cadastro dos exames poderão enviar seus dados para o SISCAN, mediante integração por meio de "webservice", sem a necessidade de redigitação. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 356. As três esferas de gestão do SUS realizarão a supervisão da qualidade dos dados, análise e avaliação das informações obtidas através do SISCAN, a fim de orientar e planejar suas ações. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 8º)

Art. 357. Compete à SAS/MS, em conjunto com o DATASUS, adotar as providências necessárias para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3394/2013, Art. 9º)

CAPÍTULO IV
DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Seção I
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO I)

Art. 358. Fica instituído o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 1º)

Art. 359. O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS, e possui as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º)

I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, I)

II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, II)

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, III)

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 360. Para efeito deste Capítulo considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º)

I - cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, I)

II - estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, II)

III - manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, III)

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, IV)

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 3º, V)

Art. 361. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 4º)

Art. 362. O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no País, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 5º)

Art. 363. Deverão ser adotados no CNES padrões reconhecidos pela comunidade internacional e aderentes às legislações vigentes, permitindo ofertar meios de pesquisa e comparabilidade em nível global. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 6º)

Seção II
Das Responsabilidades e Competências
(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO II)

Art. 364. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 7º)

Art. 365. Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 8º)

Art. 366. Compete a todas as esferas de direção do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º)

I - apoiar a implementação do CNES em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, I)

II - fomentar e desenvolver ações e mecanismos para aperfeiçoar o processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde, e garantir a temporalidade e a qualidade das informações cadastradas no CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, II)

III - prover educação continuada e apoio ao cadastramento de estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, III)

IV - promover a ampla divulgação quanto à utilização do sistema e a disseminação dos dados cadastrais; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, IV)

V - garantir a participação, controle social e transparência, nos termos da legislação vigente, das informações e processos relacionados ao CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 9º, V)

Art. 367. Compete à direção do SUS na esfera federal, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em todo o território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, I)

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções estaduais do SUS para a correta aplicação e operacionalização do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, II)

III - cooperar, em relação ao cadastramento de estabelecimentos de saúde, com os países e entidades internacionais que possui relações exteriores, bem como estudar e analisar os padrões de cadastramento adotados por eles, adequando o CNES às necessidades estatísticas e de comparabilidade global; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, III)

IV - dispor sobre as terminologias e classificações necessárias para o cadastramento de estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, IV)

V - realizar as ações necessárias para a correção de inconformidades cadastrais detectadas por órgãos de controle ou pelo poder judiciário e cuja correção não fora adotada pelo estabelecimento de saúde ou por outra esfera de direção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, V)

VI - elaborar e manter os aplicativos computacionais, serviços de internet, portais e bancos de dados necessários para suportar o sistema de informação do CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, VI)

VII - dispor sobre os padrões de comunicação e interoperabilidade dos aplicativos e bancos de dados utilizados no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 10, VII)

Art. 368. Compete às direções estaduais do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, I)

II - cooperar tecnicamente e ofertar o suporte necessário às direções municipais do SUS em seu território para a correta aplicação e operacionalização do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, II)

III - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, III)

IV - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando seja compartilhado com a esfera municipal. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 11, IV)

Art. 369. São responsabilidades das direções municipais do SUS, em relação ao CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12)

I - subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, I)

II - apoiar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de seu território, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, II)

III - fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastro dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS que estejam sob seu comando ou cujo comando esteja compartilhado com a esfera estadual. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 12, III)

Seção III
Do Processo de Cadastramento e Manutenção ou Atualização Cadastral
(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO III)

Art. 370. O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através de aplicativos computacionais ou serviços de internet "webservices" disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 13)

Art. 371. A inserção dos dados constantes no modelo de informação do CNES será feita diretamente na base de dados nacional, pelos estabelecimentos de saúde, nos seguintes casos: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14)

I - estabelecimentos de saúde que não sejam integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, I)

II - estabelecimentos de saúde gerenciados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, II)

III - estabelecimentos de saúde gerenciados diretamente pelo Ministério da Educação, ou pelos órgãos e empresas vinculadas a este; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, III)

IV - estabelecimentos gerenciados diretamente pelo Ministério da Saúde, ou pelos órgãos e empresas vinculadas a este; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, IV)

V - estabelecimentos de saúde gerenciados pelo Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, nos termos da Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 14, V)

Art. 372. O envio dos dados constantes no modelo de informação do CNES pelos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS não elencados no art. 371 será feito para a respectiva esfera de direção do SUS responsável pelo território onde o estabelecimento se encontra, que deverá validar suas informações e enviá-las para a base de dados nacional do CNES, sendo estes corresponsáveis pelas informações enviadas. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15)

§ 1º A critério das esferas municipais e estaduais de direção do SUS, a validação e envio para a base de dados nacional do CNES de que trata o "caput" poderá ser inexigida, repassando ao estabelecimento de saúde a total responsabilidade pelo envio das suas informações cadastrais no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 1º)

§ 2º A critério dos gestores estaduais e municipais, a validação e envio para a base de dados nacional do CNES de que trata o "caput" poderão ser descentralizadas para regionais e distritos sanitários. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 2º)

§ 3º É facultado aos gestores estaduais e municipais se organizar de forma regionalizada, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) ou através de consórcios públicos, definindo um órgão ou ente federado comum entre eles responsável pelo cumprimento do disposto no "caput". (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 15, § 3º)

Art. 373. Em todos os casos, os gestores do SUS poderão desativar cadastros realizados pelos estabelecimentos de saúde no CNES, quando constatadas irregularidades, de acordo com a seguinte hierarquia: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16)

I - Secretarias Municipais de Saúde, para os estabelecimentos de saúde que estiverem sob a sua gestão e gerência; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, I)

II - Secretarias de Estado da Saúde, para os estabelecimentos de saúde que estiverem sob a sua gestão e gerência, ou quando houver omissão do gestor municipal; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, II)

III - Ministério da Saúde, para os estabelecimentos de saúde descritos nos incisos II a V do art. 371, ou quando houver omissão do gestor estadual. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 16, III)

Seção IV

Da Metodologia de Cadastramento e Atualização Cadastral no Quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde

Art. 374. Fica alterado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde, que passa a classificar automaticamente o tipo de estabelecimento, com base na informação das atividades que estes realizam, selecionada de uma lista previamente definida. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde já cadastrados no CNES terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à nova metodologia, a contar da data de publicação da versão do SCNES, conforme cronograma disponível no endereço eletrônico http://estabelecimentos.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 375. Fica adotada a tabela de Classificação de Tipos de Estabelecimentos de Saúde, constante do Anexo XV , em substituição à atual tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 2º)

Art. 376. Fica adotada a tabela de Terminologia de Atividades de Saúde, constante do Anexo XV , em substituição à atual tabela de Atendimento Prestado. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 3º)

Art. 377. O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS) e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde da Secretaria Executiva (DATASUS/SE/MS), adotarão as providências necessárias para implementar o disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 4º)

Art. 378. As orientações relativas aos aspectos operacionais estarão disponíveis no endereço eletrônico http://estabelecimentos.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Art. 5º)

Seção V

Das Formas de contratação dos profissionais do CNES

Art. 379. Fica estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º)

§ 1º A Terminologia de que trata o caput deste artigo substitui a atual Tabela de Vínculos Profissionais do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cada termo utilizado deverá possuir conceitos, bem como devem ser citadas as referências, sinônimos, antônimos e outras informações relevantes para o entendimento daqueles, quando se aplicar. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 1º, § 2º)

Art. 380. Fica definida a estrutura para a Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais, conforme Anexo XXXIV . (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 2º)

Art. 381. A Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais está hierarquicamente organizada em: (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º)

I - Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora: demonstra qual a relação entre o profissional e o estabelecimento de saúde ou sua mantenedora; (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, I)

II - Forma de Contratação com o Empregador: identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu contratante, seja ele o próprio estabelecimento de saúde, sua mantenedora ou um ente/entidade terceira; e (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, II)

III - Detalhamento da Forma de Contratação: fornece detalhes necessários para melhor compreensão do contrato com o empregador, quando aplicável. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 3º, III)

Art. 382. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), enquanto gestora do CNES, formalizar junto ao DATASUS a demanda para operacionalização desta Seção no CNES. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 5º)

Art. 383. A Terminologia de que trata esta Seção é de gestão conjunta da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 6º)

Parágrafo Único. Qualquer alteração na Terminologia de Forma de Contratação de Profissionais só poderá ser realizada mediante autorização consensual das áreas gestoras. (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção VI
Da Gestão das Informações e Governança
(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 384. Fica instituído o Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES), instância colegiada e consultiva, coordenado pela Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 17)

Art. 385. O CCP/CNES terá as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18)

I - apoiar o Ministério da Saúde na proposição de regras em versões intermediárias do aplicativo computacional do CNES, ou seja, versões disponibilizadas para atender às demandas das políticas nacionais já aprovadas, que implementam pequenas melhorias ou regras de qualificação do cadastro, sem impactar em mudanças de modelo; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, I)

II - propor estudos e analisar as informações do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, II)

III - propor melhorias e modificações nos métodos, fluxos e regras de cadastro; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, III)

IV - versar sobre o modelo de informação de cadastramento de estabelecimentos de saúde e necessidades de mudança ou incorporação de novas informações. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 18, IV)

Art. 386. O CCP/CNES será composto tripartite e paritariamente por: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19)

I - representando a gestão federal do CNES: (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I)

a) 1 (um) coordenador e 1 (um) membro, indicado pela CGSI/DRAC/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, a)

b) 1 (um) membro do DATASUS, representando a equipe responsável pelo desenvolvimento dos aplicativos computacionais e "webservices" do CNES; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, b)

c) 1 (um) membro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, c)

d) 1 (um) membro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da equipe responsável pela área de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, I, d)

II - representando a gestão estadual do CNES, 6 (seis) membros titulares e 2 (dois) suplentes, responsáveis pelo CNES na esfera estadual, indicados pelo o CONASS, preferencialmente com representação de todas as regiões do País; e (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, II)

III - representando a gestão municipal do CNES, 6 (seis) membros titulares e dois suplentes, responsáveis pelo CNES na esfera municipal, indicados pelo CONASEMS, preferencialmente com representação de todas as regiões do País. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, III)

Parágrafo Único. Outros representantes poderão ser convidados a participar de reuniões específicas, a critério do CCP/CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 387. O Regimento Interno do CCP/CNES será discutido e elaborado pelos representantes indicados em sua primeira reunião e aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 20)

Parágrafo Único. O CCP/CNES poderá se organizar em subcomitês, se necessário e a critério de sua plenária. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 20, Parágrafo Único)

Seção VII
Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 1646/2015, CAPÍTULO V)

Art. 388. Excetuando-se os casos previstos na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, as informações existentes no CNES serão públicas e de amplo acesso. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21)

§ 1º O Ministério da Saúde proverá o meio para disponibilizar acesso público aos dados constantes na base de dados nacional do CNES. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde versará, em ato normativo específico, sobre o modelo de informações para cadastramento de estabelecimentos de saúde e sobre padrões de comunicação e interoperabilidade, publicando no barramento de serviços da saúde serviços de internet ("webservices") para permitir a consulta, cadastramento e atualização de dados do CNES diretamente por outros aplicativos computacionais próprios

ou contratados pelos estabelecimentos de saúde e direções municipais e estaduais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 21, § 2º)

Art. 389. As formas de operacionalização das diretrizes descritas neste Capítulo serão detalhadas em Manual Técnico Operacional do CNES, a ser pactuado no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 22)

Art. 390. Os estabelecimentos de saúde e os gestores terão até a competência de dezembro de 2017 para se adequar ao disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1646/2015, Art. 23) (com redação dada pela PRT MS/GM 760/2017)

CAPÍTULO V
DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Seção I
Da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Art. 391. Esta Seção estabelece o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º)

§ 1º O conjunto de dados e eventos refere-se aos medicamentos e insumos financiados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica e Programa Farmácia Popular do Brasil, relacionado no Anexo XXXV , o qual, juntamente com as especificações do padrão tecnológico e as instruções para início da transmissão, serão disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/eixoinformacao. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Para a transmissão de dados e eventos referida no art. 391, § 1º , o Ministério da Saúde disponibilizará os seguintes sistemas eletrônicos: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º)

I - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS); (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, I)

II - Serviço de envio de dados (web service); e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, II)

III - Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 2º, III)

§ 3º O uso do HÓRUS afasta a necessidade de desenvolvimento de solução informatizada para transmissão dos dados e eventos. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 3º)

§ 4º Os entes federativos que utilizam sistemas informatizados próprios devem adaptar ou desenvolver solução informatizada para garantir a transmissão dos dados e eventos por meio do web service. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 4º)

§ 5º O conjunto de dados e eventos referente ao Programa Farmácia Popular do Brasil será incorporado diretamente pelo Ministério da Saúde à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 1º, § 5º)

Art. 392. O conjunto de dados e eventos constante no Anexo XXXV refere-se aos registros de estoque, entrada, saída, dispensação dos medicamentos e insumos referentes à RENAME e aos registros das avaliações das solicitações no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º)

§ 1º A transmissão dos dados e eventos das avaliações e do prescritor solicitante é obrigatória somente para os medicamentos do Anexo III da RENAME. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A transmissão dos dados de dispensação dos produtos constantes no Anexo III da RENAME é obrigatória: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º)

I - para os estados e Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º, I)

II - para os municípios que realizam dispensação, conforme pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 2º, II)

§ 3º (Revogado pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)**-**

§ 4º A transmissão por meio do web service poderá ser realizada em tempo real ou em pacotes de dados, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º)

I - os pacotes deverão ser transmitidos a cada 30 (trinta) dias, até o dia 15 do mês subsequente à competência de referência; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, I)

II - os dados e eventos que compõem cada pacote devem compreender os registros da data do último envio até a data anterior ao próximo envio; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, II)

III - o pacote a ser transmitido não deve conter dados de pacotes anteriores, ou seja, os dados devem ser subsequentes aos transmitidos no pacote anterior; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, III)

IV - os dados de estoque deverão ser transmitidos no primeiro envio do mês subsequente à competência de referência; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, IV)

V - a retificação dos dados enviados deverá ocorrer até o fim do mês subsequente ao de referência do pacote que contém o erro; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, V)

VI - a correção dos dados não validados pelo serviço deverá ocorrer em um prazo de até 7 (sete) dias após a notificação; e (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, VI)

VII - a responsabilidade pela retificação e correção dos dados é do ente federativo responsável pelo envio; (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 4º, VII)

§ 5º A transmissão dos dados deverá respeitar a organização da assistência farmacêutica no âmbito da União, dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 5º)

§ 6º O estado poderá transmitir os dados de responsabilidade dos municípios nele situados, desde que pactuado na CIB a assunção dessa obrigação. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 2º, § 6º)

Art. 393. O acesso à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS será realizado por meio de um Sistema de Suporte à Decisão, que será ofertado aos entes federativos em até 90 (noventa) dias após a disponibilização do serviço de transmissão de dados. (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Art. 3º)

Art. 394. O início da transmissão, pelos estados, Distrito Federal e municípios, dos dados para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS deverá observar os seguintes prazos, contados a partir de 18 de junho de 2018: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

I - 90 (noventa) dias para os dados dos medicamentos do Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

II - 120 (cento e vinte) dias para os dados dos medicamentos do Grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

III - 150 (cento e cinquenta) dias para os dados dos medicamentos do Grupo 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

IV - 180 (cento e oitenta) dias para os dados dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

V - 270 (duzentos e setenta) dias para os dados referentes ao registro das dispensações do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica para os municípios não contemplados no eixo estrutura do QualifarSUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

§ 1º Na hipótese do inciso IV, os dados referentes ao registro das dispensações serão obrigatórios somente para os municípios comtemplados no eixo estrutura do QualifarSUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

§ 2º O início do prazo para a transmissão dos dados referentes ao registro das dispensações do Componente Básico da Assistência farmacêutica e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica para os estabelecimentos de saúde que não possuem conectividade e que não estão contemplados no eixo estrutura do QualifarSUS dar-se-á a partir da etapa de Implantação da Solução do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde e do Registro Eletrônico de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

§ 3º Os prazos estabelecidos neste artigo estão condicionados ao pleno atendimento do "web service" da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do SUS em receber os dados dos municípios, estados e União e processá-los em tempo em hábil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1737 de 14.06.2018)

Art. 395. Caso o ente federativo não tenha transmitido as informações relativas ao conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que trata a Seção I do Capítulo V do Título VII, e não envie justificativa no prazo estabelecido ou caso esta não seja aceita pelo Ministério da Saúde, poderão ser suspensos os repasses de recursos financeiros do Ministério da Saúde relacionados à Assistência Farmacêutica de acordo com a legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º)

§ 1º O envio pelo ente, de dados não fidedignos ou de baixa representatividade, de acordo com parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde e acordados no âmbito da CIT, estará sujeito as penalidades do caput. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os recursos financeiros não repassados aos entes federativos pelo Ministério da Saúde, conforme sanção que trata o caput, serão transferidos a posteriori e de forma integral assim que o ente federativo se adequar as regulamentações da Seção I do Capítulo V do Título VII, por meio da utilização do sistema Hórus, ou regularização do envio de dados para o web service, ou por meio de envio de justificativa aceita pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Para os medicamentos pertencentes ao Grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), dada a especificidade de financiamento, a recomposição de forma integral dos valores de que trata o § 2º será acordada no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º As informações e prazos para envio da justificativa serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 938/2017, Art. 3º, § 4º)

CAPÍTULO VI
DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)

Seção I
Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal

Art. 396. A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º)

§ 1º A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados pelas secretarias de saúde municipal, estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 397. Para os fins desta Seção, define-se: (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º)

I - óbito infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até 1 (um) ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias; (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, I)

II - nascimento vivo: é definido como a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva; e (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, II)

III - óbito fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 2º, III)

Art. 398. Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 3º)

Art. 399. Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos: (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º)

I - pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, I)

II - neonatais (0 a 27 dias de vida); e (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, II)

III - fetais (natimortos). (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Considerando-se o menor potencial de prevenção dos óbitos com malformação congênita grave ou complexa ou letal, sua investigação é facultativa. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 400. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação de que trata o art. 398 é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser adequadamente preenchida em todos os campos. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 5º)

Art. 401. Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no estado ou município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 6º)

Parágrafo Único. Quando o estado ou município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal conforme Anexo XXIV e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 402. As declarações de óbito com informação sobre óbito infantil e fetal, nos termos do art. 400, deverão seguir fluxo e prazos constantes no Anexo XXV ou o fluxo existente em cada Secretaria Estadual de Saúde, desde que obedecidos os prazos estabelecidos para o cumprimento desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º)

§ 1º O prazo para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O prazo para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde é de, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 3º)

§ 4º O prazo para os responsáveis pela vigilância de óbitos ou a Secretaria Municipal de Saúde, conforme definição local, providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos infantis e fetais do SIM com os dados da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal é de, no máximo, 7 (sete) dias a contar do seu recebimento. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 4º)

§ 5º O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 (trinta dias) após a conclusão da investigação de que trata o art. 402, § 3º . (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 7º, § 5º)

Art. 403. Os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 8º)

Parágrafo Único. Nos hospitais onde houver Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ou comissões ou comitês hospitalares de óbitos implantados, estes poderão desempenhar as atribuições conforme estabelecido no caput deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 404. Os hospitais, consultórios médicos e unidades básicas de saúde, ou outro serviço de saúde (público ou privado) que integram o SUS, onde a gestante ou parturiente ou a criança recebeu assistência, deverão disponibilizar aos responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais acesso aos prontuários, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação, para viabilizar o início oportuno da investigação dos óbitos infantis e fetais. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º)

§ 1º Os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais utilizarão esse material para coletar dados, transcrevendo-os para instrumento próprio utilizado na investigação conforme o art. 401. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Considerando que as informações constantes nos prontuários estão protegidas pelo sigilo, os responsáveis pela investigação de óbitos infantis e fetais devem garantir o sigilo e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes estabelecidos no art. 154 e no art. 269 do Código Penal e no art. 102 do Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 9º, § 2º)

Art. 405. A conclusão da investigação do óbito é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância de óbitos do município de residência da mãe do natimorto ou da criança falecida, e deverá ser apoiada pelos responsáveis pela vigilância de óbitos do Município onde a gestante, a parturiente ou a criança recebeu assistência ou faleceu, caso a assistência e/ou falecimento tenha(m) ocorrido fora do Município de residência. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 10)

Art. 406. A Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde disponibilizará, quinzenalmente, para a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do DAPES/SAS/MS e para o Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS), na rede interna do MS, o extrato atualizado dos óbitos infantis e fetais notificados ao SIM. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 11)

Parágrafo Único. A mesma determinação se refere aos componentes correspondentes nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 407. A CGIAE/DASIS/SVS/MS em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES/SAS realizarão monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 12)

Art. 408. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao DATASUS, fornecer o suporte técnico e administrativo para a operacionalização do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Art. 13)

Seção II
Da Vigilância dos Óbitos Maternos

Subseção I
Das Disposições Gerais

Art. 409. Fica regulamentada a vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, a qual deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 1º)

Art. 410. Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º)

§ 1º Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 3º)

Art. 411. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação é a Declaração de Óbito (DO), adequadamente preenchida em todos os campos, com realce, além da idade da mulher, para a causa básica dentre as constantes do Anexo XXX . (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 3º)

Art. 412. Os instrumentos que servirão como roteiro para a investigação, podem ser aqueles padronizados tanto para uso na Unidade da Federação (UF) quanto no "Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde", fichas B, C e D, ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 4º)

Parágrafo Único. Em qualquer caso, a UF deverá, obrigatoriamente, incluir os quesitos constantes do Anexo XXXII , que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 413. As declarações de óbito materno e de mulheres em idade fértil, formalizadas nos termos do art. 411, deverão seguir fluxo especial constante do Anexo XXXI ou o adotado pela UF, desde que observados os seguintes prazos: (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º)

I - contados a partir da ocorrência: (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I)

a) quarenta e oito horas para o serviço ou o profissional de saúde informar o óbito, com o envio da primeira via da DO; (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, a)

b) trinta dias para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, b)

c) cento e vinte dias para a equipe de vigilância de óbito materno responsável concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao comitê de morte materna de referência e remeter a ficha-síntese da investigação epidemiológica Anexo XXXII ao gestor do SIM; (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, I, c)

II - sete dias, a contar do recebimento dos dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica Anexo XXXII , para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos; e (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, II)

III - trinta dias após a conclusão da investigação de que trata o inciso I, alínea "c", para atualizar o SIM com os dados oriundos da ficha-síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito, com adequação da codificação e da seleção, quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 5º, III)

Art. 414. O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e, na falta de sua implantação, as direções técnicas, clínicas e de enfermagem dos estabelecimentos assistenciais ou as estruturas específicas, definidas pelo gestor local de saúde, deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos maternos e de mulher em idade fértil, ocorridos ou declarados em suas dependências, qualquer que seja a sua causa, e assegurar o cumprimento dos fluxos e dos prazos estabelecidos nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 7º)

Art. 415. Os hospitais, os consultórios médicos, as unidades básicas de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão, no prazo de quarenta e oito horas da solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquear-lhe o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, nas condições e no período previstos no art. 410, § 1º ou em idade fértil, para viabilizar o início oportuno da investigação da ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 8º)

Parágrafo Único. A equipe de vigilância de óbitos maternos utilizará os registros do prontuário para coletar dados, que transcreverá para instrumento próprio utilizado na investigação art. 412, garantido o sigilo

e a privacidade das pacientes, seguindo os preceitos éticos vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 416. A conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do Município de residência da mulher e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 9º)

Art. 417. O Departamento de Análise da Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DASIS/SVS/MS) comunicará, quinzenalmente, à Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) e ao Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CIEVS/SVS/MS) os casos informados de óbito materno no SIM e disponibilizará, com esta regularidade, uma versão atualizada de sua base nacional na rede interna do Ministério da Saúde, com o extrato de óbitos maternos, segundo o recorte definido no manual de morte materna. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 10)

Art. 418. O DASIS/SVS/MS, em conjunto com o CIEVS/SVS/MS e o DAPES/SAS/MS realizarão o monitoramento dos dados nacionais, concedendo acessos com recortes específicos para gestores e cidadãos. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 11)

Art. 419. Cabe à Secretaria de Vigilância em Saúde, à Secretaria de Atenção à Saúde e ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) o apoio à operacionalização do disposto nesta Subseção. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 12)

Subseção II
Da Notificação Compulsória do Óbito Materno

Art. 420. Fica estabelecido que o óbito materno passará a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 1º)

Art. 421. É obrigatória a investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º)

§ 1º A referida investigação deverá ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Em caso de óbito cujas informações registradas na declaração de óbito (DO) não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM. (Origem: PRT MS/GM 653/2003, Art. 2º, § 2º)

CAPÍTULO VII
DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Seção I
Do Sistema de Apoio de Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

Art. 422. Fica instituído o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 1º)

Art. 423. O SAIPS tem por objetivo aperfeiçoar as solicitações de transferências de recursos financeiros ou credenciamento/habilitação de serviços necessários à implantação de políticas em saúde, permitindo transparência, agilidade, organização e monitoramento das solicitações. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 2º)

Art. 424. As modalidades de transferência de recursos financeiros que poderão ser solicitadas através do SAIPS são as seguintes: (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º)

I - incentivo: recurso da categoria econômica corrente ou capital destinado à implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de Portaria específica ou solicitação de órgão do Ministério da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, I)

II - custeio: recurso da categoria econômica corrente, transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de portaria específica; e (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, II)

III - habilitação ou credenciamento: formalização mediante portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 3º, III)

Art. 425. A implantação do SAIPS será realizada de maneira gradual. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º)

§ 1º O SAIPS pode ser acessado pelo endereço eletrônico saips.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º A utilização do SAIPS será obrigatória para o cadastramento de propostas para componentes e serviços cuja solicitações de incentivos, custeio, habilitação ou credenciamento já estejam disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Os processo e fluxos para componentes e serviços ainda não disponíveis no SAIPS para cadastro de propostas serão realizados conforme estabelecido nas respectivas portarias instituidoras. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 4º, § 3º)

Art. 426. Os perfis de acesso, atribuições, fluxos e procedimentos para cadastro e monitoramento das propostas serão disponibilizados em manuais que poderão ser acessados no endereço eletrônico do SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 5º)

Art. 427. No caso de solicitação de incentivo ou custeio, o CNPJ do estabelecimento de saúde beneficiário deverá ser vinculado, obrigatoriamente, a um Fundo de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 6º)

Art. 428. As informações prestadas deverão guardar estrita consonância com o registro no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 7º)

Art. 429. O cadastramento da proposta não gera quaisquer obrigações ao Ministério da Saúde em relação ao seu atendimento. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º)

§ 1º As propostas enviadas ao Ministério da Saúde por intermédio do SAIPS serão analisadas conforme os critérios definidos para cada Rede, Programa ou Política. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A área técnica responsável pela Rede, Programa ou Política analisará o mérito da solicitação, podendo indicar adequações, aprovar, aprovar com pendências a serem sanadas em prazo determinado ou rejeitar a proposta. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O gestor público de saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal deverá assegurar o monitoramento da execução de cronograma ou de solução de pendências definidas para as propostas. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 8º, § 3º)

Art. 430. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos será apresentada no Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de

setembro de 1995, e analisado pelo respectivo Conselho de Saúde Estadual, Distrital ou Municipal. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 9º)

Art. 431. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos, nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 10)

Art. 432. Fica instituída a Comissão de Monitoramento do SAIPS, que será responsável pela manutenção do SAIPS e será composta por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11)

I - 1 (um) representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, I)

II - 1 (um) representante da Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, II)

III - 1 (um) representante do Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, III)

IV - 1 (um) representante de cada Departamento da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, IV)

V - 1 (um) representante do Gabinete do Secretário-Executivo (GAB/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, V)

§ 1º A Comissão de Monitoramento do SAIPS será coordenada pelo representante do GAB/SAS/MS, que fornecerá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação da Comissão no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 281/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º Os representantes de que tratam os incisos III e IV do "caput" serão responsáveis pela administração do SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 11, § 3º)

Art. 433. A Comissão de Monitoramento do SAIPS poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 12)

Art. 434. As funções desempenhadas no âmbito da Comissão de Monitoramento do SAIPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 281/2014, Art. 13)

Seção II

Do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS)

Art. 435. Esta Seção institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS). (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 1º)

Art. 436. O SARGSUS é o sistema de utilização obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS, com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º)

I - contribuir para a elaboração do RAG previsto no inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, I)

II - apoiar os gestores no cumprimento dos prazos legais de envio dos RAG aos respectivos Conselhos de Saúde e disponibilização destas informações para as Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, II)

III - facilitar o acesso a informações referentes à aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo por meio da Programação Anual de Saúde (PAS); (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, III)

IV - constituir base de dados de informações estratégicas e necessárias à construção do RAG; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, IV)

V - disponibilizar informações oriundas das bases de dados nacionais dos sistemas de informações do SUS; (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, VI)

VII - facilitar o acesso público ao RAG. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 2º, VII)

Art. 437. O SARGSUS será atualizado pelos gestores federal, estaduais, distrital e municipais de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Compreende-se como atualização do SARGSUS o preenchimento da totalidade das telas do sistema e o envio eletrônico do RAG para apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 3º, § 1º)

Art. 438. O acesso ao SARGSUS depende de cadastramento dos gestores e conselheiros de saúde no cadastro de sistema e permissões de usuários (CSPUWEB/DATASUS), disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/cspuweb. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º)

§ 1º Compete ao gestor federal o cadastramento e atualização dos dados cadastrais do responsável pelo acesso no Conselho Nacional de Saúde (CNS) no CSPUWEB/DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Compete aos gestores de saúde estaduais e municipais, bem como aos respectivos Conselhos de Saúde, a indicação dos responsáveis pelo acesso ao SARGSUS e atualização dos seus dados cadastrais no CSPUWEB/DATASUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) fará o cadastramento das Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal no SARGSUS. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde o cadastramento das Secretarias de Saúde municipais e do Conselho de Saúde estadual. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º Cabe à Secretaria de Saúde do Distrito Federal o cadastramento do Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Cabe à Secretaria de Saúde municipal o cadastramento do Conselho de Saúde municipal. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 4º, § 6º)

Art. 439. Após efetivado o cadastramento regulado no art. 438, o acesso ao SARGSUS se dará por meio do endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sargsus. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 5º)

Art. 440. As estratégias de implementação do SARGSUS serão acordadas na CIT para o âmbito nacional, na CIB para o âmbito estadual e na CIR para o âmbito regional. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. O SARGSUS disponibilizará relatórios gerenciais para acesso pelas Comissões Intergestores para fins de acompanhamento da situação do RAG no tocante a sua elaboração e à apreciação pelo Conselho de Saúde competente. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 441. Após emissão de parecer conclusivo pelos respectivos Conselhos de Saúde, os RAGs registrados no sistema ficarão disponíveis para acesso público no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sargsus. (Origem: PRT MS/GM 575/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO VIII
DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

Art. 442. Este Capítulo estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 1º)

Seção I
Das Definições
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO I)

Art. 443. Para fins do disposto neste Capítulo, são adotadas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º)

I - certificado digital: documento eletrônico que contém o nome, número público exclusivo denominado chave pública e outros dados que identificam o seu emissor para as pessoas e sistemas de informação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, I)

II - declaração: processo de registro de dados por meio de programa específico do SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, II)

III - demonstrativo: instrumento de análise e controle em nível gerencial (tomada de decisão), que demonstra as situações econômico-financeira e patrimonial do exercício, estando as informações disponíveis nos Balanços Orçamentário, Financeiro, Patrimonial, Demonstração das Variações Patrimoniais e Demonstração das Disponibilidades Financeiras por Fonte de Recursos e também no Balanço Patrimonial e na Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, elaborados de acordo com a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, III)

IV - funcionalidade restrita: módulo disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, para atualização de dados e informações que sejam relativas à operacionalização do sistema, com acesso disponível apenas para usuários previamente cadastrados; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IV)

V - homologação: processo de ratificação, pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), de dados declarados por meio de programa do SIOPS, mediante utilização de certificado digital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, V)

VI - módulo de controle externo: funcionalidade disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, que permite aos Tribunais de Contas o registro de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VI)

VII - programa ou "software": conjunto de instruções que descrevem uma tarefa a ser realizada por um computador; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VII)

VIII - Receita Total: somatório das receitas correntes e de capital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, VIII)

IX - Receitas Vinculadas dos Estados e Distrito Federal: receitas de impostos de competência estadual, deduzidas as transferências obrigatórias aos Municípios, acrescidas das receitas oriundas de transferências da União, incluídos os seguintes impostos e receitas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX)

a) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, a)

b) Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotivo (IPVA); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, b)

c) Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, c)

d) cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, d)

e) cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados decorrente de exportações (IPI-Exportação); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, e)

f) cota-parte sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, f)

g) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, g)

h) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e" e "f". (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, IX, h)

X - Receitas Vinculadas dos municípios e Distrito Federal: receitas de impostos de competência municipal acrescidas das receitas oriundas de transferências da União e dos Estados, incluídos os seguintes impostos e receitas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X)

a) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, a)

b) Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, b)

c) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, c)

d) cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, d)

e) cota-parte do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, e)

f) cota-parte do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, f)

g) cota-parte do ICMS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, g)

h) cota-parte do IPVA; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, h)

i) cota-parte do IPI-Exportação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, i)

j) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, j)

k) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e", "f", "g", "h" e "i". (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, X, k)

XI - relatório: conjunto de informações que reportam resultados parciais ou totais de uma determinada atividade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XI)

XII - sistema: conjunto de componentes interrelacionados que coletam, recuperam, processam, armazenam, organizam e disponibilizam dados e informações; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XII)

XIII - técnicos autorizados pelos gestores do SUS: profissionais indicados pelos gestores do SUS para registro de dados no programa ou "software" de declaração do SIOPS e envio à respectiva base de dados do sistema, mediante informação de usuário e senha, para posterior homologação, dispensada a utilização de certificado digital; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XIII)

XIV - transferências constitucionais: recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158 e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição Federal; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XIV)

XV - transferências voluntárias: a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional ou legal nem seja destinada ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XV)

XVI - transmissão de dados: processo de envio de dados declarados e homologados por meio de programa do SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 2º, XVI)

Seção II
Do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II)

Subseção I
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 444. O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, incluída sua execução, nos termos deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. O SIOPS deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 445. O SIOPS terá as seguintes características essenciais: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º)

I - funcionar como registro eletrônico de declaração e homologação, pelo gestor público de saúde, dos dados de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, I)

II - possibilitar o monitoramento das receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, II)

III - possibilitar acesso público às informações constantes de sua base de dados; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, III)

IV - viabilizar a retificação de informações declaradas e/ou homologadas somente pelo gestor do SUS responsável; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, IV)

V - viabilizar o registro e a disponibilização da informação do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União e, quando couber, pelos Estados na conta corrente do Fundo de Saúde de Estados,

Distrito Federal e Municípios após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do "caput" do art. 12 do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, V)

VI - compatibilidade com as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União quanto à metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VI)

VII - observar as normas gerais relativas às classificações orçamentárias de receitas e despesas, definidas pelo Ministério da Fazenda e pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VII)

VIII - observância do padrão de arquitetura denominado Padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico (e-PING), que define conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que regulamentam a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) no Governo Federal, estabelecendo as condições de interação entre os Poderes e esferas de governo e com a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, VIII)

IX - observância do Modelo de Acessibilidade de Governo Eletrônico (e-MAG), que consiste em um conjunto de recomendações a ser considerado para que o processo de acessibilidade dos endereços eletrônicos e portais dos órgãos e entidades públicas seja conduzido de forma padronizada e de fácil implementação; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, IX)

X - observância dos Padrões "Web" em Governo Eletrônico (e-PWG), que são recomendações de boas práticas agrupadas em formato de cartilhas com o objetivo de aprimorar a comunicação e o fornecimento de informações e serviços prestados por meios eletrônicos pelos órgãos e entidades públicas federais; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, X)

XI - promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral produzidas ou custodiadas pelo sistema, em conformidade com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, XI)

XII - observância, no que couber, dos padrões mínimos para sistema integrado de administração financeira e controle estabelecidos pelo Decreto nº 7.185, de 27 de maio de 2010. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 4º, XII)

Art. 446. O SIOPS disporá dos seguintes processos e funcionalidades: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º)

I - disponibilização em meio eletrônico do programa de declaração aos gestores do SUS, no âmbito de cada ente da Federação, em até 10 (dez) dias do encerramento de cada bimestre; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, I)

II - declaração de dados no "software" e transmissão eletrônica, via internet, para o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), bem como organização e disponibilização de consultas e relatórios no Portal da Saúde, acessível pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, II)

III - disponibilização de módulo de controle de direcionamento das transferências constitucionais para os Fundos de Saúde, para o recebimento ou registro e disponibilização da informação do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União e pelos estados nos Fundos de Saúde estaduais, distrital e municipais, após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do "caput" do art. 12 do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, III)

IV - realização de cálculo automático dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde a partir das informações declaradas e homologadas pelo gestor do SUS responsável, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e gerenciais; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, IV)

V - campo específico para registro, pelo gestor do SUS responsável, da data da aprovação do RAG pelo respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, V)

VI - notificação automática dos gestores do SUS responsáveis quando da ausência de homologação das informações no SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VI)

VII - módulo específico de controle externo para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VII)

VIII - integração, mediante processamento automático, das informações do banco de dados do SIOPS ao Ministério da Fazenda, por meio do Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (CAUC), ou outro que venha a substituí-lo, e ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, VIII)

IX - integração, mediante processamento automático, das informações dos bancos de dados do Fundo Nacional de Saúde relativas às transferências de recursos do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios, realizadas pela modalidade fundo a fundo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, IX)

Parágrafo Único. Para a declaração e a homologação dos dados de que trata este Capítulo, os gestores do SUS dos entes da Federação observarão, integralmente, a metodologia disponível no Portal da Saúde, acessível pelo endereço eletrônico www.saude.gov.br, aplicável ao SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção II
Das Responsabilidades e do Cadastro
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 447. Os dados informados no SIOPS e o cumprimento dos prazos definidos neste Capítulo são de responsabilidade do gestor do SUS de cada ente da Federação, assim como a fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública, nos termos do § 2º do art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 6º)

Art. 448. Para fins de cadastramento e atualização dos chefes do Poder Executivo dos entes da Federação no SIOPS, serão utilizados os bancos de dados do Tribunal Superior Eleitoral. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º)

§ 1º O cadastramento e a atualização serão providenciados pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS) no início de mandatos eletivos estaduais, distritais e municipais, no prazo de até cinco dias úteis da posse do candidato eleito. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Em caso de substituição do chefe do Poder Executivo nos estados, Distrito Federal e municípios pelo respectivo Vice-Governador ou Vice-Prefeito ou pelo Presidente da respectiva Assembleia Legislativa, Câmara Legislativa ou Câmara de Vereadores, respectivamente, caberá ao chefe do Poder Executivo substituto encaminhar comunicação oficial ao DESID/SE/MS para fins de atualização das informações cadastrais no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A comunicação prevista no § 2º não será necessária nos casos de férias e afastamentos precários, tais como licenças para tratamento de saúde ou viagens oficiais. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no § 2º, a atualização cadastral no SIOPS será realizada no prazo de até 5 (cinco) dias úteis do recebimento da comunicação oficial pelo DESIS/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 7º, § 4º)

Art. 449. Caberá ao chefe do Poder Executivo, estadual, distrital e municipal, indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca do respectivo gestor do SUS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º)

§ 1º O chefe do Poder Executivo deverá também indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca do(s) servidor(es) autorizado(s) a alimentar o SIOPS em seu nome. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º No caso da União, o cadastro do Ministro de Estado da Saúde será atualizado pelo DESID/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 450. Caberá ao gestor do SUS de cada ente da Federação a responsabilidade pela declaração e homologação de dados no SIOPS, bem como pela transmissão dos dados homologados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º)

§ 1º A declaração e a transmissão de dados no SIOPS poderão ser delegados pelo gestor do SUS, mediante autorização a terceiros efetuada diretamente no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor do SUS deverá indicar e atualizar, diretamente no SIOPS, as informações acerca de seu substituto e do(s) servidor(es) técnico(s) responsável(eis) pelo preenchimento do "software" de declaração de dados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 451. O primeiro cadastro dos Presidentes dos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo do SIOPS será providenciado pelo DESID/SE/MS, mediante confirmação prévia de dados junto a cada Presidência de Tribunal. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. A substituição do Presidente do Tribunal de Contas será informada pelo Presidente em exercício mediante comunicação oficial ao DESID/SE/MS, para fins de alteração do cadastro no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 452. Caberá aos Presidentes dos Tribunais de Contas indicar diretamente no SIOPS o(s) servidor(es) autorizado(s) a utilizar o Módulo de Controle Externo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 11)

Parágrafo Único. A autorização referida no "caput" poderá ser delegada pelo Presidente do Tribunal de Contas. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Subseção III
Da Transmissão e Homologação dos Dados
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 453. A transmissão dos dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde para o SIOPS deverá ser feita a cada bimestre por todos os entes da Federação, observadas as regras de cadastro e responsabilidade previstas na Subseção II da Seção II do Capítulo VIII do Título VII. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 12)

Art. 454. Os dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde serão homologados pelo gestor do SUS da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios por meio de acesso aos dados declarados e enviados à base de dados do SIOPS pelos servidores técnicos por ele autorizados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Até que se efetive a homologação, os dados declarados e enviados à base de dados do SIOPS estarão acessíveis apenas ao ente da Federação declarante. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 455. A transmissão dos dados ao SIOPS somente será considerada concluída após o processo de homologação pelo gestor do SUS do ente da Federação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14)

§ 1º Serão considerados registrados e pendentes de finalização da transmissão, e assim identificados na base de dados do SIOPS, os dados registrados e não homologados, os quais ficarão indisponíveis para acesso público. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14, § 1º)

§ 2º Somente após a homologação os dados serão disponibilizados para acesso público e transmitidos pelo Ministério da Saúde ao sistema centralizado de controle das transferências da União para os demais entes da Federação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 14, § 2º)

Art. 456. O prazo para declaração, homologação e transmissão dos dados é de até 30 (trinta) dias após o encerramento de cada bimestre, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15)

§ 1º O SIOPS manterá registro e disponibilizará informações sobre a transmissão dos dados por bimestre e por ente da Federação, evidenciando a aplicação acumulada em despesas com ações e serviços públicos de saúde ao longo do exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º Os dados considerados para fins de apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de um exercício financeiro são os transmitidos e relativos ao último bimestre do exercício. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 457. Poderá ser feita a retransmissão de dados pelo gestor do SUS a qualquer tempo, em caráter excepcional, mediante solicitação justificada direcionada ao DESID/SE/MS, em campo específico na funcionalidade restrita do SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16)

§ 1º A liberação do SIOPS para a retransmissão ocorrerá no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contado da data do envio da solicitação justificada. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º No caso de retransmissão de dados, o gestor do SUS também deverá efetuar sua prévia homologação. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 2º)

§ 3º Os dados serão identificados no SIOPS como redeclarados e homologados, com registro do número de vezes e da data em que ocorreu cada transmissão. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 16, § 3º)

Art. 458. Caso não seja realizada a transmissão dos dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde do último bimestre do exercício financeiro, ocorrerá o impedimento da transmissão de dados do exercício financeiro subsequente até a regularização da situação pendente. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17)

§ 1º A regra prevista no "caput" poderá ser afastada pelo DESID/SE/MS em caráter excepcional, a partir de solicitação do gestor do SUS formalizada diretamente no SIOPS, em campo específico, nas seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º)

I - sempre que o ente da Federação tiver sido criado ou sua denominação alterada em data posterior à do período exigido; ou (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - quando os dados tiverem sido considerados irrecuperáveis por meios próprios ou por acesso a publicações oficiais, arquivos do Poder Legislativo e do respectivo Tribunal de Contas ou outros arquivos públicos. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 1º, II)

§ 2º Na hipótese descrita no inciso II do § 1º, a justificativa deverá demonstrar, se for o caso, a adoção de medidas para a apuração de responsabilidades e a recuperação dos dados exigidos por lei, cabendo ao DESIS/SE/MS sinalizar essa ocorrência no SIOPS. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º O registro de dados no SIOPS obedecerá aos modelos de documentos vigentes no período a que se referem os respectivos dados. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 3º)

§ 4º Na eventualidade de não ser realizada a transmissão de dados relativos a determinado bimestre, não haverá impedimento à transmissão de dados dos bimestres subsequentes, exceto para os dados do último bimestre do exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 17, § 4º)

Seção III
Da Certificação Digital
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO III)

Art. 459. Será adotada a certificação digital em todo processo de interface dos usuários com o SIOPS, à exceção dos técnicos autorizados pelo gestor do SUS, como meio de garantir a segurança dos procedimentos no sistema. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18)

§ 1º As trocas de informações realizadas por meio do SIOPS serão realizadas por meio digital e assinadas eletronicamente com a utilização de certificados digitais válidos e emitidos por Autoridade Certificadora integrante da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), instituída pelo art. 2º da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 6.605, de 14 de outubro de 2008. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os certificados digitais serão de uso individual e intransferível, conforme as normas técnicas estabelecidas pela ICP-Brasil, ou de outro tipo com requisitos de segurança mais rigorosos e emitidos por Autoridade Certificadora integrante da ICP-Brasil. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 18, § 2º)

Seção IV
Do Monitoramento
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 460. A ausência de dados declarados e homologados pelos entes da Federação quando do último bimestre de cada exercício financeiro será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde, nos termos do parágrafo único do art. 7º do Decreto nº 7.827, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 19)

Art. 461. O SIOPS realizará cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, como fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e gerenciais. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20)

§ 1º Para estados, Distrito Federal e municípios, o SIOPS calculará e evidenciará o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para a União, o SIOPS demonstrará o montante mínimo estimado e o efetivamente aplicado no exercício financeiro considerado, além de série histórica de aplicação em despesas com ações e serviços públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 20, § 2º)

Art. 462. Os Demonstrativos das Despesas com Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) da União, dos estados, Distrito Federal e municípios serão emitidos a partir do preenchimento dos dados no SIOPS, de acordo com o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 21)

Art. 463. O SIOPS produzirá relatórios automaticamente com base nas informações declaradas e homologadas pelo gestor do SUS, possibilitando: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22)

I - o acompanhamento da disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins de aplicação do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, apurados para determinado exercício financeiro, e que deverão ser necessariamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, I)

II - a demonstração da aplicação em ações e serviços públicos de saúde do montante equivalente aos restos a pagar cancelados ou prescritos no exercício anterior, mediante dotação orçamentária específica para essa finalidade; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, II)

III - a demonstração de eventual diferença entre as despesas mínimas com ações e serviços públicos de saúde e as efetivamente realizadas, para fins de aplicação do disposto no art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, III)

IV - a demonstração da aplicação no exercício subsequente dos valores que deixaram de ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, depois de expirado o prazo de publicação do RREO do encerramento do exercício, previsto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000, nos termos do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 22, IV)

Art. 464. Os órgãos de controle interno do ente federativo beneficiário, do ente federativo transferidor ou o Ministério da Saúde serão responsáveis por dar ciência aos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23)

I - Tribunal de Contas e Ministério Público competentes, quando for detectado que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012 ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, nos termos do art. 27 da referida lei; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23, I)

II - Conselho de Saúde, direção local do SUS, órgãos de auditoria do SUS, Ministério Público e órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso, quando da verificação do descumprimento de qualquer dispositivo da Lei Complementar nº 141, de 2012, nos termos do § 5º do art. 39 da referida lei. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 23, II)

Art. 465. O SIOPS disponibilizará as informações homologadas, por meio de processamento automático, ao Ministério da Fazenda e ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes da Federação, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24)

I - para fins de condicionamento das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I)

a) as informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS que indicarem o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, atendidos os prazos fixados no § 3º do art. 8º do Decreto nº 7.827, de 2012; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, a)

b) as informações inseridas pelos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo que indicarem o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde, a qualquer tempo; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, b)

c) o valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, c)

d) número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, I, d)

II - para fins de suspensão das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II)

a) a relação dos entes da Federação que não apresentarem as informações homologadas no SIOPS, respeitados os prazos do inciso II do art. 16 do Decreto nº 7.827, de 2012; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II, a)

b) a relação de entes da Federação sujeitos à medida preliminar de condicionamento das transferências constitucionais e que não comprovaram no SIOPS, no prazo de 12 (doze) meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, II, b)

III - para fins de restabelecimento das transferências constitucionais, serão processadas: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III)

a) a relação de entes da Federação que, estando sujeitos ao condicionamento de transferências constitucionais, comprovaram a aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde, referente ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercício anterior; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, a)

b) as informações inseridas pelos Tribunais de Contas no Módulo de Controle Externo que indicarem o cumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, b)

c) a relação de entes da Federação que tiveram as transferências constitucionais suspensas em decorrência da ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS e que regularizaram a situação; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, c)

d) a relação de entes da Federação que, estando sujeitos ao condicionamento de transferências constitucionais, comprovarem a aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde por meio da retransmissão das informações declaradas e homologadas, referente ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercício anterior. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 24, III, d)

Art. 466. Para fins de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias, o SIOPS adotará os seguintes procedimentos, mediante processamento automático de informações: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25)

I - transcorridos 30 (trinta) dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício financeiro, serão disponibilizadas as informações homologadas no SIOPS ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, acerca do cumprimento ou o descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, I)

II - transcorridos 30 (trinta) dias da emissão de notificação automática do SIOPS para o gestor do SUS do ente da Federação, será disponibilizado ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, a identificação dos entes da Federação que deixaram de declarar e homologar as informações no SIOPS; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, II)

III - será disponibilizada ao CAUC, ou outro sistema que venha a substituí-lo, a comprovação do cumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde ou no caso da aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, para o restabelecimento das transferências voluntárias da União. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 25, III)

Art. 467. Ficarão disponíveis na interface "web" do SIOPS, de forma automática e com livre acesso ao público em geral: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26)

I - os dados referentes a receitas totais e despesas em ações e serviços públicos de saúde declarados e homologados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, bem como os indicadores e relatórios produzidos; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26, I)

II - as informações disponibilizadas pelo agente financeiro da União e pelos estados quanto ao valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo em decorrência da efetivação do direcionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158

e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição Federal. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 26, II)

Seção V
Da Cooperação Técnica e Financeira
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO V)

Art. 468. O Ministério da Saúde prestará cooperação técnica e financeira aos estados, Distrito Federal e municípios para a implementação de processos de educação permanente e transferência de tecnologia sobre: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27)

I - regulamentos técnicos e legais acerca da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde e operação do SIOPS; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, I)

II - operação e modernização dos Fundos de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, II)

III - formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, III)

Parágrafo Único. A cooperação financeira se efetivará com a entrega de bens ou valores ou com o financiamento por intermédio de instituições financeiras federais, conforme definido em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção VI
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 53/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 469. O DESID/SE/MS poderá verificar, por amostragem, a consistência dos dados declarados e homologados no SIOPS, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo, com a finalidade de apoiar o autocontrole dos gestores do SUS, adotados os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28)

I - disponibilização dos resultados obtidos aos gestores do SUS, em funcionalidade restrita do sistema, até o encerramento do exercício financeiro posterior; (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, I)

II - recebimento e processamento de esclarecimentos suplementares, a critério do gestor do SUS, no prazo de 30 (trinta) dias, sobre eventuais pontos de divergência suscitados de forma fundamentada; e (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, II)

III - apresentação de resumo final, em até 30 (trinta dias), ao gestor do SUS interessado e, eventualmente, à CIT. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 28, III)

Art. 470. O DESID/SE/MS e o DATASUS promoverão as alterações necessárias no SIOPS de forma a atender ao disposto no art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e a este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 53/2013, Art. 29)

CAPÍTULO IX
DO SISTEMA DE LOGÍSTICA EM SAÚDE (SILOS)

Art. 471. Este Capítulo fixa os procedimentos a serem adotados nas contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a Insumos Estratégicos para a Saúde (IES), por meio do Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 1º)

Seção I
DO PLANO DE DEMANDAS
(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO I)

Art. 472. As Secretarias do Ministério da Saúde informarão ao DLOG/SE/MS, por intermédio do Plano de Demandas, a necessidade de contratações de fornecimento de bens e prestação de serviços relativos a IES. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 2º)

Art. 473. O Plano de Demandas será elaborado anualmente por cada Secretaria do Ministério da Saúde, por intermédio do Sistema de Logística em Saúde (SILOS), e disponibilizado ao DLOG/SE/MS até 30 de junho. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 3º)

Art. 474. O Plano de Demandas conterá, conforme modelo constante do Anexo XXVI , as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º)

I - descrição do item a ser adquirido, conforme Código de Catálogo de Materiais (CATMAT); (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, I)

II - quantidade, unidade de fornecimento e estoque estratégico; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, II)

III - modalidade, valor unitário e fornecedor da última aquisição; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, III)

IV - data da 1ª entrega; (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, IV)

V - características da armazenagem; e (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, V)

VI - características da distribuição. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, VI)

Parágrafo Único. As áreas demandantes informarão a funcional programática no Plano de Demandas, quando o IES estiver contemplado no Plano Plurianual (PPA). (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 475. O Plano de Demandas de que trata esta Seção é requisito para que sejam contemplados os recursos necessários para a aquisição dos IES no orçamento do próximo exercício financeiro. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 5º)

Art. 476. Compete ao DLOG/SE/MS sistematizar os Planos de Demandas elaborados pelas Secretarias e coordenar o planejamento logístico, visando à economicidade e à celeridade nos processos de contratações de serviços relativos a IES. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os pedidos de contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES não contemplados no Plano de Demandas serão encaminhados à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), devidamente justificados, para análise e autorização do procedimento de aquisição. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção II
DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO II)

Art. 477. As solicitações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES seguirão o modelo de Termo de Referência constante do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º)

§ 1º Os Termos de Referência serão gerados eletronicamente no SILOS, analisados e validados pelo DLOG/SE/MS e impressos pela área demandante a partir do próprio Sistema (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Após a impressão, os Termos de Referência serão assinados pelo responsável de cada área demandante e aprovados pela autoridade competente. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 478. Compete ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos ou à área demandante que elaborou o Termo de Referência solicitar a autuação do documento, conforme despacho-padrão constante no Anexo XXVIII , e ajustar os campos "assunto" e "interessado" no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (SIPAR), conforme os dados constantes no documento de solicitação da autuação. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. Autuado o processo referente a contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES, o Serviço de Protocolo da Coordenação de Arquivo e Gestão de Documentos (PROTSEDE/COARQ/CGDI/SAA/SE/MS) deverá apor o carimbo "AQUISIÇÃO INSUMO ESTRATÉGICO DE SAÚDE" no canto superior direito da capa do processo. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 479. A tramitação dos processos de aquisição de IES terá caráter prioritário no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 9º)

Seção III
DA PESQUISA DE PREÇOS
(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO III)

Art. 480. Compete ao DAF/SCTIE/MS e/ou à área demandante que elaborou o Termo de Referência realizar a pesquisa de preços, conforme roteiro constante do Anexo XXIX . (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 10)

Art. 481. O DLOG/SE/MS poderá realizar pesquisa de preços complementar, nos casos em que julgar necessário para a devida instrução do procedimento de contratação. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 11)

Seção IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2710/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 482. A ordem das contratações destinadas ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a IES será definida considerando-se a data da primeira entrega dos citados bens ou da prestação dos mencionados serviços, de acordo com os dados do Plano de Demandas, bem como as informações referentes a estoque. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 12)

Art. 483. Os órgãos do Ministério da Saúde deverão obrigatoriamente preencher o campo "Insumo Estratégico para a Saúde" no SIPAR. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Os órgãos interessados acompanharão, por meio do SIPAR, os prazos dos processos de contratação relacionados a IES que estejam sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 484. Os casos omissos neste Capítulo serão analisados e definidos pela SE/MS, à luz da legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Art. 14)

CAPÍTULO X DO SIN-PROCESSO
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 485. Fica instituído o Sin-Processo no âmbito do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 486. Para fins deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º)

I - arquivo eletrônico: repositório de documentos e/ou de processos eletrônicos ou digitalizados; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, I)

II - documento eletrônico: documento produzido sob a forma de arquivo eletrônico, inclusive aquele resultante de processo de digitalização; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, II)

III - processo eletrônico: conjunto de documentos eletrônicos e atos processuais organicamente acumulados no curso de um processo de aquisição de bens e serviços no Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, III)

IV - usuário interno: servidor público em exercício no Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao Sin-Processo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

V - usuário colaborador: prestador de serviço terceirizado ou qualquer outro colaborador do Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao SinProcesso; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

VI - usuário externo: qualquer cidadão ou pessoa jurídica que tenha acesso, de forma autorizada, a informações produzidas no âmbito do Sin-Processo e que não seja caracterizado como usuário interno ou colaborador;**VII -** assinatura eletrônica: registro realizado eletronicamente por usuário identificado de modo inequívoco, mediante "login" e senha, com vistas a firmar determinado documento com sua assinatura; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VII) (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

VII - assinatura eletrônica: registro realizado eletronicamente por usuário identificado de modo inequívoco, mediante "login" e senha, com vistas a firmar determinado documento com sua assinatura; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VII)

VIII - tarefa: etapa do processo executada individualmente por um usuário interno; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, VIII)

IX - área competente: área que detém atribuição regimental afeta ao assunto principal tratado em determinado documento; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, IX)

X - perfil de acesso: possibilidade de permissão para visualização ou operacionalização do PEC. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 2º, X)

Art. 487. O Sin-Processo constitui-se em meio informatizado de operacionalização eletrônica para aquisição de insumos estratégicos para a saúde (IES) e de bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação no Ministério da Saúde, por intermédio de procedimento licitatório ou contratação direta. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 1º Cada processo criado no Sin-Processo será registrado no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) pela área competente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 2º O Sin-Processo está disponível para usuários internos, colaboradores e externos, com os perfis de acesso definidos no art. 490. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 3º O Sin-Processo engloba a fase interna do procedimento licitatório e da contratação direta, observadas as competências estabelecidas no Regimento Interno do Ministério da Saúde e sem prejuízo das etapas realizadas nos sistemas de informação sob gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 4º A realização de atos processuais nos sistemas de informação sob gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão será informada no Sin-Processo. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 5º As notas de empenho relativas à contratação, o contrato assinado e os documentos referentes à garantia contratual serão incluídos no SIN-PROCESSO por documento eletrônico resultante de processo de digitalização. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 488. São diretrizes do Sin-Processo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

I - garantia da confiabilidade e integridade das informações relativas a documentos e processos realizados; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, I)

II - transparência; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, II)

III - facilidade e agilidade na obtenção de informações gerenciais e de caráter estratégico relativas a documentos e processos de aquisição de IES, bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, III)

IV - celeridade no andamento processual e na movimentação de documentos no Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, IV)

V - adoção de práticas de gestão alinhadas com os princípios da sustentabilidade e com a redução dos impactos ambientais decorrentes da atividade institucional. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 4º, V)

Art. 489. O Sin-Processo está disponível para usuários internos, colaboradores e externos, e contempla, entre outras, as seguintes funcionalidades: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

I - assinatura eletrônica de documentos produzidos eletronicamente ou resultantes de digitalização; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, I)

II - instrução e gestão de informações, documentos e processos; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, II)

III - comunicações e demais atos processuais; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, III)

IV - intercâmbio eletrônico de informações com as áreas competentes. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 5º, IV)

§ 1º As tarefas do Sin-Processo possuem numeração única cronológica e automática produzida pelo sistema. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 490. Os perfis de acesso ao Sin-Processo são os seguintes: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

I - visualização parcial: visualização de parte dos processos ou de um processo específico; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, I)

II - visualização plena: visualização de todos os processos constantes do Sin-Processo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

III - operação do sistema: execução das tarefas que lhe sejam afetas; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, III)

IV - órgão credenciador: credenciamento de usuários e definição de tarefas e funcionalidades necessárias ao sistema, a partir de solicitação do titular da área competente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, IV)

§ 1º Os usuários colaboradores e externos somente poderão ser credenciados com o perfil de visualização parcial. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O perfil de órgão credenciador cabe ao Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS) e à Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE/MS), observadas as atribuições definidas no Regimento Interno do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os titulares das áreas competentes poderão propor ao órgão credenciador a alteração de tarefas e funcionalidades do sistema. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 491. Para utilização do Sin-Processo é necessário credenciamento do usuário, mediante o cadastramento de conta de identificação única junto ao órgão credenciador, com a utilização de senha pessoal e intransferível e observados os perfis de acesso definidos no art. 490. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 1º O credenciamento de usuário interno ou colaborador dar-se-á a partir de solicitação do titular da área competente ao órgão credenciador, com a indicação das seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º)

I - (Revogado pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

II - número no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, II)

III - número no Registro Geral de Identificação (RG); e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, III)

IV - indicação do perfil necessário. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 1º, IV)

§ 2º O credenciamento de usuário externo dar-se-á a partir de provocação do próprio interessado, que deverá formalizar pedido por escrito dirigido ao DLOG/SE/MS ou à SAA/SE/MS, observadas as competências definidas no regimento interno do Ministério da Saúde, contendo as mesmas informações descritas no art. 491, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A indicação do perfil de visualização plena deverá ser motivada. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 7º, § 3º)

§ 4º O credenciamento importará na aceitação das condições regulamentares que disciplinam o Sin-Processo, previstas neste Capítulo, responsabilizando-se o usuário pelo uso indevido da solução de tecnologia da informação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 492. O descredenciamento do usuário do Sin-Processo dar-se-á: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

I - por solicitação expressa do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, I)

II - em razão de uso indevido ou do descumprimento das condições regulamentares que disciplinam sua utilização; e (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, II)

III - a critério da Administração, mediante ato motivado. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 8º, III)

Art. 493. As tarefas são realizadas no Sin-Processo mediante a inserção de um documento eletrônico ou pela utilização de funcionalidade do sistema. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 1º As tarefas praticadas no Sin-Processo são consideradas realizadas no dia e hora registrados pelo sistema, conforme horário oficial de Brasília. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 3º O nome atribuído ao documento eletrônico deve ser coincidente com o seu conteúdo, com vistas a facilitar a compreensão do histórico do processo. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 9º, § 3º)

Art. 494. Os processos e os documentos eletrônicos do Sin-Processo, inclusive os resultantes de digitalização, serão produzidos, armazenados e assinados em meio eletrônico, em ambiente seguro e por meio de tecnologia que garanta a integridade, a autenticidade e a disponibilidade das informações. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 1º O Sin-Processo deve contemplar os procedimentos e os controles de segurança da informação previstos no Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 2º Uma vez incluído no Sin-Processo, o documento eletrônico não poderá sofrer qualquer alteração, inclusive por parte do usuário responsável pela sua inclusão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 495. Os documentos eletrônicos produzidos no Sin-Processo têm autoria, autenticidade e integridade asseguradas, nos termos da Lei, mediante utilização de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

I - assinatura eletrônica; ou (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, I)

II - certificado digital. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, II)

§ 1º A assinatura eletrônica e o certificado digital são de uso pessoal e intransferível, sendo de responsabilidade do titular sua guarda e sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º O uso de certificado digital será obrigatório para os responsáveis por atos que gerem efeitos externos ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 496. O uso inadequado do Sin-Processo fica sujeito à apuração de responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 497. Os documentos serão tramitados no Sin-Processo exclusivamente em meio eletrônico, e atenderão os requisitos de autenticidade, integridade e validade jurídica. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 1º Documentos formalizados em meio físico serão digitalizados e anexados ao SinProcesso pelo usuário responsável. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

§ 2º O documento em meio físico objeto de digitalização para inclusão no SinProcesso será mantido pela área competente pelo prazo de retenção devido, de acordo com a legislação vigente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 498. Os documentos criados originalmente no Sin-Processo e assinados eletronicamente na forma do art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, são considerados originais para todos os efeitos legais a partir da conclusão da tarefa. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Parágrafo Único. A conversão de documentos em papel para o meio eletrônico observará os procedimentos e os controles de segurança da informação previstos na legislação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 499. A autuação de processos eletrônicos dispensa a realização de procedimentos típicos de processo físico, tais como capeamento, inclusão de termo de abertura, numeração de folhas e aposição de etiqueta padronizada. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 15)

Art. 500. O tratamento arquivístico, inclusive a eliminação de documentos e processos eletrônicos, observará os procedimentos de gestão documental adotados no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16)

§ 1º A gestão de documentos eletrônicos orienta-se pelos critérios da integridade e da disponibilidade das informações produzidas e custodiadas pelo Ministério da Saúde, respeitados os requisitos legais e os princípios de segurança da informação. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º Ato específico definirá plano de preservação de documentos eletrônicos. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 2º)

§ 3º A eliminação de documentos e processos eletrônicos será realizada após a aprovação pelo Arquivo Nacional, conforme procedimento previsto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 16, § 3º)

Art. 501. Compete ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS): (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17)

I - implementar as tarefas e funcionalidades definidas pelos órgãos credenciadores; (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17, I)

II - prover a contínua atualização tecnológica necessária à implantação plena e efetiva do Sin-Processo; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

III - garantir a guarda dos documentos eletrônicos por meio de contínuos "back up" do banco de dados e de infraestrutura de armazenamento ("storage"). (Origem: PRT MS/GM 2758/2013, Art. 17, III)

Art. 502. Compete à Coordenação-Geral de Documentação e Informação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos - CGDI/SAA/SE/MS - emitir orientações sobre os procedimentos de gestão documental no âmbito do Sin-Processo. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 503. Os órgãos do Ministério da Saúde sediados fora da cidade de Brasília/DF disporão do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para iniciar a utilização do Sin-Processo. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

Art. 504. Ficam convalidados os atos praticados no Sin-Processo até a data de publicação desta Portaria, desde que sua finalidade tenha sido alcançada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3440 de 24.10.2018)

CAPÍTULO XI
DO SISTEMA DE LEGISLAÇÃO DA SAÚDE (SAUDE LEGIS)

Art. 505. Fica instituído o Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), como sistema online para a gestão e a recuperação de texto completo dos atos normativos editados pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, publicados no Diário Oficial da União (DOU) e no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde (BSE). (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º)

§ 1º O Saúde Legis tem por finalidade sistematizar a produção normativa do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, garantindo a identificação, o registro e a disseminação dos atos normativos, promovendo o acesso gratuito desses atos ao público em geral por meio da internet. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Saúde Legis permitirá a realização de pesquisa simultânea com a Base da Legislação Federal Brasileira, disponível no endereço eletrônico da Presidência da República. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 506. Caberá à Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE) realizar a gestão do Saúde Legis e ao DATASUS o desenvolvimento e à manutenção do sistema, bem como seu aprimoramento tecnológico. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 2º)

Art. 507. Caberá à Biblioteca do Ministério da Saúde incluir diariamente no Saúde Legis os atos normativos deste Ministério e de suas entidades vinculadas publicados no Diário Oficial da União e no Boletim de Serviço. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 3º)

Art. 508. Os endereços eletrônicos dos órgãos do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas deverão ter link direto para o Saúde Legis. (Origem: PRT MS/GM 460/2010, Art. 4º)

TÍTULO VIII
DO CONTROLE E AVALIAÇÃO

CAPÍTULO I
DO TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO (TAS)

Art. 509. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Parágrafo Único. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 510. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 1º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 3º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 4º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 511.(Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

I - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

II - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

III - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 512. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

I - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

II - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 513. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

I - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

II - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

III - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

IV - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 1º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 514. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

I - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

a) (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

b) (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

c) (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

II - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

III - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

IV - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 515. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

I - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

II - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

III - (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 1º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 516. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 517. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 1º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 518. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 519. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 520. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 521. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 522. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

Art. 523. (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 1º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

§ 2º (Revogado pela PRT GM/MS n° 3.881 de 28.12.2017)

TÍTULO IX
DA PROGRAMAÇÃO VISUAL PADRONIZADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DO SUS

Art. 524. Fica instituída a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, em suas áreas externas e internas, de acordo com as marcas nacionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A programação visual a que se refere o caput deverá incorporar, de forma complementar, a marca geral do governo de cada ente copartícipe da instalação e custeio da Unidade de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 525. As marcas nacionais, componente indissociável que caracteriza cada Unidade de Saúde pelos serviços que oferece, devem ser aplicadas conforme estabelecido neste Título como condição indispensável para a habilitação das unidades e devem ser consideradas nos sistemas de controle e monitoramento de seus serviços. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 2º)

Art. 526. Para cumprimento do disposto neste Título, deverá ser observado o conteúdo exposto no "Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS", que se encontra disponível no endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/guia-de-sinalizacao. (Origem: PRT MS/GM 2838/2011, Art. 4º)

TÍTULO X
DAS DATAS COMEMORATIVAS E DOS PRÊMIOS DA SAÚDE

CAPÍTULO I
DAS DATAS COMEMORATIVAS DA SAÚDE

Art. 527. Ficam instituídas as seguintes datas comemorativas:

I - a "Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose", na semana de 24 de março. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º)

II - a "Semana da Saúde no Brasil", de 2 a 7 de abril. (Origem: PRT MS/GM 535/2005, Art. 1º)

III - o "Dia Nacional de Controle da Infecção Hospitalar", em 15 de maio, no qual, anualmente, serão apresentados indicadores que evidenciem a redução nos índices de infecção hospitalar e, sobretudo, destacadas as unidades hospitalares que tenham alcançado padrões ideais de resultados. (Origem: PRT MS/GM 666/1990, Art. 2º)

IV - a "Semana Mundial da Amamentação no Brasil (SMAM)", de 1º a 7 de agosto; (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 1º)

V - o "Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística", em 5 de setembro. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 1º)

VI - o "Dia Nacional de Doação do Leite Humano", em 1º de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1893/2003, Art. 1º)

VII - o "Dia Nacional de Combate a Obesidade", em 11 de outubro, como o dia símbolo de luta contra a doença. (Origem: PRT MS/GM 144/1999, Art. 1º)

VIII - o "Dia Nacional de Luta do Paciente Reumático", em 30 de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1245/1997, Art. 2º)

IX - o "Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez", em 10 de novembro, símbolo de luta cujo propósito principal é educar, conscientizar e prevenir a população brasileira para os problemas advindos da surdez. (Origem: PRT MS/GM 1661/1997, Art. 1º)

X - o "Dia Nacional do Diabetes", em 14 de novembro, como o dia símbolo de luta contra a doença. (Origem: PRT MS/GM 391/1997, Art. 2º)

XI - o "Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue", no último sábado do mês de novembro. (Origem: PRT MS/GM 1934/2003, Art. 1º)

§ 1º A "Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose" tem por objetivo:

I - concentrar esforços na divulgação da doença, sua prevenção, diagnóstico e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, I)

II - mobilizar os gestores e órgãos do SUS para que, em articulação com outros segmentos dos setores público e privado, veículos de comunicação social, organizações não governamentais, grupos e movimentos da sociedade civil organizada sejam desenvolvidas atividades intensivas acerca da doença; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, II)

III - sensibilizar a sociedade promovendo o seu engajamento permanente nas ações de mobilização e articulação com vistas à difusão de informações sobre a doença e a superação do estigma a ela relacionado; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, III)

IV - desenvolver, junto às escolas, programas específicos de prevenção e controle da doença; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, IV)

V - sensibilizar os profissionais de saúde para a difusão de informações sobre a tuberculose em suas respectivas práticas; (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, V)

VI - realizar eventos técnico-científicos para os profissionais de saúde relacionados à tuberculose, bem como acerca da situação da doença e do desenvolvimento das ações voltadas ao seu controle em todo o País. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 1º, VI)

§ 2º A semana de que trata o art. 527, I será aquela que inclua o dia 24 de março, com as atividades específicas desenvolvidas a partir de segunda-feira. (Origem: PRT MS/GM 2181/2001, Art. 2º)

§ 3º As comemorações da SMAM serão anuais e acompanharão o calendário internacional, de 1º a 7 de agosto. (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

§ 4º A SMAM será coordenada, em âmbito nacional, pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria. (Origem: PRT MS/GM 2394/2009, Art. 2º)

§ 5º Estabelecer que o Ministério da Saúde incentivará as organizações governamentais e não governamentais a promoverem, na data de que trata o art. 527, V, ações de informações, campanhas educativas e eventos técnicos sobre a fibrose cística. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 2º)

§ 6º As ações objeto do artigo consistirão de divulgação de informações sobre a importância da detecção e do tratamento precoce da fibrose cística. (Origem: PRT MS/GM 1411/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 528. Fica proclamada a adesão do Brasil à celebração do:

I - o "Dia Mundial da Saúde Mental", em 10 de outubro. (Origem: PRT MS/GM 1720/1994, Art. 1º)

CAPÍTULO II
DOS PRÊMIOS DA SAÚDE

Seção I
Do Prêmio de Qualidade Hospitalar

Art. 529. Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o "Prêmio de Qualidade Hospitalar". (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º)

§ 1º O Prêmio tem por objetivo tornar público o reconhecimento do Ministério da Saúde àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), programas conduzidos pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Prêmio consiste na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, do Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar, aos hospitais que tenham se destacado pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 2º)

§ 3º O Prêmio será concedido uma vez por ano, sendo relativo à opinião dos usuários coletada no ano imediatamente anterior. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 1º, § 3º)

Art. 530. Ficam estabelecidas as seguintes categorias para o Prêmio de Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º)

I - Nacional - será concedido às 10 (dez) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes no País, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários, e também o Prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que tiver a melhor avaliação no País, e (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, a)

II - Estadual - será concedido às 03 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado, tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, b)

Parágrafo Único. A instituição hospitalar premiada na Categoria Nacional não participará do Concurso na Categoria Estadual. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 531. Fica aprovado, na forma do Anexo XXXIII o Regulamento do Prêmio de Qualidade Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Regulamento de que trata o caput deste Artigo estabelece os critérios de avaliação/concessão do Prêmio, tendo em vista o grau de satisfação de seus usuários medida pela Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Art. 3º, Parágrafo Único)

Seção II
Do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS

Art. 532. Fica instituído o "Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS" com os objetivos de: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º)

I - promover as pesquisas científico-tecnológicas que atendam às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, I)

II - reconhecer e premiar os méritos dos pesquisadores responsáveis pela condução de pesquisas básicas e aplicadas com elevado potencial de utilização pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, II)

III - divulgar nacional e internacionalmente os resultados dos trabalhos premiados e selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 1º, III)

Art. 533. O Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS contemplará as seguintes categorias: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º)

I - tese de doutorado; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, I)

II - dissertação de mestrado; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, II)

III - trabalho publicado em revista indexada; (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, III)

IV - experiências exitosas do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, IV)

V - produtos e inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, V)

§ 1º Será concedida premiação: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º)

I - aos primeiros colocados das categorias de que trata os incisos I, II, III e V do caput; e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º, I)

II - ao primeiro, segundo e terceiro colocados da categoria de que trata o inciso IV do caput. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º Serão conferidas menções honrosas para até 3 (três) trabalhos que mais se destacarem nas categorias de que trata os incisos I, II, III e V. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Serão conferidas menções honrosas às respectivas Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES) vinculadas às pesquisas premiadas na categoria de que trata o inciso IV. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O regulamento do Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS será publicado anualmente. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 2º, § 4º)

Art. 534. Fica criada a Comissão Julgadora do Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS, composta por um representante dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, I)

II - Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, III)

IV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, IV)

V - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, V)

VI - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, VI)

VII - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, VII)

§ 1º As entidades a seguir enumeradas poderão ser convidadas a participar da Comissão de que trata o caput: (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º)

I - Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I)

a) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I, a)

b) Financiadora de Estudo e Projeto (FINEP/MCTIC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, II)

III - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VII)

VIII - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, VIII)

IX - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, IX)

X - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, X)

XI - Academia Brasileira de Ciência (ABC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XI)

XII - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XII)

XIII - Federação de Sociedades de Biologia Experimental (FeSBE); (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XIII)

XIV - Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (CONFAP); e (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XIV)

XV - Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES). (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 1º, XV)

§ 2º A Comissão Julgadora será coordenada pelo dirigente máximo da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que estiver em exercício durante as atividades ou por aquele que for indicado por aquela autoridade, desde que subordinado hierarquicamente àquela Secretaria. (Origem: PRT MS/GM 1419/2003, Art. 3º, § 2º)

Seção III
Do Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira

Art. 535. Fica instituído o "Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira", destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 1º)

Art. 536. Fica instituída comissão para elaborar o regulamento e a seleção dos estabelecimentos de saúde concorrentes ao prêmio, constituída pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 728/2003, Art. 2º, V)

Seção IV
Do Prêmio Cecília Donnangelo

Art. 537. Fica instituído o "Prêmio Cecília Donnangelo" para laurear, em âmbito nacional, trabalhos de pesquisa e de gestão na área de recursos humanos em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 1º)

Art. 538. O Prêmio Cecília Donnangelo será concedido anualmente, com o seguinte objetivo: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º)

I - incentivar a Pesquisa Nacional sobre Recursos Humanos em Saúde, em suas diversas áreas de conhecimento, visando à consolidação de políticas apropriadas de recursos humanos para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º, I)

II - incentivar práticas de excelência de gestão do trabalho e educação na saúde, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 2º, II)

Art. 539. Serão promovidas duas modalidades de premiação: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º)

I - uma voltada para o universo de pesquisadores nacionais que produza conhecimento original sobre o objeto recursos humanos em saúde no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, I)

II - outra voltada para o universo de gestão do SUS, onde serão destacadas experiências e práticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Em cada modalidade serão premiados três trabalhos, observando-se a seguinte ordem de classificação: primeiro, segundo e terceiro lugares. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 540. A comissão de regulamentação, organização, seleção e premiação do Prêmio Cecília Donnangelo terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º)

I - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES/MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, I)

II - um representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, II)

III - um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, III)

IV - um representante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, IV)

V - um representante do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. O representante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde será designado por suas respectivas Estações de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2473/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção V
Do Prêmio Nacional Bibi Vogel

Art. 541. Fica instituído o "Prêmio Nacional Bibi Vogel" destinado ao reconhecimento de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 1º)

Art. 542. Fica instituída comissão com o objetivo de elaborar o regulamento e a seleção dos concorrentes ao prêmio. (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Comissão será composta por representantes: (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde - MS, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - do Grupo Amigas do Peito; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano e Aleitamento Materno; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - da Sociedade Brasileira de Pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - da Federação Brasileira das Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

X - do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1907/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, X)

Seção VI

Do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS

Art. 543. Fica instituído o "Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS", por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatem e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre a gestão participativa no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 1º)

Art. 544. Fica aprovado, na forma dos Anexos XXXVI e XXXVII , o regulamento do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS disponibilizado nos endereços eletrônicos www.saude.gov.br e no www.conasems.org.br. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 2º)

Art. 545. Fica instituído o Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º)

I - promover a divulgação do prêmio; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, I)

II - coordenar o processo de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, II)

III - definir a Comissão de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, III)

IV - reunir membros da Comissão de Avaliação para o estabelecimento dos critérios de avaliação para cada categorias do prêmio; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, IV)

V - organizar e realizar a distribuição dos trabalhos para os avaliadores membros da Comissão de Avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, V)

VI - acompanhar o processo de avaliação; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VI)

VII - coordenar a consolidação das avaliações, identificado os quinze finalistas de cada categorias e enviado à Comissão de Avaliação eventuais empates; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VII)

VIII - identificar os cinco trabalhos que serão premiados dentre quinze selecionados pela melhor pontuação, para cada categoria; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, VIII)

IX - divulgar os resultados; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, IX)

X - programar e realizar o evento de premiação; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, X)

XI - decidir sobre os recursos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 3º, XI)

Art. 546. O Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca contará com equipe de apoio técnico administrativo e terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º)

I - três representantes da Secretaria de Gestão Participativa - SGP, que o coordenará ; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º, I)

II - dois representantes do CONASEMS; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Art. 4º, II)

Seção VII

Do Prêmio Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil

Art. 547. Fica instituído o Prêmio Anual denominado "Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil". (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º)

§ 1º A premiação será durante a semana do dia 27 de setembro, data em que se comemora o Dia Nacional da Doação de Órgãos e Tecidos, em local a ser definido a cada premiação. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O Prêmio será uma miniatura da escultura criada para homenagear pessoas físicas ou jurídicas, instituições públicas ou privadas, associações de pacientes, organizações não-governamentais, entre outras, que se destaquem na promoção da doação e captação de órgãos e/ou de tecidos para transplante, e será entregue para o primeiro e o segundo lugares entre os selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Avaliação dos Candidatos ao Prêmio, a qual fará a seleção dos candidatos indicados para receberem a homenagem, será formada pelos seguintes integrantes: (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º)

I - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, I) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

II - Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAET/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, II) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

III - Coordenador-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, III) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

IV - Assessor de Comunicação Social do Ministério da Saúde (ASCOM); (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

V - Homenageado, pessoa física, do ano imediatamente anterior; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, V) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VI - Homenageado, pessoa jurídica, do ano imediatamente anterior; (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VII - Representante da Associação Brasileira das Emissoras de Rádio e Televisão; e (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

VIII - Representante da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 3º, VIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2132/2006)

§ 4º Os candidatos à premiação serão selecionados pelas CNCDO de cada estado da Federação e do Distrito Federal, que deverão informar à CGSNT a relação dos selecionados. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 1º, § 4º)

Art. 548. A Secretaria de Atenção à Saúde promoverá a regulamentação desta Seção e adotará as providências necessárias ao cumprimento do que nela está disposto. (Origem: PRT MS/GM 1751/2005, Art. 2º)

Art. 549. Estabelecer que o Prêmio Anual "Destaque na Promoção da Doação de Órgãos", instituído pela Seção VII do Capítulo II do Título X, consistirá na entrega de um troféu simbolizando a solidariedade entre as pessoas. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 1º)

Art. 550. Definir que o Prêmio homenageará, anualmente, uma pessoa física e uma jurídica - instituição pública ou privada, que tenham apresentado destaque em âmbito nacional ou internacional na promoção da doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes, por meio de atividades educativas, esclarecimento público, campanhas, apoio e outras atitudes e ações consideradas relevantes. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 2º)

Art. 551. Determinar que as indicações dos candidatos à homenagem deverão ser efetuadas pelas Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de cada estado da Federação e do Distrito Federal, encaminhando, até o dia 10 de setembro de cada ano, a relação dos indicados à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSNT/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 3º)

Parágrafo Único. As indicações deverão ser encaminhadas à CGSNT, por meio do formulário, com a identificação do candidato à homenagem e a justificativa dessa indicação, contendo um breve relato das iniciativas consideradas relevantes. (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 552. Estabelecer que não poderão ser indicados para a homenagem os servidores e demais integrantes dos quadros das Centrais Estaduais de Transplantes e da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 2132/2006, Art. 5º)

Seção VIII

Do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher'

Art. 553. Fica instituído o "Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos Lenita Wannmacher", cujo objetivo é incentivar a produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

Art. 554. O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' tem por finalidade: (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º)

I - premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, I)

II - premiar e reconhecer o mérito científico de pesquisadores e profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos com aplicabilidade no SUS e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, II)

III - divulgar os trabalhos premiados e os conferidos com menções honrosas no intuito de incentivar sua incorporação pelo SUS e serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 2º, III)

Art. 555. O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será pago em dinheiro, conforme regulamento versado em edital publicado anualmente pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 1º O edital estabelecerá as categorias a serem contempladas, os critérios para julgamento dos trabalhos inscritos e o valor de cada premiação, em consonância com os objetivos do Prêmio de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 2º A premiação será concedida ao primeiro colocado de cada categoria. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 3º A critério da Comissão Julgadora, poderá ser concedida menção honrosa a outros trabalhos, além do primeiro colocado de cada categoria. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 4º O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 3º, § 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

Art. 556. A Comissão Julgadora do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 'Lenita Wannmacher' será constituída por membros indicados pela SCTIE/MS dentre servidores do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 1º Os membros da Comissão Julgadora e o respectivo responsável pela coordenação dos trabalhos serão indicados a partir de sugestões apresentadas pela Coordenação Colegiada do Comitê Nacional para Promoção do Uso racional de Medicamentos e designados no edital de abertura do Prêmio de que trata esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 2º Caberá à Comissão Julgadora: (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

I - analisar e emitir parecer sobre os trabalhos inscritos; (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, I)

II - definir os vencedores, conforme os critérios estabelecidos no edital; e (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, II)

III - participar da cerimônia de premiação. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 2º, III)

§ 3º A coordenação da Comissão Julgadora poderá convidar representantes de unidades do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

§ 4º A participação na Comissão Julgadora será considerada atividade de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1533/2009, Art. 4º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2072/2012)

Seção IX
Do Prêmio Ministro Wilson Fadul

Art. 557. Fica instituído o "Prêmio Ministro Wilson Fadul" de reconhecimento à contribuição de entidades e pessoas que se destacaram na proteção à saúde e à economia brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 1º)

Art. 558. O Prêmio Ministro Wilson Fadul se constituirá de uma placa gravada com o símbolo de três mãos sobrepostas sobre o mapa do Brasil, representando a proteção das ideias em parcerias nacionais e a diversidade brasileira (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 2º)

Art. 559. A premiação será concedida anualmente por ocasião da primeira reunião ordinária anual do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (GECIS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 3º)

Parágrafo Único. A escolha do homenageado para receber o prêmio caberá aos membros do GECIS, por votação simples, a cada última reunião ordinária anual. (Origem: PRT MS/GM 333/2016, Art. 3º, § 1º)

TÍTULO XI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 560. Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 1820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de agosto de 2009, p. 80;

II - Portaria nº 82/GM/MS, de 13 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de janeiro de 2014, p. 40;

III - Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de maio de 2012, p. 29;

IV - Portaria nº 2952/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de dezembro de 2011, p. 82;

V - Portaria nº 372/GM/MS, de 10 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2005, p. 59;

VI - Portaria nº 2365/GM/MS, de 18 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de outubro de 2012, p. 35;

VII - Portaria nº 1418/GM/MS, de 24 de julho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2003, p. 35;

VIII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 28 de agosto de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de setembro de 2003, p. 60;

IX - Portaria nº 2009/GM/MS, de 13 de setembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2012, p. 65;

X - arts. 1º, 3º e 4º da Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de abril de 2006, p. 49;

XI - Portaria nº 1580/GM/MS, de 19 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de julho de 2012, p. 48;

XII - Portaria nº 161/GM/MS, de 21 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2010, p. 121;

XIII - Portaria nº 665/GM/MS, de 29 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de março de 2006, p. 109;

XIV - Portaria nº 406/GM/MS, de 8 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de março de 2012, p. 60;

XV - Portaria nº 3346/GM/MS, de 27 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 52;

XVI - Portaria nº 2053/GM/MS, de 30 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de agosto de 2011, p. 74;

XVII - Portaria nº 2575/GM/MS, de 13 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de novembro de 2012, p. 84;

XVIII - Portaria nº 2135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de setembro de 2013, p. 60;

XIX - Portaria nº 1631/GM/MS, de 1 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de outubro de 2015, p. 38;

XX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 17 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de dezembro de 2009, p. 86;

XXI - Portaria nº 1193/GM/MS, de 16 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 65;

XXII - Portaria nº 2416/GM/MS, de 7 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 2014, p. 56;

XXIII - Portaria nº 1570/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 64;

XXIV - Portaria nº 2567/GM/MS, de 25 de novembro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2016, p. 107;

XXV - Portaria nº 834/GM/MS, de 26 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de abril de 2016, p. 33;

XXVI - Portaria nº 2073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de setembro de 2011, p. 63;

XXVII - Portaria nº 344/GM/MS, de 1 de fevereiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de fevereiro de 2017, p. 62;

XXVIII - Portaria nº 2072/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de setembro de 2011, p. 93;

XXIX - Portaria nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de maio de 2011, p. 58;

XXX - arts. 8º a 10 da Portaria nº 1127/GM/MS, de 30 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2012, p. 102;

XXXI - Portaria nº 3462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2010, p. 50;

XXXII - Portaria nº 2148/GM/MS, de 28 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2017, p. 43;

XXXIII - Portaria nº 1412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de julho de 2013, p. 294;

XXXIV - Portaria nº 2246/GM/MS, de 18 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2004, p. 28;

XXXV - Portaria nº 779/GM/MS, de 20 de abril de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de abril de 2016, p. 79;

XXXVI - Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de fevereiro de 2007, p. 42;

XXXVII - Portaria nº 2255/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 65;

XXXVIII - Portaria nº 1541/GM/MS, de 27 de junho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de junho de 2007, p. 51;

XXXIX - Portaria nº 637/GM/MS, de 21 de março de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de março de 2007, p. 60;

XL - Portaria nº 1171/GM/MS, de 19 de maio de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2011, p. 65;

XLI - Portaria nº 3394/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 57;

XLII - Portaria nº 1646/GM/MS, de 2 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 2015, p. 669;

XLIII - Portaria nº 2022/GM/MS, de 7 de agosto de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2017, p. 42;

XLIV - Portaria nº 1321/GM/MS, de 22 de julho de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2016, p. 413;

XLV - Portaria nº 957/GM/MS, de 10 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2016, p. 82;

XLVI - Portaria nº 938/GM/MS, de 7 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de abril de 2017, p. 27;

XLVII - Portaria nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2010, p. 29;

XLVIII - Portaria nº 1119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de junho de 2008, p. 48;

XLIX - Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de maio de 2003, p. 79;

L - Portaria nº 281/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de fevereiro de 2014, p. 62;

LI - Portaria nº 575/GM/MS, de 29 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de março de 2012, p. 109;

LII - Portaria nº 53/GM/MS, de 16 de janeiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de janeiro de 2013, p. 33;

LIII - Portaria nº 2710/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 87;

LIV - Portaria nº 2758/GM/MS, de 18 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de novembro de 2013, p. 23;

LV - Portaria nº 460/GM/MS, de 4 de março de 2010, publicada no Boletim de Serviço do MS, de 15 de março de 2010, p. 1;

LVI - Portaria nº 2046/GM/MS, de 3 de setembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 2009, p. 61;

LVII - Portaria nº 2838/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 37;

LVIII - Portaria nº 2181/GM/MS, de 21 de novembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2001, p. 20;

LIX - Portaria nº 535/GM/MS, de 7 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2005, p. 40;

LX - Portaria nº 666/GM/MS, de 17 de maio de 1990, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de maio de 1990, p. 23;

LXI - Portaria nº 2394/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de outubro de 2009, p. 115;

LXII - Portaria nº 1411/GM/MS, de 29 de agosto de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de agosto de 2001, p. 72;

LXIII - Portaria nº 1893/GM/MS, de 2 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de outubro de 2003, p. 39;

LXIV - Portaria nº 144/GM/MS, de 24 de fevereiro de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de fevereiro de 1999, p. 22;

LXV - Portaria nº 1245/GM/MS, de 3 de setembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de setembro de 1997, p. 35;

LXVI - Portaria nº 1661/GM/MS, de 7 de novembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1997, p. 51;

LXVII - Portaria nº 391/GM/MS, de 4 de abril de 1997, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 7 de abril de 1997, p. 73;

LXVIII - Portaria nº 1934/GM/MS, de 9 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de outubro de 2003, p. 58;

LXIX - Portaria nº 1720/GM/MS, de 4 de outubro de 1994, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de outubro de 1994, p. 41;

LXX - Portaria nº 935/GM/MS, de 24 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de maio de 2002, p. 99;

LXXI - Portaria nº 1419/GM/MS, de 24 de julho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de julho de 2003, p. 36;

LXXII - Portaria nº 728/GM/MS, de 14 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de junho de 2003, p. 25;

LXXIII - Portaria nº 2473/GM/MS, de 12 de novembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de novembro de 2004, p. 72;

LXXIV - Portaria nº 1907/GM/MS, de 13 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de setembro de 2004, p. 35;

LXXV - Portaria nº 836/GM/MS, de 2 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de junho de 2005, p. 142;

LXXVI - Portaria nº 1751/GM/MS, de 23 de setembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de setembro de 2005, p. 53;

LXXVII - Portaria nº 2132/GM/MS, de 11 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de setembro de 2006, p. 45;

LXXVIII - Portaria nº 1533/GM/MS, de 8 de julho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de julho de 2009, p. 50;

LXXIX - Portaria nº 333/GM/MS, de 10 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de março de 2016, p. 97.

Art. 561. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS (Origem: PRT MS/GM 161/2010, Anexo 1)

Orientações para elaboração do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

I - OBJETO

1.O objeto do PCEP é formalizar a cooperação entre os entes públicos na prestação de serviços de saúde e respectiva remuneração para as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, que estão sob a gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra, definindo o papel da unidade no sistema municipal e locorregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação.

2.Devem integrar o PCEP na forma de anexo:

a) relação das unidades de saúde e sua respectiva programação orçamentária; e

b) Plano Operativo Anual de cada unidade relacionada no item acima.

II - PLANO OPERATIVO ANUAL

1. A execução do Plano Operativo Anual de cada unidade que compõe o PCEP contempla o seu papel no planejamento municipal e locorregional de acordo com a abrangência dos Municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano Diretor de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do Estado.

2. O Plano Operativo Anual deverá conter as metas físicas assumidas pela Secretaria relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo.

3. As metas físicas poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10% (a maior ou a menor), sem alteração no valor financeiro, verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que o ente federado responsável pela gestão e o ente responsável pela gerência da unidade promovam as respectivas alterações.

III - COMPETÊNCIAS

1. Compete ao ente que detiver a gestão da unidade:

a) exercer o controle e a avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados na unidade de saúde, bem como monitorar as unidades de saúde constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;

b) processar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes;

c) alimentar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou em complementação a este. No cadastro da Unidade de Saúde que for objeto de PCEP, devem constar, em campo específico, informações relativas ao termo firmado;

d) encaminhar os atendimentos, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, apartir do momento de sua implantação;

e) analisar os Relatórios Mensais e Anuais enviados pelo gerente e dos dados disponíveis no SIA e no SIH;

f) acompanhar e avaliar de forma permanente o grau de consecução das metas; e

g) realizar auditorias operacionais.

2. Compete ao ente que detiver a gerência da unidade:

a) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que os substitua ou complemente;

b) apresentar à Secretaria Municipal de Saúde - SMS ou à Secretaria de Estado da Saúde - SES o Relatório Mensal até o 5° (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;

c) apresentar ao ente gestor o Relatório Anual até o 20° (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução do PCEP com a apropriação por unidade de saúde;

d) apresentar ao ente gestor as informações constantes do Plano Operativo Anual, relativas a cada uma das unidades que compõem o PCEP;

e) disponibilizar todos os serviços das unidades de saúde que integram o PCEP na Central de Regulação, considerando a abrangência do complexo regulador, a partir do momento de sua implantação;

f) cumprir, através das unidades de saúde que integram o PCEP, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido; e

g) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, de acordo com o perfil da unidade.

3. Compete a ambas as partes:

a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada;

b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e consequentemente o valor mensal ultrapassar o limite de 10%;

c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo valor, conforme o estabelecido nos artigos 9º e 10, da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006; e

d) analisar os Relatórios Mensais e Anuais, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados.

IV - RECURSOS FINANCEIROS

1. Os recursos anuais para a execução do PCEP serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais, ao Fundo de Saúde do ente federativo definido de acordo com a pactuação prevista no PCEP.

2. A Secretaria de Estado de Saúde e/ou a Municipal de Saúde adotarão as medidas necessárias para garantir o repasse dos recursos que garantam o funcionamento das unidades.

3. O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração dos valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite.

4. A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente.

V - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pelas partes, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

2. Essa Comissão reunir-se-á, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando o cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

3. Deverá reunir-se também, sempre que os limites físicos e financeiros forem superados, para avaliar a situação e propor as alterações necessárias no PCEP.

VI - ALTERAÇÕES

1. As partes poderão, de comum acordo e a qualquer tempo, alterar o PCEP e os Planos Operativos, com exceção do seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

2. O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto desse Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

a) variações nas metas físicas e consequentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos e que impliquem alterações financeiras;

b) alteração, a qualquer tempo, das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros; e

c) revisão anual do Plano Operativo.

VII - INADIMPLÊNCIA

1. Para eventuais disfunções havidas na execução desse Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na programação financeira constante poderá, mediante comunicado oficial ao ente responsável pela gerência das(s) unidades(s), ser alterado pelo ente responsável pela gestão, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

a) não cumprimento do PCEP, atestado pela Comissão de Acompanhamento;

b) fornecimento, pela gerência, de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela gestora, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas por órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais; e

c) não alimentação dos sistemas de informação.

VIII - CASOS OMISSOS E CONTROVERSOS

1. As divergências na elaboração e na execução do PCEP, para as quais não seja possível acordo entre os gestores, serão remetidas às instâncias de pactuação do SUS, conforme o artigo 15 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

2. O PCEP deve ser celebrado mediante instrumento público ou instrumento particular revestido das solenidades do § 1º do artigo 654 do Código Civil, para fins de a cessão de crédito constituir-se eficaz em relação a terceiros

ANEXO II

CATÁLOGO DE SERVIÇOS E CATÁLOGO DE PADRÕES DE INFORMAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2073/2011, Anexo 1)

CAPÍTULO I

CATÁLOGO DE SERVIÇOS

1. Para a interoperabilidade entre os sistemas dos Sistema único de Saúde (SUS) será utilizada a tecnologia Web Service, no padrão SOAP 1.1 (Simple Object Access Protocol) ou superior.

2. Para a garantia de segurança e integridade de informações será adotado o padrão WS-Security para criptografia e assinatura digital das informações.

3. Os Web Services são identificados por um URI (Uniform Resource Identifier) e são descritos e definidos usando WSDL (Web Service Description Language).

CAPÍTULO II

CATÁLOGO DE PADRÕES DE INFORMAÇÃO

4. Os padrões são definidos em nível lógico (negócios) e não físico de arquivamento de banco de dados. Estes padrões não documentam propriedades de exibição. Os sistemas legados podem ter suas respostas, para integração e interoperação, encapsuladas em padrões XML aderentes aos padrões do Catálogo, de forma que, mesmo sem obedecer internamente ao padrão catalogado, possam comunicar-se fazendo uso dele, por meio de XML Schemas.

4.1. Para a definição do Registro Eletrônico em Saúde (RES) será utilizado o modelo de referência OpenEHR, disponível no sítio eletrônico http://www.openehr.org/home.html.

4.2. Para estabelecer a interoperabilidade entre sistemas, com vistas à integração dos resultados e solicitações de exames, será utilizado o padrão HL7 - Health Level 7.

4.3. Para codificação de termos clínicos e mapeamento das terminologias nacionais e internacionais em uso no país, visando suportar a interoperabilidade semântica entre os sistemas, será utilizada a terminologia SNOMED-CT, disponível no sítio eletrônico http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/.

4.4. Para a interoperabilidade com sistemas de saúde suplementar serão utilizados os padrões TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar).

4.5. Para a definição da arquitetura do documento clínico será utilizado o padrão HL7 CDA.

4.6. Para a representação da informação relativa a exames de imagem será utilizado o padrão DICOM.

4.7. Para a codificação de exames laboratoriais será utilizado o padrão LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes).

4.8. Para a codificação de dados de identificação das etiquetas de produtos relativos ao sangue humano, de células, tecidos e produtos de órgãos, será utilizada a norma ISBT 128.

4.9. Para a interoperabilidade de modelos de conhecimento, incluindo arquétipos, templates e metodologia de gestão, será utilizado o padrão ISO 13606-2.

4.10. Para o cruzamento de identificadores de pacientes de diferentes sistemas de informação, será utilizada a especificação de integração IHE-PIX (Patient Identifier Cross-Referencing).

4.11. Outras classificações que serão utilizadas para suporte à interoperabilidade dos sistemas de saúde: CID, CIAP-2 (Atenção primária de saúde), TUSS e CBHPM (Classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos) e tabela de procedimentos do SUS.

ANEXO III

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 940/2011, Anexo 1)

CAPÍTULO I

ESPECIFICAÇÕES DO CARTÃO

1. O cartão utilizado como suporte documental para o novo Cartão Nacional de Saúde (CNS) deverá atender às normas internacionais para documentos similares.

2. O CNS deverá conter as seguintes especificações técnicas básicas:

2.1. Formato:

2.1.1. Largura: 85,6 +/- 0,12 mm;

2.1.2. Altura: 53,98 +/- 0,05 mm;

2.1.3. Espessura: 0,76 +/- 0,08 mm; e

2.1.4. Cantos arredondados com o raio de 3,18 +/- 0,30 mm.

2.2. Matéria prima para o Cartão:

2.2.1. O material para a confecção do Cartão Nacional de Saúde deverá ser PVC.

2.3. Pré-impressos:

2.3.1. Logotipo do SUS; e

2.3.2 Desenhos de fundo.

2.4. Dados variáveis, a serem impressos nas unidades federadas:

2.4.1. Personalização dos campos dos dados variáveis (nome completo, número SUS e código de barras);

3. Todos os pré-impressos, desenhos de fundo e microletras deverão ser confeccionados em ofset de alta qualidade.

4. O arquivo matriz, contendo a arte final do Cartão Nacional de Saúde em todas as suas formas (total, parciais, com ou sem personalização, anverso, reverso, etc.) deve ser de propriedade exclusiva do Ministério da Saúde, podendo ter sua guarda delegada a órgão subordinado, e somente deverá ser fornecido às empresas após o devido processo licitatório e mediante termo de compromisso de responsabilidade.

CAPÍTULO II

LAYOUT DO CARTÃO

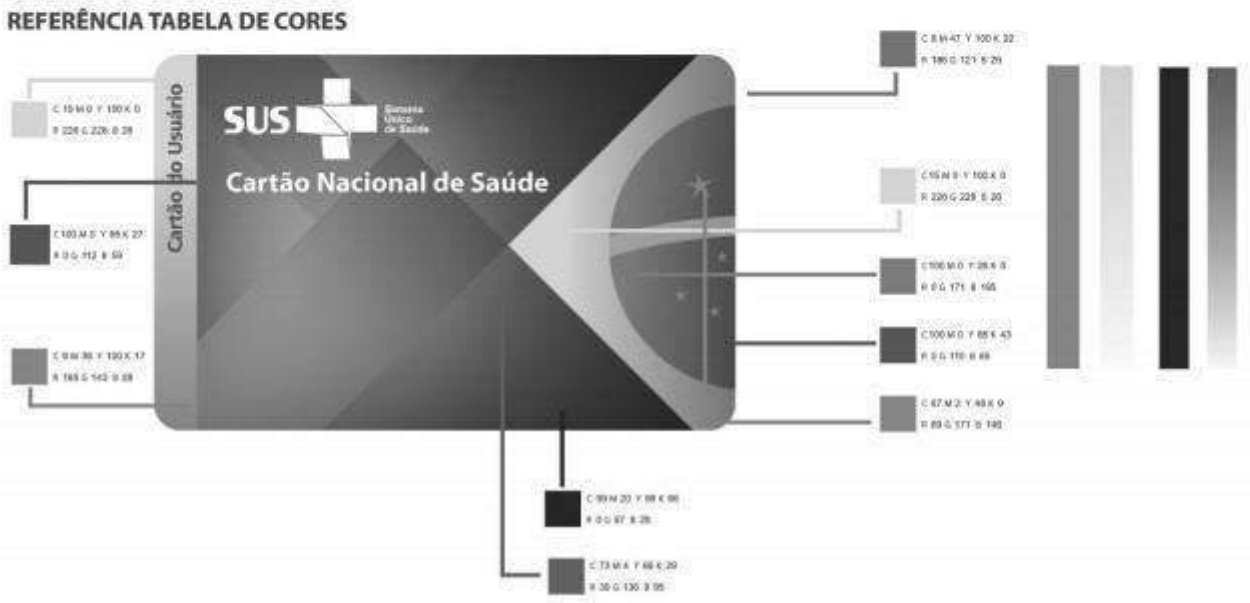
TABELA DE REFERÊNCIA DE CORES CMYK			
15	0	100	0
100	0	95	27
9	36	100	17
8	47	100	22
15	0	100	0
100	0	26	0
100	0	85	43
67	2	48	9
0	0	0	100
99	20	98	66
73	4	66	29



Frente



Verso



ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 1)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda”, “Prazo para realizar” e “Não se aplica”.

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção “Não se aplica”.

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão “Todo município deve”, a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

§ 4º A opção “Não se aplica” deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**	**NÃO SE APLICA**
1.1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;				
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:				
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;				
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;				
1.3 Todo município deve promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de				

justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;				
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;				
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:				
a) as unidades próprias e				
b) as transferidas pelo estado ou pela união;				
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;				
a) planejamento,				
b) regulação,				
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,				
d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:				
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,				
b) desenhando a rede de atenção à saúde				
c) e promovendo a humanização do atendimento;				
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;				
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso				

racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:				
a) vigilância epidemiológica,				
b) vigilância sanitária e				
c) vigilância ambiental;				
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.				

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;;			
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;			
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;			
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde;			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			

b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;			
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;			
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;			
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;			
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;			
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;			
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;			
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;			
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;			

4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;			
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;			
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;			
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,			
c)monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;			
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;			
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;			
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;			
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;			
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;			
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;			
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;			

5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;			
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;			
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;			
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;			
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;			
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			

7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário Estadual de Saúde de XX

ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 2)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Estadual de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Estadual de XX, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Estadual, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor estadual e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o estado passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Estadual de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS ESTADOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do estado, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda” e “Prazo para realizar”.

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, o item 1.1 não é passível de pactuação, visto expressar princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações de todos os estados.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			
1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;			
1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;			
1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;			
7.7 Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.			
b) e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;			
1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação,			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.9 Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;			
1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;			

1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;			
1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;			
1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;			
1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;			
1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;;			
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;			
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;			
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde;			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;			
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;			
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;			
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;			

4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;			
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;			
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;			
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;			
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;			
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;			
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;			
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;			
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;			
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,			
c)monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;			
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;			
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;			
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;			
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;			
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			

4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;			
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;			
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;			
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;			
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;			
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;			
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;			
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;			
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário Estadual de Saúde de XX

ANEXO VI

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 3)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes ao Distrito Federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo do Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor do Distrito Federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Distrito Federal passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem compor o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DO DISTRITO FEDERAL.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do Distrito Federal frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda” e “Prazo para realizar”.

§ 2º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3, não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS, devendo orientar as ações do Distrito Federal.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
1.1 Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:			
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;			
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;			
1.3 Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;			
1.4 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			

1.5 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.6 Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;			
1.7 Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:			
a) as unidades próprias			
b) e as transferidas pela união;			
1.8 Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;			
1.9 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;			
1.10 Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;			
1.11 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.12 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;			
1.13 Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:			
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território			
b) desenhando a rede de atenção à saúde			
c) e promovendo a humanização do atendimento;			
1.14 Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.15 Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.16 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.17 Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.18 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.18 Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:			
a) vigilância epidemiológica,			

b) vigilância sanitária e			
c) vigilância ambiental;			
1.19 Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;			
2.2 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;			
2.3 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;			
2.4 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;			
2.5 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;			
2.6 Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.			

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde e			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
a) Elaborar relatório de gestão anual			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;			
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:			

a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN,			
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI			
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,			
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA			
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES;			
f) Sistema de Informação Hospitalar - SIH			
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos			
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;			
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;			

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;			
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;			
4.3 Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;			
4.4 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;			
4.5 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;			
4.6 Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;			
4.7 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;			
4.8 Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;			
4.9 Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;			
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas			
4.11 Executar o controle do acesso do seu usuário aos serviços disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:			
a) aos leitos disponíveis			
b) às consultas,			
c) às terapias e aos exames especializados;			
a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; e			

b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;			
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e			
d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;			
4.12 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;			
4.13 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;			
4.14 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;			
4.15 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;			
4.16 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;			
4.17 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;			
4.18 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;			
4.19 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;			
4.20 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;			
4.21 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.			
4.22 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.			

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
5.1 Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;			
5.2 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;			
5.3 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário;			
5.4 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;			
5.5 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.			

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**

6.1 Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;			
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;			
6.3 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;			
6.4 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;			
6.5 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;			
6.6 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;			
6.7 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;			
6.8 Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;			
6.9 Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;			

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	**NÃO REALIZA AINDA**	**PRAZO PARA REALIZAR**
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;			
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;			
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;			
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;			
7.5 Apoiar o processo de formação dos conselheiros;			
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;			
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;			
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais			

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

_____

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTAO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 4)

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

1.2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

1.3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

1.4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;

1.5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

1.6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

1.7. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

1.8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

1.9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

1.10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

1.11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

1.13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

1.15. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

1.16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública - Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

1.17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

1.18 Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

2.1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

2.2. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

2.3. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual;

2.4. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

2.5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 - RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises

4 - RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

4.2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

4.3. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

4.4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

4.5 Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

4.6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

4.7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

4.9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

4.13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

4.14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

4.16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais;

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5.3. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS/SUS;

5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

7.8 .Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestãoestratégica do SUS.

CLÁUSULA TERCEIRA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUARTA (Suprimida pela Portaria nº 372, de 16 de novembro de 2007).

CLÁUSULA QUINTA - DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Ministro de Estado da Saúde firma o presente Termo de Compromisso de Gestão.

Local e Data

_____

Ministro da Saúde

ANEXO VIII

EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 5)

Município_____

Estado_____

No que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CNPJ	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Valor mensal	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou unidade universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL]

( ) Não é pertinente a elaboração do TCEP neste Município

ANEXO IX

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 6)

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo:

Para as unidades listadas abaixo, que o município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CNPJ	CNES	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do estado:

Nome da Unidade	CNPJ	CNES

Desta forma, o referido município, tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foram devidamente analisadas e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

ANEXO X

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-A)

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Valores Anuais

Código _____

Município _____ UF_____

BLOCO	**COMPONENTE**	**RECURSO FEDERAL***	**RECURSO ESTADUAL**	**RECURSO MUNICIPAL**
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)			

	Componente Variável (b)			
MAC ASSISTÊNCIA	Total População Própria (c)			
	Total População Referenciada (d)			
	Outros recursos, ajustes e incentivos** (e)			
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d ± e		
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual			
	de Saúde / FES (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento			
	direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)	f-g-h-i		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)			
	Componente Básico repassado ao Fundo			
	Estadual de Saúde / FES (l)			
	Componente estratégico (m)			
	Componente excepcional (n)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (o)			
	Vigilância Sanitária (p)			
GESTÃO	(q)			
TOTAL FMS		a+b+j+k-l +m+n+o+p+q***		

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo ___/___

DATA [DIA] [MÊS] [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

** Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.

*** Valor a ser transferido do FNS ao FMS

ANEXO XI

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-B)

Código _____

Estado _____ UF_____

OCO	**COMPONENTE**	**RECURSO FEDERAL ***

** PAB ASSISTÊNCIA	-	-
MAC ASSISTÊNCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	
	Valores referentes a incentivos*** (c)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (d)	
	Recursos alocados em outras UF (e)	
	Total MAC alocado no FES (f)	a+b+c-d-e
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (g)	
	Componente estratégico (h)	
	Componente excepcional (i)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (j)	
	Vigilância Sanitária (k)	
GESTÃO	(l)	
TOTAL FES		f+g-h+i+j+k+l ****

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo _____/____

DATA [DIA] [MÊS] [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO PRESIDENTE DO COSEMS]

*Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

**A ser utilizado em situações excepcionais.

***Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.

**** Valor a ser transferido do FNS ao FES

ANEXO XII

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO DISTRITO FEDERAL (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 7-C)

LOCO	**COMPONENTE**	**RECURSO FEDERAL ***
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)	
	Componente Variável (b)	
MAC / ASSISTÊNCIA	Total População Própria (c)	
	Total População Referenciada (d)	
	Outros recursos, ajustes e incentivos* (e)	
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d ± e
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (g)	

	Recursos alocados em outras UF (h)	
	Total MAC alocado no FS do DF (i)	f - g - h
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (j)	
	Componente estratégico (k)	
	Componente excepcional (l)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (m)	
	Vigilância Sanitária (n)	
GESTÃO	(o)	
TOTAL FS do DF		a+b+i+j+k
		+l+m+n+o***

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo _____/____

DATA [DIA] [MÊS] [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR DO DF]

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

** Estes incentivos referem-se àqueles descritos no bloco MAC.

*** Valor a ser transferido do FNS ao FS do DF.

ANEXO XIII

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 8)

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS

I - IDENTIFICAÇÃO

II - DISPOSIÇÃO GERAL

O gestor municipal se compromete com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo 4 da Lei 8142, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste município.

	NÃO REALIZA AINDA	**PRAZO PARA REALIZAR**	**NÃO SE APLICA**
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			
EDUCAÇÃO NA SAÚDE			

III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB

Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação n.º , de / /

Homologado na Reunião da CIB de / /

Nome SMS:_____

Ass.:_____

Nome SES:_____

Ass.:_____

ANEXO XIV

DEFINIÇÕES DO TERMO DE COMPROMISSO E GESTÃO (Origem: PRT MS/GM 699/2006, Anexo 9)

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1. Gestão

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde - municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2. Gerência

Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema único de Saúde.

3. Atenção à Saúde

Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

4. Co-gestão no Processo Regulatório

Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5. Vigilância em Saúde

Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7. Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada

Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

9. Ouvidoria

Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10 Auditoria Assistencial

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

11. Avaliar

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão.

Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar

Submeter a atenta vigilância, sindicar, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar

Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normatizar

Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15. Credenciar

Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar

Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

ANEXO XV

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

TIPIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS (Origem: PRT MS/GM 2022/2017, Anexo 1)

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

I - PRINCIPAIS DEFINIÇÕES E CONCEITOS (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

Estabelecimento de Saúde

"Estabelecimento de Saúde é o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica." (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

Essa definição traz à luz uma questão intrinsecamente relevante aos critérios mínimos para se considerar algo como um estabelecimento de saúde, que serão explicadas adiante: (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

I) Espaço físico delimitado e permanente: está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde. Não estão excluídos estabelecimentos móveis, como embarcações, carretas, etc. Isso significa que estruturas temporárias, como barracas, tendas ou atendimentos realizados em regime de mutirão em locais públicos abertos, não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

II) Onde são realizadas: há a intenção de que se entenda a obrigatoriedade do efetivo funcionamento, já que não se pode afirmar qual a finalidade de uma instalação física que não esteja em execução de suas atividades. Ou seja, um espaço desativado ou em construção pode facilmente ser alocado para outras atividades que não saúde, não podendo ser considerado como um estabelecimento de saúde nesta situação. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

III) Ações e serviços de saúde de natureza humana: A necessidade de que o estabelecimento de saúde realize "ações e serviços de saúde humana" permite que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial. Do mesmo modo, impede seu uso para outros estabelecimentos que não têm o foco direto na saúde humana, como por exemplo os estabelecimentos que visam a saúde animal, os salões de beleza, as clínicas de estética, dentre outros, que embora estejam no escopo de atuação da vigilância sanitária, não devem ser considerados como estabelecimentos de saúde. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

IV) Responsabilidade técnica: a introdução do conceito de "responsabilidade técnica" vem de encontro da legislação vigente, já que não se pode desempenhar ações e serviços de saúde sem que exista a figura de uma pessoa física legalmente responsável por elas. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

Tipo de Estabelecimento de Saúde, Atividade Principal, Atividade Secundária e Atividade Não Permitida "Tipo de Estabelecimento de Saúde é uma classificação que possibilita a identificação da oferta de ações e serviços pelos estabelecimentos de saúde, considerando: infraestrutura existente, densidade tecnológica, natureza jurídica e recursos humanos." (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

Posto tal conceito, para se definir o tipo de um estabelecimento de saúde faz-se necessário alterar a lógica, através de uma classificação automática de acordo com uma série de escolhas durante o cadastramento do estabelecimento de saúde. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

As atividades que são desempenhadas nos estabelecimentos de saúde são, portanto, categorizadas de forma genérica para escolha do operador no momento do cadastramento, sendo introduzidos os conceitos de atividade principal e atividades secundárias. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

A atividade principal seria aquela preponderante do estabelecimento, ou aquela que diferencia o tipo de atendimento realizado no local, e as atividades secundárias, quando for o caso, permitem demonstrar quais as demais atividades não preponderantes também são desempenhadas. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

A partir da seleção de um conjunto de atividades, principal e secundárias, o estabelecimento será classificado de forma automática pelo CNES. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

Pode haver também, no escopo de uma determinada classificação, um conjunto de atividades que, se selecionadas, não permitem que o estabelecimento chegue a uma determinada classificação, ainda que as demais atividades correspondam, sendo denominadas atividades não permitidas. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

II - TERMINOLOGIAS DE ATIVIDADES DE SAÚDE (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

GRUPO DE ATIVIDADES	ATIVIDADES (Redação dada pelo DOU, seção 1
Assistência à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde cuja finalidade seja o diagnóstico, o tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes, bem como atividades destinadas ao processo de capacitação do indivíduo em melhorar, controlar e promover sua saúde, prevenir doenças ou sofrimento mental em indivíduos ou populações suscetíveis.	Consulta Ambulatorial: atendimento dispensado lhes permita comparecer ao estabelecimento e profissionais de saúde de nível superior, com a examinar determinada situação, a fim de deci terapêutica dentro da sua área de atuação.
	Apoio Diagnóstico: ações e serviços que se utili Raios X, Ultrassonografia, Ressonância Ma Eletrocardiografia, Endoscopia, etc) com o obje determinação da natureza de uma doença o melhorando a tomada de decisão assistencial.
	Terapias Especiais: atividades voltadas exclusiv quimioterapia, radioterapia ou cirurgias ambulato
	Reabilitação: conjunto de ações e serviços orient funcional e desempenho dos indivíduos, proteg contribuir para autonomia, acesso à direitos e par
	Concessão, Manutenção e Adaptação de OPM: Meios de Locomoção (OPM) constituem ferrame contribuindo fundamentalmente na superação de individualizada por profissional capacitado. A c estar atrelada à adaptação, manutenção e treino
	Atenção Domiciliar: ações e serviços prestados internação hospitalar ou atendimento ambul tratamento de doenças, reabilitação, promoção à e/ou assistência prestadas em domicílio.
	Assistência a Emergências: cuidados destinados agravos que necessitam de atendimento imediat
	Entrega/Dispensação de Medicamentos: conjur medicamentos diretamente ao paciente e a orie apresentação de prescrição por profissional habi
	Internação: cuidados ou tratamentos prestados cirúrgicas, que demandem a ocupação de um l horas.
	Assistência Intermediária: conjunto de ações rea ambulatorial, para realização de procedime terapêuticos, que requeiram a permanência do p a 24 horas.
	Atenção Psicossocial: conjunto de ações interset visa à substituição do modelo asilar manicomia reabilitação psicossocial das pessoas em sofrime aquelas com necessidades decorrentes do uso d contínua às situações de crise em saúde mental de atenção.
	Atenção Básica: conjunto de ações e serviços lo coletivo, de caráter territorial e comunitário, que e proteção da saúde, a prevenção de agravos redução de danos à saúde, coordenando ou integ de atenção.
	Assistência Obstétrica e Neonatal: conjunto gestante, parturiente e recém-nascido, por razõe
	Telessaúde: serviços que utilizam tecnologias da desenvolver ações de apoio a Atenção à Saúde e

	fim de realizar apoio diagnóstico, ações educativ saúde e gestores de saúde.
	Atenção Hematológica e/ou Hematerápica: con especializada em coagulopatias e hemoglobinop captação do doador, o ciclo de produção imunohematológicos, distribuição e transfusã atividades hemoterápicas.
	Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e A ações e serviços de saúde, de caráter indivi corporais, artísticas e culturais, práticas integra promoção da alimentação saudável ou educaçã
	Imunização: conjunto de ações que objetivam a da resposta imune do hospedeiro, incluindo imunológica ativa.
Vigilância em Saúde: processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Portaria nº 1.378/GM/MS/2013).	Vigilância de Zoonoses: conjunto de ações, servi relevância para a saúde pública, devendo obr saúde visando à prevenção de zoonoses; normatizadas pelo Ministério da Saúde; o diagnós das espécies de animais; a coleta, recebimento, a de espécimes ou amostras biológicas de animais
	encaminhamento aos laboratórios, com vistas à zoonoses; o gerenciamento de resíduos oriundo vigilância em zoonoses; o recolhimento e transpo e de cadáveres de animais; a manutenção e c destinação adequada dos animais recolhidos necropsia e coleta de amostras laboratoriais ou c
	procedimentos pertinentes em animais (vivos ou de vetores, roedores e animais sinantrópicos; a inspeção zoossanitária. Não estão incluídas: ativi a proteção e a saúde animal; fiscalização rela recolhimento e acolhimento de animais que nã controle e prevenção de acidentes de trânsito ca
	por animais; atendimento de reclamações rela animais de relevância para a saúde pública; controle em massa de populações de animais clínico veterinário a animais que não estejam Zoonoses (UVZ); atendimento clínico
	veterinário a animais que estejam sob guarda d procedimentos curativos; atendimento cirúrgico v
	Análises Laboratoriais de Vigilância em Saúde: a interesse à saúde pública, relacionadas a vigil ambiental, saúde do trabalhador e vigilância sa Administração Pública direta ou indireta, da Uni Municípios, e das fundações mantidas pelo pode
	Vigilância de Saúde do Trabalhador: ações e assistenciais e de suporte técnico-pedagógico, v trabalhador.
	Esclarecimento da Causa Mortis de Óbitos: ações o esclarecimento da causa mortis, com ou diagnóstica, em especial aqueles sob investigaçã
Gestão da Saúde: atividades de cunho administrativo ou técnico-administrativo que englobam o planejamento e a administração de sistemas e de planos de saúde, a regulação assistencial, do	Administração: compreende os processos de fo administração das políticas, sistemas e prática serviços de saúde, bem como a articulação das níveis central, regional e local de um sistema

acesso e de sistemas de saúde e a logística de insumos da atenção à saúde.	realizadas para a gestão, controle, avaliação e au como a atividade administrativa do Tratamento F gestão interna nos estabelecimentos e serviços
	Regulação Assistencial: compreende a organ priorização do acesso e dos fluxos assistenciais por profissional de saúde no seu âmbito de atua
	garantia do acesso baseada em protocolos, cl priorização. Inclui-se as atividades de regulação Único de Saúde quanto pelas operadoras de plan eletiva ou de urgência, as atividades de regulaçã
	Logística de Insumos: compreende o armazena para os estabelecimentos de saúde, de medicam produtos químicos e equipamentos de controle v
	Logística de Órgãos, Tecidos e Células do Cor acondicionamento, gerenciamento e distribuiçã humano.
Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana: atividades que visam apoiar ou complementar de forma indireta as demais atividades.	Hospitalidade: serviços que visam alojar tempora permanecer fora de sua residência/moradia para em sua localidade de origem, podendo dis principalmente relacionados a cuidados básicos.
	Confecção de Órteses e Próteses Dentárias: ser próteses dentárias com o intuito de apoiar ações

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

III - CLASSIFICAÇÕES DOS TIPOS DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

TIPO DE ESTABELECIMENTO	CLASSIFICAÇÃO (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)
Unidade Básica de Saúde	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Atenção Básica. Atividades Não Pe Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana (todo grupo); Gestão da Saú
Central de Gestão em Saúde	Atividade Principal: Gestão da Saúde > Administração. Atividades Não Permitida Atividades Relacionadas à Saúde Humana (todo grupo).
Central de Regulação	Atividade Principal: Gestão da Saúde > Regulação Assistencial. Atividades Não exceto Telessaúde);Gestão da Saúde > Administração; Gestão da Saúde > Relacionadas à Saúde Humana (todo grupo).
Central de Abastecimento	Atividade Principal: Gestão da Saúde > Logística de Insumos. Atividades Não Assistência à Saúde >Entrega/Dispensação de Medicamentos.
Central de Transplante	Atividade Principal: Gestão da Saúde > Logística de Órgãos, Tecidos e Células Obrigatórias: Gestão da Saúde > Regulação Assistencial.
Hospital	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Internação. Atividades Secundá Entrega/Dispensação de Medicamentos; Assistência à Saúde > Apoio Diagnós Saúde > Administração.
Centro de Assistência Obstétrica e Neonatal Normal	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Assistência Obstétrica e Neona Assistência à Saúde > Assistência Obstétrica e Neonatal; Assistência à Saúde > Ambulatorial; Assistência à Saúde > Entrega/Dispensação de Medicamentos Saúde > Terapias Especiais; Assistência àSaúde > Atenção Hematológica e/ou
Pronto Atendimento	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Assistência a Emergências. Atividad Saúde > Apoio Diagnóstico; Assistência à Saúde > Entrega/Dispensação de Me Ambulatorial. Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Internação; G Saúde > Logística de Insumos.

Farmácia	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Entrega/Dispensação de Medicamen à Saúde > Terapias Especiais; Assistência à Saúde > Reabilitação; Assistên Adaptação de OPM; Assistência à Saúde > Atenção Psicossocial; Assistência à Assistência Intermediária; Assistência à Saúde > Internação Domiciliar; Assis Neonatal.
Unidade de Atenção Hematológica e/ou Hemoterápica	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Atenção Hematológica e/ou H Assistência à Saúde > Assistência a Emergências; Assistência à Saúde > At Internação; Assistência à Saúde > Atenção Básica; Assistência à Saúde > Assi Saúde > Atenção Domiciliar.
Núcleo de Telessaúde	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Telessaúde. Atividades Não Permitid Saúde > Regulação Assistencial.
Unidade de Atenção Domiciliar	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Atenção Domiciliar. Atividades Secu Consulta Ambulatorial.
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Promoção da Saúde, Prevenção de D Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Atenção Hematológica e/ou H
Casas de Apoio à Saúde	Atividade Principal: Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana > Ho demais atividades, exceto Assistência à Saúde >Consulta Ambulatorial.
Unidade de Reabilitação	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Reabilitação ou Assistência à Saúde OPM. Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Assistência a Emerg Assistência à Saúde > Assistência Obstétrica e Neonatal.
Ambulatório	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Consulta Ambulatorial ou Assistê Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Internação; Assistência à Sa
Unidade de Atenção Psicossocial	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Atenção Psicossocial. Atividades Sec > Consulta Ambulatorial. Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Ass à Saúde > Apoio Diagnóstico; Assistência à Saúde > Terapias Especiais; Assist Saúde > Concessão, Manutenção e Adaptação de OPM; Assistência à Saúde Saúde > Telessaúde; Assistência à Saúde > Atenção Hematológica e/ou Her Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana > Hospitalidade.
Unidade de Apoio Diagnóstico	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Apoio Diagnóstico. Atividades Não Pe
Unidade de Terapias Especiais	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Terapias Especiais. Atividades Não P Assistência à Saúde >Atenção Psicossocial; Assistência à Saúde > Reabi Obstétrica e Neonatal.
Laboratório de Prótese Dentária	Atividade Principal: Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana > Co Atividades Não Permitidas: As demais atividades.
Unidade de Vigilância de Zoonoses	Atividade Principal: Vigilância em Saúde > Vigilância de Zoonoses. Atividade Atenção Básica; Assistência à Saúde > Atenção Domiciliar; Assistência à Saúd à Saúde
	> Internação; Assistência à Saúde > Assistência Intermediária; Assistência à S Saúde > Assistência Obstétrica e Neonatal; Assistência à Saúde > Atenção He à Saúde >Terapias Especiais; Assistência à Saúde > Reabilitação; Assistên Adaptação de OPM; Vigilância em Saúde > Esclarecimento da Causa Mortis de
Laboratório de Saúde Pública	Atividade Principal: Vigilância em Saúde > Análises Laboratoriais de Vigilância
	Saúde. Atividades Não Permitidas: Assistência à Saúde > Consulta Ambulatoria Assistência à Saúde > Assistência a Emergências; Assistência à Saúde > Inte Intermediária; Assistência à Saúde > Atenção Psicossocial; Assistência à Sa Assistência à Saúde > Atenção Hematológica e/ou Hemoterápica; Assistência à Saúde > Reabilitação; Assistência à Saúde > Concessão, Manutenção e Ad Promoção da Saúde; Prevenção de Doenças e Agravos e Produção Entrega/Dispensação de Medicamentos; Gestão da Saúde (todo grupo).
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	Atividade Principal: Vigilância em Saúde > Vigilância em Saúde do Trabalhado Saúde > Atenção Domiciliar; Assistência à Saúde > Assistência a Emergê

	Assistência à Saúde > Assistência Intermediária; Assistência à Saúde > Ate Assistência Obstétrica e Neonatal; Assistência à Saúde > Atenção Hematológic
	Hemoterápica; Vigilância em Saúde > Análises Laboratoriais de Vigilância Sa Zoonoses; Vigilância em Saúde > Esclarecimento da *Causa Mortis*de Óbitos; G
Serviço de Verificação de Óbito	Atividade Principal: Vigilância em Saúde > Esclarecimento da Causa *Mortis* de C Vigilância em Saúde > Análises Laboratoriais de Vigilância Saúde. Atividades grupo); Gestão da Saúde (todo grupo); Vigilância em Saúde > Vigilância de Zoo Saúde do Trabalhador.
Centro de Imunização	Atividade Principal: Assistência à Saúde > Imunização. Atividades Não Permitida à Saúde >Consulta Ambulatorial.

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 66 de 26.07.2018)

ANEXO XVI

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC) (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1)

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E FINALIDADE
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), de que trata o art. 19- Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluído pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e regulamentado pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, é órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A CONITEC tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de tecnologias em saúde, na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e na atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º)

Parágrafo Único. O assessoramento de que trata o caput consiste na produção de relatório que levará em consideração, no mínimo, os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo relatado, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, de preferência comparadas à melhor tecnologia disponível no SUS e complementadas por revisão da literatura na perspectiva do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - o impacto da incorporação da tecnologia no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - a relevância da incorporação tecnológica para as políticas de saúde prioritárias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - as condicionantes necessárias, tais como o preço máximo de incorporação, critérios técnico-assistenciais para alocação, estrutura e logística necessários para implantação da tecnologia e

acompanhamento da tecnologia incorporada, quando pertinente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - as contribuições recebidas nas consultas públicas e, quando realizadas, nas audiências públicas; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - a inovação e contribuição para o desenvolvimento tecnológico do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

Art. 3º No exercício de suas competências, a CONITEC deverá observar as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º)

I - a universalidade e a integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, I)

II - a proteção do cidadão nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e assistência, por meio de processo qualificado de incorporação de tecnologias no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, II)

III - a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, efetividade, eficiência e segurança adequados às necessidades de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, III)

IV - a incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, IV)

§ 1º Os atos da CONITEC serão públicos, ressalvados aqueles protegidos por sigilo, nos termos da lei. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Caberá exclusivamente à Secretaria-Executiva da CONITEC dar publicidade aos atos do referido colegiado. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

CAPÍTULO II
DAS COMPETÊNCIAS
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete à CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º)

I - emitir relatório sobre: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I)

a) a incorporação, exclusão ou alteração no SUS de tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I, a)

b) a constituição ou alteração de PCDT; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, I, b)

II - propor a atualização da RENAME. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. Para o cumprimento de suas competências a CONITEC poderá: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - solicitar aos órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

a) a elaboração de proposta de constituição ou de alteração de PCDT de interesse para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, a)

b) a realização de avaliação das solicitações de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, b)

c) estudos de impacto orçamentário no SUS em virtude da incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, I, c)

II - solicitar à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

a) a realização e contratação de estudos; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, a)

b) a celebração de acordos de cooperação técnica com entidades públicas e privadas e hospitais de ensino para a realização de estudos de avaliação de tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, b)

c) a celebração de acordos de cooperação técnica com órgãos e entidades públicas estrangeiras com atribuições afins; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, II, c)

III - solicitar aos órgãos do Ministério da Saúde e às entidades a ele vinculadas informações relativas ao monitoramento de novas tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - solicitar à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) informações relativas ao registro, indicações, características, monitoramento de mercado e vigilância pós-comercialização de tecnologias em saúde, além de outras informações necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - solicitar e fornecer informações à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), criada pela Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - disponibilizar informações a órgãos e entidades públicas para gestão de tecnologias em saúde, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - organizar repositório de informações sobre tecnologias em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - constituir subcomissões técnicas no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

Art. 5º A CONITEC poderá convidar representantes de entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros para, exclusivamente em caráter auxiliar, colaborar em reuniões ou fornecer subsídios técnicos. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º)

§ 1º Ante a natureza das matérias tratadas, os convidados de que trata o caput deverão apresentar declaração de potenciais conflitos de interesse e firmar termo de confidencialidade sobre as atividades que desenvolverem em cooperação com a CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As despesas decorrentes do deslocamento e da estadia de convidados para a participação nas reuniões da CONITEC serão custeadas por meio das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e pagamento fixados anualmente e obedecido o disposto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 5º, § 2º)

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO DA CONITEC
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 6º A CONITEC tem a seguinte estrutura de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º)

I - Plenário; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 6º, II)

Seção I
Do Plenário
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º O Plenário é o fórum responsável pela discussão e deliberação das matérias submetidas à CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 7º)

Art. 8º O Plenário é composto por 13 (treze) membros, com direito a voto, que representam os seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I)

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), que a presidirá; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, a)

b) Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, b)

c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, d)

e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, e)

f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, f)

g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, I, g)

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, III)

IV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, VI)

VII - Conselho Federal de Medicina (CFM). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, VII)

Parágrafo Único. Os representantes serão indicados pelos respectivos dirigentes máximos à Secretaria-Executiva da CONITEC e serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Cada órgão ou entidade deverá indicar um titular, além do primeiro e segundo suplentes, para fins da respectiva representação no Plenário, cuja indicação deverá ser comunicada à Secretaria-Executiva da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º)

§ 1º A eventual substituição de representante indicado, que poderá ser efetuada a qualquer tempo, deverá ser comunicada à Secretaria-Executiva da CONITEC para fins da respectiva designação pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, deverão firmar termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A participação do representante na CONITEC será considerada função de relevante interesse público e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 3º)

§ 4º As despesas de transporte e estadia para a participação do titular ou seu substituto serão, quando necessário, custeadas por meio das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e pagamento fixados anualmente e o disposto na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O disposto no § 4º aplica-se às despesas decorrentes de reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Para fins de justificativa junto aos órgãos competentes, a Secretaria-Executiva da CONITEC poderá emitir declaração de participação dos membros do Plenário nas reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 9º, § 6º)

Art. 10. Aos membros do Plenário da CONITEC compete: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10)

I - zelar pelo pleno exercício das suas competências; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, I)

II - analisar, nos prazos estabelecidos neste Regimento, matérias que lhes forem distribuídas, podendo solicitar o assessoramento técnico e administrativo do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, II)

III - elaborar relatório e voto fundamentado, a serem proferidos em reunião do Plenário, sobre a matéria que lhes for distribuída; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, III)

IV - votar nas matérias submetidas à deliberação; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, IV)

V - manter confidencialidade dos assuntos tratados no âmbito da CONITEC; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, V)

VI - declarar impedimento de votação na hipótese de haver conflito de interesse na matéria a ser deliberada. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 10, VI)

Seção II
Da Secretaria-Executiva da CONITEC
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 11. A Secretaria-Executiva é responsável pela gestão e pelo suporte administrativo da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 11)

Parágrafo Único. A Secretaria-Executiva da CONITEC será exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. Compete à Secretaria-Executiva da CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12)

I - realizar análise prévia dos requerimentos administrativos apresentados à CONITEC, por meio de avaliação da conformidade formal da documentação e das amostras, nos termos do Capítulo V deste Regimento Interno; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, I)

II - providenciar, a pedido do Plenário da CONITEC, a submissão das matérias à consulta pública; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, II)

III - praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da CONITEC, inclusive a sistematização de informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário, nos termos deste Regimento Interno; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, III)

IV - sem prejuízo das atribuições do Plenário, desenvolver as atividades previstas no art. 4º, parágrafo único, incisos parágrafo único, III, parágrafo único, IV, parágrafo único, VI e parágrafo único, VII II do Anexo XVI ; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, IV)

V - sistematizar as informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, V)

VI - dar publicidade ao relatório da CONITEC após o término do processo; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, VI)

VII - efetuar atividades determinadas pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, VII)

§ 1º Para o cumprimento do disposto neste artigo, a Secretaria-Executiva poderá articular-se com os demais órgãos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, § 1º)

§ 2º Os integrantes da Secretaria-Executiva deverão firmar termo de confidencialidade e declaração de potenciais conflitos de interesses relativamente a quaisquer assuntos tratados no âmbito da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 12, § 2º)

Seção III
Das Subcomissões Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 13. As subcomissões técnicas têm a função de prover apoio técnico às reuniões do Plenário da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 13)

Parágrafo Único. As atividades executadas pelas subcomissões técnicas serão enviadas ao Plenário com trâmite pela Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. Os membros das subcomissões técnicas serão indicados pelos órgãos e entidades designadas pelo Plenário da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 14)

Art. 15. Para cumprimento de suas finalidades, ficam instituídas as seguintes subcomissões técnicas permanentes no âmbito da CONITEC: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15)

I - Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, I)

II - Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, II)

III - Subcomissão Técnica de Atualização da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 15, III)

Art. 16. Fica o Plenário autorizado a instituir, se conveniente e oportuno, de forma motivada, outras subcomissões de caráter temporário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16)

§ 1º No caso de subcomissões de caráter temporário, a sua duração será de 2 (dois) anos, prorrogável uma única vez por, no máximo, 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16, § 1º)

§ 2º Decorrido o prazo máximo de prorrogação de que trata o §1º, caso seja conveniente e oportuna a manutenção das atividades da subcomissão temporária, fica o Plenário da CONITEC autorizado a submeter à aprovação do Ministro de Estado da Saúde, de forma motivada, a sua constituição em caráter permanente mediante proposta de alteração deste Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 16, § 2º)

Art. 17. Para cumprimento de suas competências, as subcomissões técnicas poderão convidar representantes de entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros para, exclusivamente em caráter auxiliar, colaborarem em suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17)

§ 1º Aos convidados das subcomissões aplica-se o disposto no art. 5º, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os convites deverão ser previamente avaliados pela Secretaria-Executiva sobre a existência de disponibilidade orçamentária para custeio das despesas de que trata o art. 5º, § 2º . (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 17, § 2º)

Subseção I

Da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção I)

Art. 18. A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT será composta de um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18)

I - da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I)

a) do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, a)

b) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, b)

c) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, I, c)

II - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, II)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, III)

IV - da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 18, IV)

Art. 19. Compete à Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19)

I - aprimorar guia metodológico para a elaboração de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, I)

II - definir metodologia e fluxo para avaliação de PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, II)

III - construir banco de especialistas para elaborar e revisar (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, III)

IV - desenvolver critérios para a escolha de temas para futuros PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, IV)

V - definir temas para novos PCDT e delimitar escopo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, V)

VI - acompanhar, em conjunto com os órgãos competentes do Ministério da Saúde, a elaboração dos PCDT; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VI)

VII - avaliar a versão preliminar do texto do PCDT e os algoritmos de diagnóstico, tratamento e monitoramento propostos; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VII)

VIII - avaliar as evidências apresentadas e definir a necessidade de estudos adicionais; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, VIII)

IX - receber a síntese das contribuições das consultas públicas realizadas pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e avaliar a necessidade de informações adicionais; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, IX)

X - avaliar a versão final do PCDT e preparar manifestação técnica para subsidiar a análise pelo Plenário; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, X)

XI - desenvolver estratégias de comunicação e disseminação dos PCDT para os diversos atores da sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, XI)

XII - atualizar periodicamente os PCDT vigentes. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 19, XII)

Subseção II

Da Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção II)

Art. 20. A Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN será composta de um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20)

I - do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, I)

II - do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, II)

III - do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 20, III)

Art. 21. Compete à Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21)

I - revisar o elenco de medicamentos e insumos da RENAME vigente, visando a sua atualização permanente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, I)

II - demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos da RENAME analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENAME vigente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, II)

III - consolidar periodicamente a RENAME, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la ao DAF/SCTIE/MS para fins de pactuação tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, III)

IV - atualizar de forma permanente o FTN, tornando-o instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos definidos na RENAME. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 21, IV)

Subseção III

Da Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO III, Seção III, Subeção III)

Art. 22. A Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES será composta de 1 (um) representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, I)

II - da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II)

a) do Departamento e Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde (DGITS/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, a)

b) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, b)

c) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, c)

d) do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, II, d)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, III)

IV - da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, IV)

V - da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 22, V)

Art. 23. Compete à Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23)

I - revisar o elenco de ações e serviços disponibilizados na RENASES vigente, visando a sua atualização permanente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, I)

II - demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias e procedimentos da RENASES analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENASES vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, II)

III - consolidar periodicamente a RENASES, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la à pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 23, III)

CAPÍTULO IV
DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 24. A incorporação, a exclusão e a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas serão precedidas de processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 24)

Art. 25. O processo administrativo deverá ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o requerimento, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias, quando as circunstâncias exigirem. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25)

§ 1º Considera-se a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre o pedido formulado no processo administrativo como o termo final para fins de contagem do prazo previsto no caput. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 1º)

§ 2º No caso de impossibilidade de cumprimento do prazo previsto no caput, o processo administrativo entrará em regime de urgência nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º)

I - se o processo estiver em análise pela CONITEC, ficam sobrestadas todas as deliberações a respeito de processos prontos para avaliação até a emissão do relatório sobre o processo pendente; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º, I)

II - se o processo estiver em fase de decisão pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, ficam sobrestados todos os demais processos prontos para decisão até a prática do ato sobre o processo pendente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 25, § 2º, II)

Seção I
Do Requerimento
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 26. Os requerimentos de instauração do processo administrativo para incorporação, alteração ou exclusão pelo SUS de tecnologias em saúde e para constituição ou alteração de PCDT deverão ser protocolados pelo interessado na Secretaria-Executiva da CONITEC, para registro no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo do Ministério da Saúde (SIPAR). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26)

§ 1º O solicitante deverá apresentar, no ato da protocolização, os documentos exigidos, obedecendo-se o modelo estabelecido pela CONITEC conforme descrito no Capítulo V deste Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 1º)

§ 2º Caso o medicamento seja destinado a mais de uma indicação, deverão ser protocoladas solicitações específicas para cada uma dessas indicações. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 2º)

§ 3º No caso de produto para saúde, quando 2 (dois) ou mais produtos compuserem um único sistema, deverá ser protocolado um único requerimento abrangendo todos os produtos para aquela indicação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 3º)

§ 4º A Secretaria-Executiva poderá solicitar informações complementares ao requerente para subsidiar a análise do pedido. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 4º)

§ 5º No caso de propostas de iniciativa do próprio Ministério da Saúde, serão consideradas as informações disponíveis e os estudos técnicos baseados em evidências científicas já realizados para fins de análise pela CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 5º)

§ 6º Para fins do disposto no parágrafo anterior, quando se tratar de PCDT, a documentação mínima obrigatória deverá conter o algoritmo de diagnóstico e tratamento e os pareceres técnico-científicos das tecnologias em saúde a serem incluídas e excluídas e caberá à área técnica indicar o relator da matéria na reunião do Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 26, § 6º)

Art. 27. O requerimento de instauração do processo administrativo para a exclusão de tecnologias em saúde no SUS deverá ser acompanhado dos documentos previstos no Capítulo V deste Regimento Interno, além de outros que venham a ser determinados em ato específico da CONITEC. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 27)

Art. 28. A Secretaria-Executiva da CONITEC verificará previamente a conformidade da documentação exigida. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28)

§ 1º Constatada, de forma motivada, a ausência de conformidade da documentação com os requisitos previstos no Capítulo V deste Regimento Interno, a Secretaria-Executiva remeterá o processo, com identificação do requisito formal descumprido pelo interessado, para avaliação da matéria pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que poderá: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º)

I - acolher a manifestação técnica e indeferir o processamento do pedido, sem avaliação do mérito; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º, I)

II - não acolher a manifestação técnica e determinar o retorno dos autos à Secretaria-Executiva da CONITEC para o processamento do pedido. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Na hipótese do inciso I do § 1º, a Secretaria-Executiva da CONITEC notificará o requerente no prazo de 15 (quinze) dias e procederá ao arquivamento do requerimento, sem prejuízo da possibilidade de apresentação pelo interessado de novo requerimento junto ao Ministério da Saúde com observância dos requisitos previstos no Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 2º)

§ 3º Da decisão de que trata o inciso I do § 1º caberá a interposição de recurso ao Ministro de Estado da Saúde, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez) dias contado a partir da ciência da decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 28, § 3º)

Seção II

Da Instrução Processual

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 29. A Secretaria-Executiva da CONITEC, após atestar o cumprimento dos requisitos formais para o processamento do pedido, adotará as providências necessárias para instrução do processo e, posteriormente, a sua distribuição ao Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 29)

Art. 30. Para os fins do disposto =9128no art. 30], as providências necessárias para a instrução do processo são: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30)

I - acionamento do órgão do Ministério da Saúde responsável pelo tema demandado para incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, I)

II - análise das evidências científicas e avaliações econômicas apresentadas pelo solicitante; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, II)

III - se necessário, o desenvolvimento de estudos e pesquisas, em articulação com os órgãos do Ministério da Saúde ou das entidades a ele vinculadas e/ou com instituições de ensino, pesquisa e assistência. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, III)

Parágrafo Único. Após a conclusão das providências descritas no caput, a Secretaria-Executiva elaborará relatório técnico e o encaminhará ao Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 30, Parágrafo Único)

Art. 31. A Secretaria-Executiva, de ordem do Presidente da CONITEC, tornará pública aos membros do Plenário a pauta de processos a serem deliberados, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da reunião. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 31)

Art. 32. O Plenário poderá requerer à Secretaria-Executiva a realização de diligência para complementar a instrução do processo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 32)

Seção III
Das Reuniões do Plenário
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção III)

Art. 33. O Plenário reunir-se-á ordinariamente de acordo com calendário anual previamente por ele aprovado e, extraordinariamente, por convocação da Presidência. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33)

§ 1º As reuniões do Plenário serão realizadas com o quórum mínimo de 7 (sete) membros. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 1º)

§ 2º Caso seja constatada a ausência do membro titular por 3 (três) reuniões ordinárias no período de 6 (seis) meses, a Secretaria-Executiva da CONITEC solicitará ao órgão ou entidade a indicação de novo membro titular para fins de substituição do referido representante. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 2º)

§ 3º Depois de oficiada a solicitação de que trata o § 2º, deverão ser observados os seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º)

I - o membro titular ficará impedido de votar nas reuniões subsequentes do Plenário, ocasiões em que o direito de voto poderá ser provisoriamente exercido pelo respectivo primeiro ou segundo suplente; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º, I)

II - o órgão ou entidade terá até 30 (trinta) dias a contar da ciência da solicitação para que seja indicado novo membro titular para fins de designação pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 3º, II)

§ 4º A reunião ordinária poderá ser cancelada por falta de quórum mínimo, por determinação do Presidente da CONITEC ou por motivo de força maior, sendo possível ser substituída por reunião extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 4º)

§ 5º As reuniões extraordinárias, quando convocadas, observarão os mesmos procedimentos das reuniões ordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 33, § 5º)

Art. 34. As reuniões do Plenário serão registradas em atas, nas quais devem constar, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34)

I - a relação dos participantes contendo o nome de cada membro, do órgão ou entidade que representa e a qualidade de sua participação, ou seja, se titular, primeiro ou segundo suplente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, I)

II - a súmula dos assuntos tratados, descrita de forma sucinta, incluindo-se sugestões apresentadas, todos os votos proferidos e seus fundamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, II)

III - a aprovação da ata da reunião anterior. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, III)

§ 1º A súmula deve mencionar o número de votos contra e a favor a uma determinada posição adotada no âmbito do Plenário e os eventuais impedimentos de votação para cada assunto da ordem do dia. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 1º)

§ 2º A ata de cada reunião será elaborada pela Secretaria-Executiva da CONITEC, que providenciará o envio a cada membro do Plenário, para análise, no prazo de 15 (quinze) dias, após a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 2º)

§ 3º As eventuais sugestões de emendas e correções à ata deverão ser encaminhadas à Secretaria-Executiva da CONITEC no prazo de 7 (sete) dias depois do seu recebimento e poderão ser incluídas no texto para assinatura na reunião subsequente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 3º)

§ 4º Uma vez aprovada a ata pelo Plenário, a Secretaria-Executiva da CONITEC providenciará os devidos registros e seu arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 34, § 4º)

Seção IV
Das Deliberações do Plenário
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção IV)

Art. 35. As deliberações do Plenário serão aprovadas preferencialmente por consenso. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35)

§ 1º Caso não haja consenso, o Plenário firmará posicionamento sobre a matéria por meio de votação nominal de seus membros, vencendo a posição que obtiver aprovação por maioria simples, observado o quorum mínimo estabelecido no art. 33, § 1º para a realização das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 1º)

§ 2º Caso haja pedido de vista por parte de um dos membros, a votação será suspensa temporariamente e a matéria deverá retornar para continuidade da deliberação na próxima reunião, ordinária ou extraordinária. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 2º)

§ 3º Os convidados de que trata o art. 5º, os integrantes da Secretaria-Executiva e o membro que esteja apenas acompanhando aquele em efetiva representação de seu órgão ou entidade na reunião terão direito a voz, mas não a voto. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 35, § 3º)

Art. 36. As deliberações do Plenário da CONITEC para cada processo serão convertidas em Registros subscritos por todos os votantes, na forma de relatórios, separados por tipo de recomendação e numerados correlativamente. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36)

§ 1º No caso da impossibilidade de um ou mais membros subscreverem um Registro, o Plenário poderá conferir ao Presidente a responsabilidade por efetuar a referida subscrição. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 1º)

§ 2º º O Registro poderá ser de um dos seguintes tipos formais: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º)

I - pela incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, I)

II - pela não incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, II)

III - pela ampliação da indicação da tecnologia em saúde, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, III)

IV - pela restrição da indicação da tecnologia em saúde, segundo a CID-10; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, IV)

V - pela exclusão da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, V)

VI - pela não exclusão da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VI)

VII - pela constituição ou alteração de PCDT; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VII)

VIII - pela aprovação de PCDT. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 2º, VIII)

§ 3º A deliberação do Plenário da CONITEC poderá ser condicionada a um ou mais dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º)

I - preço máximo para incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, I)

II - seleção de centros de notória especialização para incorporação da tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, II)

III - realização de estudo nas condições reais de uso da população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, III)

IV - incorporação de múltiplas tecnologias em saúde em uma linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, IV)

V - outros requisitos que venham a ser estabelecidos pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 36, § 3º, V)

Art. 37. Para cada processo deliberado, o respectivo Registro, na forma de relatório, constituir-se-á no parecer conclusivo sobre o tema, que será submetido pela Secretaria-Executiva à consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões pelo prazo de 20 (vinte) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37)

§ 1º A critério do Plenário e com a devida motivação, o período de recebimento de contribuições poderá ser excepcionalmente reduzido, caso se verifique urgência na deliberação, respeitado o período mínimo de 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 1º)

§ 2º As contribuições à consulta pública que se referirem ao mérito das evidências científicas deverão ser acompanhadas dos estudos completos sobre a matéria e das respectivas referências bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 2º)

§ 3º Quando se tratar de PCDT, caberá à Secretaria-Executiva da CONITEC encaminhar a demanda ao órgão do Ministério da Saúde competente para realização de consulta pública, observados os prazos máximos definidos neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 37, § 3º)

Art. 38. As contribuições e sugestões recebidas na consulta pública serão organizadas pela Secretaria-Executiva e encaminhadas para análise pelo Plenário em regime de prioridade. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 38)

Parágrafo Único. O Plenário examinará as contribuições e sugestões e retificará ou ratificará o parecer conclusivo, com a respectiva fundamentação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 38, Parágrafo Único)

Art. 39. Concluída a deliberação pelo Plenário, o Registro, na forma de relatório, será encaminhado pela Secretaria-Executiva da CONITEC ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde para decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 39)

Seção V

Da Decisão Sobre o Requerimento Formulado no Processo Administrativo
(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO IV, Seção V)

Art. 40. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde poderá solicitar a realização de audiência pública antes de sua decisão, conforme a relevância da matéria. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 40)

Parágrafo Único. Na hipótese de realização de audiência pública, poderá o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde requerer manifestação, em regime de prioridade, pelo Plenário da CONITEC sobre as sugestões e contribuições apresentadas, que as examinará, proferindo a respectiva manifestação sobre a matéria com a devida fundamentação. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 41. Quando se tratar de constituição ou alteração de PCDT, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos deverá submeter o pedido à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 41)

Art. 42. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde decidirá sobre o requerimento formulado no processo administrativo, com respectiva publicação do ato no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 42)

Parágrafo Único. A decisão de que trata o caput deste artigo observará, no caso de requerimento de constituição ou alteração de PCDT, a manifestação emitida nos termos do art. 41. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 42, Parágrafo Único)

Art. 43. Da decisão de que trata o artigo anterior cabe recurso, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez dias), contado a partir da publicação oficial da decisão. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 43)

Art. 44. O recurso deverá ser dirigido ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que, caso não reconsidere sua decisão no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará de ofício ao Ministro de Estado da Saúde, instância máxima decisória em nível administrativo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 44)

Parágrafo Único. Os recursos serão interpostos por meio de requerimento no qual o recorrente deverá expor os fundamentos do pedido de reexame, podendo juntar os documentos que julgar convenientes para instruí-lo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 44, Parágrafo Único)

Art. 45. O Ministro de Estado da Saúde poderá confirmar, modificar, anular ou revogar, total ou parcialmente, a decisão recorrida em até 30 (trinta) dias, prorrogáveis, mediante justificativa expressa, por igual período de tempo. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45)

§ 1º Se a decisão do Ministro de Estado da Saúde puder implicar gravame à situação do recorrente, este deverá ser cientificado para que formule suas alegações em até 10 (dez) dias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45, § 1º)

§ 2º A decisão do Ministro de Estado da Saúde será publicada no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 45, § 2º)

Art. 46. Na contagem dos prazos, exclui-se o dia do início e inclui-se o dia do vencimento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46)

§ 1º Considera-se prorrogado o prazo até o primeiro dia útil seguinte se a data final para a prática do ato se encerrar em dia não útil, feriado ou em dia em que: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º)

I - for determinado o fechamento das dependências do Ministério da Saúde; ou (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º, I)

II - o expediente do Ministério da Saúde for encerrado antes do horário regular de funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 1º, II)

§ 2º Os prazos somente começam a correr a partir do primeiro dia útil após a publicação das decisões ou a notificação do interessado. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 46, § 2º)

CAPÍTULO V

DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA PARA A SAÚDE

(Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 47. Para cada tipo de tecnologia em saúde a ser proposta para fins de incorporação pelo SUS, o proponente deverá entregar a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47)

I - formulário para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia em saúde preenchido, impresso e assinado, contendo os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I)

a) informações sobre o proponente; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, a)

b) declaração de entrega de todas as informações e documentos obrigatórios para a composição do processo de proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, b)

c) resumo executivo: descrição sucinta da proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c)

1. motivo da solicitação de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 1)

2. nome comercial da tecnologia em saúde no Brasil e, no caso de medicamento, também o do princípio ativo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 2)

3. nome do fabricante; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 3)

4. natureza da tecnologia: terapia, diagnóstico, prevenção ou, no caso de outra, com a respectiva classificação; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 4)

5. proteções patentárias da tecnologia em saúde no Brasil e as respectivas validades; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 5)

6. descrição da(s) apresentação(ões) solicitada(s), conforme registro na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 6)

7. número e validade do registro na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 7)

8. indicações e/ou usos aprovados pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 8)

9. indicação proposta para o SUS (deve ser citada apenas uma indicação por solicitação); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 9)

10. fase ou estágio da doença ou da condição de saúde em que a tecnologia em saúde será utilizada (deve ser citada apenas uma fase/estágio por solicitação); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 10)

11. caracterização da tecnologia em saúde em relação (à)s atualmente utilizada(s) no SUS (alternativa, complementar, substitutiva); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 11)

12. valor agregado com o uso da tecnologia em saúde, se houver; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 12)

13. necessidade de adequação de infraestrutura para o uso da tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 13)

14. comparador principal ou padrão-ouro; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 14)

15. estudo(s) no(s) qual(is) a evidência clínica apresentada é baseada; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 15)

16. principais desfechos clínicos dos estudos apresentados na proposta; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 16)

17. tipo de avaliação econômica realizada (na perspectiva do SUS); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 17)

18. razão incremental de custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 18)

19. preço CMED (preço fábrica - ICMS 18%), no caso de medicamento; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 19)

20. preço proposto para a incorporação ou alteração da tecnologia em saúde, em moeda corrente (R$); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 20)

21. estimativa anual do número de pacientes que poderão utilizar a tecnologia em saúde nos primeiros 5 (cinco) anos; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 21)

22. estimativa de impacto orçamentário da tecnologia em saúde no SUS, na abordagem epidemiológica, para os primeiros 5 (cinco) anos de utilização; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, I, c, 22)

II - documento principal composto das seguintes partes: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II)

a) sumário: lista organizada, com indicação dos números das páginas em que estão localizados os assuntos, seções, etc; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, a)

b) descrição da doença e/ou condição de saúde: epidemiologia, história natural da doença, incidência e/ou prevalência, etc; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, b)

c) descrição da tecnologia em saúde, com o seguinte conteúdo mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c)

1. informações sobre a tecnologia em saúde: nome comercial do produto no Brasil e no país de origem, descrição sintética da tecnologia em saúde, identificação do fabricante, indicação (doença ou condição de saúde), proposta da tecnologia em saúde em conformidade com o registro do produto na ANVISA e forma de apresentação e concentração (em caso de medicamentos); (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 1)

2. identificação de proposta: apontar se trata da incorporação de medicamento ou produto para saúde (diagnóstico ou tratamento) ou procedimento ou nova indicação ou nova apresentação de medicamento já disponível no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 2)

3. informações sobre a regularidade sanitária: número de registro na ANVISA (13 dígitos), validade do registro na ANVISA e data da publicação do registro na ANVISA; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 3)

4. informações de mercado: proteção patentária no Brasil, validade da patente, preço aprovado pela CMED, no caso de medicamento, e preço proposto de venda ao governo; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, c, 4)

d) descrição das evidências científicas relativas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde proposta, comparadas, quando couber, a tecnologias em saúde já incorporadas, por meio de apresentação de Revisão Sistemática ou Parecer Técnico-Científico (PTC) desenvolvido de acordo com a edição atualizada da Diretriz Metodológica de Elaboração de PTC do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, d)

e) apresentação de estudo de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-minimização, custo-utilidade ou custo-benefício) na perspectiva do SUS, de acordo com a edição atualizada da Diretriz Metodológica de Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, e)

f) apresentação de estimativa de impacto orçamentário, na abordagem epidemiológica, da tecnologia proposta e correspondente comparação com a tecnologia em saúde já disponível no SUS; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, f)

g) referências bibliográficas; e (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, g)

h) anexo: cópia da bula ou instrução de uso aprovada na ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, II, h)

III - textos completos dos estudos científicos referenciados (apenas em meio digital). (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, III)

Parágrafo Único. O formulário para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia em saúde e as Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde encontram-se disponíveis no Portal da Saúde, no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br, na página da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Novas Tecnologias. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 48. Os artigos científicos em língua estrangeira, exceto nas línguas inglesa e espanhola, deverão ser entregues com tradução juramentada para a língua portuguesa. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 48)

Art. 49. A CONITEC poderá dispensar a entrega de documento(s) listado(s) nos termos do art. 47 nos casos de necessidade emergencial ou interesse do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 49)

Art. 50. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Plenário. (Origem: PRT MS/GM 2009/2012, Anexo 1, Art. 50)

ANEXO XVII

TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 321/2007, Anexo 1)

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de unificação dos sistemas de informação e bases de dados na área da saúde é uma antiga evidência. Tal unificação depende essencialmente da adoção de padrão único para entrada de dados e das ferramentas tecnológicas utilizadas. A padronização do registro da informação implica a necessidade de adequar os diferentes sistemas, garantindo a preservação de séries históricas.

Mesmo que atendidas essas premissas, a decisão política de implantação e a ousadia de cumpri-las são os determinantes máximos.

O levantamento retrospectivo dos sistemas de informação da assistência à saúde remonta a estágios diferentes. Na década de 1980 foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS/AIH, com o objetivo principal de efetuar pagamento aos hospitais contratados pelo INAMPS, estendido, a seguir, aos hospitais filantrópicos e por último aos universitários e de ensino.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, nasce, em 1991, o Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS, e no período de 1990 a 1995, surge o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, ambos com foco principal no pagamento de faturas por produção de serviços.

Os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar nasceram com tabelas de procedimentos próprias e distintas. A duplicidade dessas tabelas para registro de um mesmo procedimento, conforme a modalidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar, com códigos e valores distintos para cada atendimento, tornou difícil, senão impossível, a integração das bases de dados para estudos, análises e planejamento na gestão da saúde.

A decisão política imprescindível para a unificação, no entanto, foi tomada e levada adiante com participação ampla. Hoje, com as possibilidades da tecnologia da informação não só se torna viável a implantação da Tabela de procedimentos, mas, essencialmente, direciona a unificação e seu uso como instrumento para as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde.

Iniciativas no sentido da unificação das tabelas de procedimentos do SUS remontam a uma década. O processo não chegou a sua conclusão, foi sempre abortado por motivos diversos. No entanto, a cada tentativa foram alcançados novos estágios e o resultado constituiu arcabouço importante para a construção da Tabela de procedimentos.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde.

2.2. ESPECÍFICOS

1.Implantar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS em todo o País.

2.Substituir as atuais tabelas de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar - SIA e SIH/SUS, pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

3.Subsidiar os gestores nas ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento dos registros e análises das informações em saúde.

4.Definir a estrutura, a lógica e a organização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

5.Detalhar os atributos associados a cada procedimento.

3. ESTRUTURA DA TABELA

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está estruturada por níveis de agregação. São 4 (quatro) os níveis, a saber:

3.1.GRUPO - Abrange o maior nível de agregação da tabela-primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.

3.2.SUBGRUPO - Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.

3.3.FORMA DE ORGANIZAÇÃO - Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros.

3.4.PROCEDIMENTO - É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível - É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

3.5. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO PROCEDIMENTO:

ATRIBUTOS - São características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente:

-ao próprio procedimento;

-ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES;

-ao usuário do SUS; e

-a forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS.

Observação - Para cada procedimento da tabela existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar.

4. TABELA DE DETALHAMENTO DOS ATRIBUTOS			
EM RELAÇÃO	**ATRIBUTOS**	**REFERÊNCIA**	**DEFINIÇÕES**

PROCEDIMENTO	Código, Nome e Descrição	Código numérico e nome e/ou descrição alfa-numérico	São identificadores dos procedimentos. Obrigatório para todos os procedimentos.
	Vigência/Portaria	Vigência inicial e final: Data e número da portaria de origem	Data e portaria a partir da qual o procedimento foi incluído e excluído do sistema.
	Modalidade do Atendimento	Ambulatorial, Internação Hospitalar, Hospital Dia, Atenção Domiciliar.	Local onde o procedimento pode ser realizado.
	Complexidade	Atenção Básica; Média, Alta Complexidade; Não se aplica.	Relaciona o grau de infra-estrutura, especialização, elaboração ou sofisticação que envolve a realização do procedimento.
	Classificação Brasileira de Ocupações - CBO	Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego	Especialidades profissionais que estão aptas a realizar o procedimento
	Exige Autorização	APAC e AIH1-Não,2-Sim, com emissão de APAC3- Sim, com emissão de AIH,4-Sim, sem emissão de AIH,5- Sim, com emissão de APAC e AIH,6- Sim, com emissão de APAC, sem emissão de AIH (ex: tomografia)	Vincula a necessidade de autorização prévia do gestor para realização do procedimento. Procedimentos de Internação - todos os procedimentos que geram internação e os especiais devem ser autorizados pelo gestor; Procedimentos ambulatoriais - Devem ser autorizados pelo gestor todos os procedimentos que geram APAC, que são procedimentos de alta complexidade, com tratamento contínuo, medicamentos de dispensação excepcional/estratégicos e procedimentos de transplantes, bem como todos os exames de alta complexidade. Obs: Cada gestor, dependendo da necessidade e do processo de regulação, poderá definir outros procedimentos com exigência de autorização.
	Dias de Permanência	Número/quantidade de dias	É o número de dias previstos para aquele procedimento, também chamado de média de permanência.
	Admite Tratamento Continuado	Sim ou Não	É o tratamento no qual o paciente não tem a perspectiva da data da alta uma vez que a ação, o cuidado ou a terapia indicada tem característica de continuidade. Ocorre em Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tuberculose e Hanseníase, Nefrologia, Medicamentos de dispensação excepcional e oncologia.
	Total de Pontos do Ato	Quantitativo numérico	É o número de pontos definidos para um procedimento de internação. É a base para cálculo do rateio exclusivo para a fração Serviços Profissionais (SP).
	Quantidade Máxima	Quantitativo numérico	Utilizado para procedimentos com quantidade máxima permitida.

	Admite Anestesia	Sim ou Não 1- Não, 2-Sim,Anestesia 3-Sim, Analgesia	Informa se o procedimento pode ou não ser realizado sob anestesia.
	Órteses, Próteses e Materiais (OPM)	Código dos procedimentos	Explicita a compatibilidade entre OPM e procedimento principal no caso da internação hospitalar.
	Valor	Moeda Nacional (Real)	É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento. - O valor da internação hospitalar compreende: a) Serviços Hospitalares (SH) - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e b) Serviços Profissionais (SP) - correspondem à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. - O valor ambulatorial (SA)- compreende um componente - o SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio. (Não está incluído medicamento de dispensação excepcional).
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Serviço/Classificação (S/C)	Tabela de Serviço/Classificação do SCNES	O estabelecimento de saúde deve dispor do serviço/classificação compatível, devidamente cadastrado no CNES.
	Habilitação (HB)	Tabela de Habilitação - SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter habilitação específica e cadastrada no CNES.
	Especialidade do Leito exigida	Tabela de especialidade dos leitos - SCNES	O estabelecimento de saúde deve ter a especialidade do leito cadastrado no CNES.
	Tipo de Prestador	Tabela de Prestador - SCNES	O tipo de prestador deve ser compatível e informado no CNES.
USUÁRIO	Idade	Em anos de vida - idade mínima: 0 anos Idade máxima: 110 anos	É a idade do paciente em anos para que o mesmo seja submetido ao procedimento. Quando do atendimento a paciente com idade superior, caberá ao gestor avaliar e efetivar a autorização.
	Sexo	Masculino ou Feminino	É o sexo do paciente para o qual é possível para a realização do procedimento (Pode ser também "ambos").
	CID Principal	Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	Corresponde à doença/lesão de base que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação.
	CID Secundário	Código da Classificação	Corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que

		Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10	conduziram diretamente a doença de base; O CID secundário é campo obrigatório para determinados procedimentos.
FINANCIAMENTO	Forma de Financiamento de custeio	PAB; MAC, FAEC, Incentivo MAC, Assistência Farmacêutica ou Vigilância em Saúde.	É o tipo de financiamento do procedimento em coerência com o Pacto de Gestão.
	Incremento	Percentual	É um percentual que é acrescido ao valor original do procedimento e está vinculado diretamente a uma habilitação do estabelecimento.

5. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO DA TABELA

O código de procedimento está estruturado da seguinte forma:

a) a estrutura de codificação de cada procedimento tem 10 (dez) dígitos de formato numérico;

b) o dois primeiros dígitos identificam o grupo;

c) o terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;

d) o quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;

e) o sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o seqüencial dos procedimentos; e

f) o décimo dígito identifica a validação do código do procedimento.

Ou seja, GG.SG.FO.PRO-X, onde:

GG é o grupo

SG é o subgrupo

FO é a forma de organização

PRO é o seqüencial do procedimento X é o dígito verificador.

6. SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA

A complexidade que envolveu o processo de unificação das tabelas do SIA/SUS e do SIH/SUS exigiu o desenvolvimento de um sistema para sua efetivação. O Ministério da Saúde desenvolveu com a participação conjunta de técnicos da CGSI/DRAC/SAS e do DATASUS/SE, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Esse sistema tem por objetivo fazer o gerenciamento da Tabela e proporcionar série histórica das inclusões, alterações e exclusões dos procedimentos. A coordenação e o gerenciamento da referida Tabela por meio desse sistema é de responsabilidade da CGSI/DRAC/SAS/MS, porém, toda implementação e guarda do banco de dados do referido sistema é de responsabilidade do DATASUS/SE/MS.

7. METODOLOGIA DA DEFINIÇÃO DO VALOR UNITÁRIO DOS PROCEDIMENTOS E DO CÁLCULO DE IMPACTO DA TABELA

Diante das possibilidades orçamentárias do MS, foram definidos alguns critérios para diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação. Definiu-se que o grupo de procedimentos de finalidade diagnóstica tivesse o mesmo valor de procedimento para os sistemas ambulatorial e hospitalar, baseado no fato de que a complexidade do exame não se altera por ser este realizada ambulatorialmente ou em regime de internação. Vários procedimentos com finalidade diagnóstica não tinham valor na tabela hospitalar, e sim no rateio de pontos, mesmo os procedimentos passíveis de autorização. Assim, os procedimentos: Tomografia; Endoscopia; Radiologia Intervencionista; Medicina Nuclear in Vivo; Ressonância Magnética; Anatomia Patológica; Coleta por punção ou biopsia; Ultra-sonografia e Diagnóstico em Hemoterapia ficaram com o mesmo valor no ambulatório e no hospital.

7.1. QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DA TABELA QUE TÊM MAIS DE UM CÓDIGO DE ORIGEM

Foi estabelecida média ponderada, com base na produção de 2005, realizada para procedimentos ambulatoriais e hospitalares em separado.

7.2.QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DE FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Foi atribuído valor igual (SIA e SIH) para os Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, sendo adotada a maior média ponderada (ambulatorial ou hospitalar). Para os procedimentos com valores zerados no SIH, nos tipos de exames abaixo, foi adotada a média ponderada ambulatorial:

- Anatomia Patológica;

- Coleta por punção ou biopsia;

- Tomografia;

- Endoscopia;

- Radiologia Intervencionista;

- Medicina Nuclear in Vivo;

- Ressonância Magnética;

- Ultra-sonografia;

- Fisioterapia;

- Diagnóstico em Hemoterapia

Observação - Com a adequação dos procedimentos com finalidade diagnóstica, permaneceram com valor zerado na internação os procedimentos de radiologia, laboratório clínico e métodos diagnósticos em especialidade (exemplo: ECG), sendo o valor da fração correspondente ao SADT incorporada ao valor do SH.

7.3.QUANTO À DIÁRIA DE UTI, CUJA CÓDIGO NÃO EXISTIA NA TABELA SIH/SUS

Aos procedimentos de Diária de UTI, que na tabela do SIH não tinham códigos (UTI I), foram atribuídos códigos na Tabela UTI adulto, neonatal e pediátrica, Foi adotada a média ponderada, considerando a produção de 2005, no valor de R$ 95,90.

7.4.QUANTO À DIÁRIA DE ACOMPANHANTE, CUJO NÃO EXISTIA CÓDIGO NA TABELA DO SIH/SUS

Para diária de acompanhante, que na tabela do SIH não tinha código, na Tabela foram atribuídos 2 códigos: a) diária de acompanhante para criança e adolescente; b) diária de acompanhante adulto. Neste caso,

foi adotado o valor único com a média fixada em R$ 4,33 considerando os valores da diária geral de R$ 2,65 e o da diária para a gestante e idoso de R$ 6,00.

7.5.SOBRE O ATRIBUTO INCREMENTO

Na Tabela, o critério adotado quando da existência de mais de um procedimento de origem, com valores diferentes por vinculação a uma habilitação como, por exemplo, o procedimento de Parto, foi o de unificar os procedimentos e estabelecer um % de incremento vinculando à habilitação específica, em conformidade às portarias específicas.

8. QUANTO À COMPOSIÇÃO DO VALOR DOS PROCEDIMENTOS

Na Tabela, o valor do procedimento de internação possui dois componentes: Serviços Hospitalares (SH), incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, Serviços Ambulatoriais (SA).

- O valor da internação hospitalar compreende:

a) Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia -SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e

b) Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

- O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional.
Observação - Considerando que o Pacto de Gestão estabelece a extinção do Tipo 7, ou seja, exclui a desvinculação de honorários de pessoa física, referente à prestação de serviços hospitalares, é necessário rediscutir no prazo definido naquele instrumento normativo, na Comissão Intergestores Tripartite, a forma de absorver o componente SP no valor hospitalar da Tabela.

9. SOBRE PROCEDIMENTOS CNRAC E DE URGÊNCIAS Serão identificados na Tabela os procedimentos que integram a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e os que fazem parte do elenco de procedimentos passíveis de urgências, os quais serão necessários para o processamento dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar.

ANEXO XVIII

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CIH (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 1)

Orientações para preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)

Layout do Arquivo Texto

Cabeçalho

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações	Obrigatório
LABEL	0001	0001	Código do Registro	Tipo do registro1 - Cabeçalho2 - Dados Internação3 - Arquivo s/ movimento	SIM
CNES	0002	0007	Código do CNES	Código do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIM

VERSAO	0009	0007	Versão do Sistema	Versão do aplicativo utilizado	SIM

Dados de Internação

Nome do Campo	Pos.Ini	Tam.	Descrição	Orientações	Obrigatório
LABEL	0001	0001	Código do Registro	Tipo do registro1 - Cabeçalho2 - Dados Internação3 - Arquivo s/ movimento	SIM
NOME_PAC	0002	0060	Nome do Paciente	Nome completo do paciente	SIM
LOGR	0062	0025	Logradouro	Logradouro do endereço de residência do paciente	SIM
NÚMERO	0087	0005	Número	Número do endereço de residência do paciente	SIM
COMPL	0092	0015	Complemento	Complemento do endereço de residência do paciente	NÃO
COD_MUNIC	0107	0006	Código do Município IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente	SIM
UF	0113	0002	Unidade da Federação	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente	SIM
CEP	0115	0008	CEP do Paciente	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente	SIM
DT_NASC	0123	0008	Data de nascimento do paciente	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
SEXO	0131	0001	Sexo do paciente	Código de identificação do sexo do paciente: M - Masculino, F - Feminino	SIM
CNS	0132	0015	Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	NÃO
PROCED_REALIZ	0147	0008	Código do procedimento principal	Código do procedimento principal realizado, com base na tabela de procedimentos do SIH/SUS	SIM
DIAG_PRINCIPAL	0155	0004	Código do diagnóstico principal	Código do diagnóstico principal, com base na Classificação	SIM

				Internacional de Doenças - 10ª Revisão	
DIAG_SECUNDÁRIO	0159	0004	Código do diagnóstico secundário	Código do diagnóstico secundário, com base na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão	NÃO
DATA_INTERN	0163	0008	Data de Internação	Dia, mês e ano de internação do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
DATA_SAÍDA	0171	0008	Data de Saída	Dia, mês e ano de saída do paciente no formato ddmmaaaa	SIM
TIPO_ALTA	0179	0002	Motivo de Saída	Código de identificação do tipo de saída do paciente, com base na tabela de motivo de cobrança do SIH/SUS, constante do Anexo II a esta portaria	SIM
FONTE_REMUNER	0181	0001	Fonte remuneração / financiamento da Internação	Código da Fonte de Remuneração da Internação, com base na tabela de Fonte de Remuneração da CIH	SIM
DESC_PROCE	0182	0040	Descrição do procedimento realizado	Descrição do procedimento realizado obrigatório quando o código utilizado for 50-000-00-4	SIM
REG_OPS	0222	0006	Registro ANS da Operadora	Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1
CNPJ_OPS	0228	0014	CNPJ da Operadora	Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1, 6 ou 9
COD_BEN	0242	0030	Código do beneficiário	Para fonte de remuneração por convênio plano privado. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação	Somente para fonte de remuneração 1

DOC_ÓBITO	0272	0008	Número da declaração de óbito	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito	Somente em caso de óbito
QTD_NASCIDOS	0280	0001	Quantidade de nascidos	Quantidade de nascidos	Somente para procedimento realizado igual a parto
DOC_NASC1	0281	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC2	0289	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC3	0297	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC4	0305	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DOC_NASC5	0313	0008	Número da declaração de Nascido	Número da declaração do nascido quando o procedimento realizado for parto	Somente para Qtd nascidos diferente de zero
DIAS_UTI	0321	0003	Número de dias de UTI	Número de dias do permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver	NÃO
PRONTUARIO	0324	0012	Número do prontuário	Número do prontuário do paciente	SIM
COMPETÊNCIA	0336	0006	Competência do Movimento	Mês e ano de competência do movimento no formato mmaaaa	SIM

ANEXO XIX

CÓDIGOS PARA PREENCHIMENTO DO CAMPO FONTE DE REMUNERAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 2)

Códigos para preenchimento do campo Fonte de Remuneração

1	Convênio - Plano Privado
2	Particular - Pessoa Física
3	Gratuito
4	Financiado com recurso próprio da SES

5	Financiado com recurso próprio da SMS
6	Convênio - Plano Público
8	DPVAT
9	Particular - Pessoa Jurídica

Códigos para preenchimento do campo Motivo de Saída, conforme a tabela de motivo de alta do SIH/SUS

Em caso de alta 10. para complementação em internação domiciliar	Em caso de óbito com necropsia 41. até 24 horas da internação 45. de 24 até 48 horas, chegou agônico
11. curado	46. de 24 até 48 horas, não chegou agônico 43. ocorreu após 48 horas da internação
12. melhorado 13. inalterado	44. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
14. a pedido 15. internado para diagnóstico	Em caso de óbito sem necropsia 51. nas primeiras 48 horas, chegou agônico
16. administrativa 17. por indisciplina	52. nas primeiras 48 horas, não chegou agônico
18. por evasão 19. para completar tratamento em ambulatório	53. ocorreu após 48 horas 54. óbito parturiente com permanência do recém-nascido
Em caso de permanência 21 . por características da doença	Em caso de reoperação 61. em politraumatizado c/menos 24h da 1ª cirurgia
22 . por intercorrência	62. em politraumatizado 24 a 48h após 1ª cirurgia
23 . por motivo social	63. em politraumatizado 48 a 72h após 1ª cirurgia
24 . por doenca crônica	64. em politraumatizado acima 72h após 1ª cirurgia
25 . por impossibilidade de convívio sóciofamiliar	65. em cir.emergência c/menos 24h após 1ª cirurgia
Em caso de transferência	66. em cir. de emergência 24 a 48h após 1ª cirurgia
31. para tisiologia	67. em cir. de emergência 48 a 72h após 1ª cirurgia
	68. em cir.emergência acima 72h após 1ª cirurgia
	69. alta da parturiente com permanência do recém-nascido
32. para psiquiatria	Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
33. para clínica médica	71. Em caso de alta da parturiente com permanência do recém-nascido
34. para cirurgia	
35. para obstetrícia	
36. para berçário	
37. para pediatria	
38. para isolamento	
39. para outros (CTI, radioterapia,etc..)	

O campo procedimento realizado deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIH/SUS (DAIH050) vigente na época da internação.

Os campos de diagnóstico principal e secundário devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão.

O campo Código do Município deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Municípios do IBGE.

O campo Registro ANS da Operadora deve ser preenchido de acordo com a Tabela de Operadoras da ANS. Essas tabelas podem ser encontradas nos sítios eletrônicos: http://cih.datasus.gov.br e www.datasus.gov.br.

ANEXO XX

ORIENTAÇÕES PARA ENVIO DOS ARQUIVOS DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (Origem: PRT MS/GM 637/2007, Anexo 3)

Orientações para envio dos arquivos da Comunicação de Internação Hospitalar

1. Do hospital à SES/SMS:

1.1. No caso de arquivos gerados pelo CIH01

Após a digitação e a validação dos dados de internação de uma determinada competência, utilizando o programa CIH01 gerar o disquete e encaminhá-lo à Secretaria segundo as orientações definidas pelo gestor estadual ou municipal.

1.2. No caso de arquivos textos gerados pelo hospital (sistema próprio)

Após a importação e validação dos dados de internação de uma determinada competência, utilizando o programa CIH01 gerar o disquete e encaminhá-lo a secretaria segundo as orientações definidas pelo gestor estadual ou municipal.

1.3. Em ambos os casos deve ser encaminhado o arquivo compactado gerado automaticamente pelo aplicativo.

1.4. No caso de não existir movimento para a competência, o mesmo procedimento de geração do disquete deve ser efetuado (será gerado um arquivo com informações pertinentes a esta situação).

2. Da SES/SMS ao DATASUS/SE/MS:

2.1. Importar os arquivos de uma determinada competência, dos estabelecimentos sob a gestão do Estado ou do Município utilizando o programa CIH02.

2.2. Gerar o arquivo compactado CIH02 e encaminhar ao DATASUS por meio do aplicativo transmissor simultâneo, disponível para download no sítio eletrônico http://w3.datasus.gov.br/transmissor/transmissor.php.

ANEXO XXI

MEDICAMENTOS (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Anexo 1)

Nº.	CATMAT	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE POR KIT
1	BR0267502	Acido Acetilsalicílico comprimido 100mg	500
2	BR0267506	Albendazol - Comprimido mastigável - 400 mg	300
3	BR0271089	Amoxicilina cápsula 500 mg	1.500
4	BR0271111	Amoxicilina pó para suspensão oral 50mg/ml Frasco 60 ml	150
5	BR0267581	Beclometasona Dipropionato, Spray Oral, 250mcg/Dose.	15

6	BR0270612	Benzilpenicilina benzatina pó para suspensão injetável1.200.000 UI	50
7	BR0270614	Benzilpenicilina Procaína + Potássica suspensão injetável 300.000+100.000 UI	100
8	BR0267613	Captopril comprimido 25 mg	1.000
9	BR0268237	Cloreto de sódio solução injetável 0,9 % (0,154mEq/mL) frasco 250mL	50
10	BR0268237	Cloreto de sódio solução injetável 0,9 % (0,154mEq/mL) frasco 500mL	100
11	BR0267312	Cloridrato de metoclopramida Comprimido 10 mg -	100
12	BR0267772	Cloridrato de propranolol comprimido 40 mg	500
13	BR0267736	Cloridrato de ranitidina comprimido 150 mg	500
14	BR0267643	Dexametasona creme 0,1% bisnaga c/10 g	100
15	BR0267671	Glibenclamida comprimido 5 mg	500
16	BR0267543	Glicose solução injetável 50 mg/mL (5%) frasco 500mL	50
17	BR0267674	Hidroclorotiazida comprimido 25 mg	1.000
18	BR0343298	Hipoclorito de Sódio solução 10 mg cloro/mL frasco 50mL	250
19	BR0294648	Ibuprofeno comprimido 200mg	1.000
20	BR0267691	Metformina comprimido 850mg	500
21	BR0267717	Metronidazol comprimido 250 mg	200
22	BR0267778	Paracetamol comprimido 500 mg	1.000
23	BR0267777	Paracetamol solução oral 200 mg/ml Frasco 10 ml	100
24	BR0363597	Permetrina loção 5% Frascos 60 ml	50
25	BR0267741	Prednisona comprimido 5 mg	500
26	BR0268390	Sais para reidratação oral, envelope com 27,9g - envelope para 1 Litro.	700
27	BR0303292	Solução Ringer + lactato solução injetável	50
28	BR0308882	Sulfametoxazol + trimetoprima comprimido 400 mg + 80 mg	500
29	BR0308884	Sulfametoxazol + trimetoprima suspensão oral (40 mg + 8 mg)/mL - Frasco 60 ml	50
30	BR0294887	Sulfato de salbutamol aerossol 100 µg/dose	10

ANEXO XXII

INSUMOS ESTRATÉGICOS (Origem: PRT MS/GM 2365/2012, Anexo 2)

Nº	CATMAT	INSUMOS	QUANTIDADE POR KIT
1	BR0361762	Atadura de crepom 10 cm	12 unidades
2	BR0361770	Atadura de crepom 15 cm	12 unidades
3	BR0361768	Atadura de crepom 30 cm	12 unidades
4	BR0282631	Cateter de punção intravenosa 18	50 unidades
5	BR0282632	Cateter de punção intravenosa 20	50 unidades
6	BR0282633	Cateter de punção intravenosa 22	50 unidades
7	BR0282635	Cateter de punção intravenosa 24	50 unidades

8	BR0278499	Cateter de punção tipo borboleta 21	100 unidades
9	BR0278497	Cateter de punção tipo borboleta 23	100 unidades
10	BR0269971	Compressa de gaze 7,5 x 7,5	1.000 unidades
11	BR0364510	Equipo para soro Macrogotas	200 unidades
12	BR0278500	Esparadrapo 100 mm x 4,5 m	12 unidades
13	BR0269892	Luva para procedimento tamanho grande	200 unidades
14	BR0269893	Luva para procedimento tamanho médio	200 unidades
15	BR0269894	Luva para procedimento tamanho pequeno	300 unidades
16	BR0315901	Máscara descartável	100 unidades
17	BR0298557	Seringa descartável com agulha 25 x 7 - 10 ml	400 unidades
18	BR0292118	Seringa descartável com agulha 25 x 7 - 5 ml	700 unidades

ANEXO XXIII

SOBRE O PREENCHIMENTO DA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E ATENDIMENTO AMBULATORIAL - CIHA (Origem: PRT MS/GM 1171/2011, Anexo 1)

Orientações para preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar e Atendimento Ambulatorial - CIHA

NOME CAMPO	POS INI	TAM	TIPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
Tipo_REG	1	1	NUMÉRICO	TIPO DO REGISTRO	1 - Header	SIM
CNES	2	7	NUMÉRICO	CADASTRAMENTO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIM
Versão	9	7	ALFA	VERSAO DO APLICATIVO	1.0.0.0	SIM

DADOS

NOME CAMPO	POS INI	TA	MTIPO	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
TIPO_REG	1	1	NUMÉRICO	TIPO DO REGISTRO	2 - mov individualizado hospitalar3 - s/movimento (no caso de remessa sem movimento, deverá ser preenchido o HEADER e em DADOS somente o campo TIPO_REG com conteúdo '3')4 - mov individualizado ambulatorial5 - mov consolidado	SIM
NOME_ PA	2	60	ALFA	NOME PACIENTE	Nome completo do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DS_LOGR	62	25	ALFA	LOGRADOURO PACIENTE	Logradouro do endereço de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
NUM_LOGR	87	5	ALFA	NÚMERO LOGRADOURO	Número do endereço de residência do paciente	
COMPL_LOGR	92	15	ALFA	COMPLEMENTO LOGR.	Complemento do endereço de residência do paciente	
COD_MUNIC	107	6	NUMÉRICO	COD MUNICIPIO IBGE	Código IBGE do município de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DS_UF	113	2	ALFA	SIGLA DA UF	Sigla de identificação da unidade federada de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4

CEP	115	8	NUMÉRICO	CEP DO LOGRADOURO	Código de endereçamento postal do endereço de residência do paciente	SIM para reg tipos 2 e 4
DT_NASC	123	8	NUMÉRICO	DATA NASC PA C	Dia, mês e ano do nascimento do paciente no formato (DDMMAAAA)	SIM para reg tipos 2 e 4
SEXO	131	1	ALFA	SEXO PACIENTE	M- Masculino F- Feminino	SIM para reg tipos 2 e 4
CNS	132	15	NUMÉRICO	CARTÃO NAC. DE SAÚDE	Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente	
PROC_REA	147	10	NUMÉRICO	PROC. REALIZADO	Código do procedimento realizado, com base na tabela unificada de procedimentos do SIGTAP	SIM para regs tipo 2,4 e 5
DIAG_PRIN	157	4	ALFA	DIAG. PRINCIPAL	Código do diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão com base na tabela de CID do SIGTAP	SIM para regs tipo 2 e 4
DIAG_SEC	161	4	ALFA	DIAG. SECUNDARIO	Código do diagnóstico principal segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão com base na tabela de CID do SIGTAP	
DT_ATENDIMENTO	165	8	NUMÉRICO	DATA ATENDIMENTO	Dia, mês e ano de atendimento do paciente no formato ddmmaaaa	SIM para regs tipo 2 e 4
DT_ALTA	173	8	NUMÉRICO	DATA ALTA	Dia, mês e ano de alta do paciente no formato ddmmaaaa	SIM para reg tipo 2
TP_ALTA	181	2	NUMÉRICO	MOTIVO DA ALTA	Código de identificação do tipo de alta do paciente, com base na tabela de motivo de alta/permanência do SIGTAP	SIM para reg tipo 2
TP_FREMU	183	1	NUMÉRICO	FONTE REMUNERAÇÃO	Código de identificação do tipo de remuneração do atendimento do paciente, conforme Tabela de Fonte de Remuneração*.	SIM para regs tipo 2 e 4
DS_PROC	184	40	ALFA	DESCRIÇÃO PROCED.	Descrição do procedimento realizado quando o código do procedimento utilizado for genérico	Somente preenchido quando o procedimento pertencer ao grupo de procedimentos NÃO SUS (vide portaria) e regs tipo 2 e 4
REG_ANS	224	6	NUMÉRICO	REGISTRO ANS OPERADORA	Para fonte de remuneração por convênio. Código do registro junto à ANS da operadora responsável pela internação (Tab. Operadoras ANS)	Somente preenchido para fonte de remuneração 1 e regs tipo 2 e 4
CNPJ_OPER	230	14	NUMÉRICO	CNPJ OPERADORA	Para fonte de remuneração por convênio ou Particular Pessoa Jurídica. Número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da do responsável pela internação	Preenchido para fonte de remuneração 6,9 e 1 e regs tipo 2 e 4
CO_BENEF	244	30	ALFA	CÓDIGO BENEFICIARIO	Para fonte de remuneração por convênio privado. Código de identificação do beneficiário na operadora responsável pela internação	Somente preenchido para fonte de remuneração 1 e regs tipo 2 e 4

NU_OBITO	274	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE ÓBITO	Número da declaração de óbito quando o motivo de saída for óbito	Somente preenchido em caso de óbito para reg tipo 2
NU_NASC	285	1	NUMÉRICO	NÚMERO DE NASCIDOS	Quantidade de nascidos quando houver(No caso de natimorto o número total de nascidos deve ser informado)	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN1	286	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN2	297	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN3	308	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN4	319	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
NU_DN5	330	11	NUMÉRICO	DECLARAÇÃO DE NASCIDO	Número da declaração de nascido (No caso de natimorto deve ser informado '99999999999')	Somente preenchido no caso de parto para reg tipo 2
QT_UTI	341	3	NUMÉRICO	DIAS DE UTI	Número de dias de permanência do paciente em Unidade de Tratamento Intensivo, quando houver	
NU_PRONT	344	12	ALFA	NÚMERO DO PRONTUÁRIO	Número do prontuário do paciente	SIM para regs tipo 2 e 4
DT_CMPT	356	6	NUMÉRICO	COMPETÊNCIA (MMAAAA)	Mês e ano da alta do atendimento no formato (MMAAAA)	SIM para regs tipo 2,4 e 5
QTD_ATENDIMENTO	362	6	NUMÉRICO	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS PRESTADOS	Quantidade de atendimentos realizados	SIM para regs tipo 2,4 e 5
CO_MODALIDADE	368	2	NUMÉRICO	CÓDIGO DA MODALIDADE DO ATENDIMENTO	01 - Ambulatorial02 - Internação	SIM para regs tipo 2 e 4

TABELA DE FONTE DE REMUNERAÇÃO

CÓD	DESCRIÇÃO
1	Convênio Plano Privado
2	Particular Pessoa Física
3	Gratuito
4	Financiado com recurso próprio da SES
5	Financiado com recurso próprio da SMS

6	Convênio Plano Público
8	DPVAT
9	Particular Pessoa Jurídica

ANEXO XXIV

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL - SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Anexo 1)

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E FETAL - SÍNTESE, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Formulário padrão com a síntese da investigação de óbito infantil e fetal a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Dados de identificação do caso:

A) Número da DO:

B) Município/UF de residência da família:

C) Município/UF de ocorrência do óbito:

Parte I: Investigação do caso

1. Momento do óbito em relação ao parto: (1) Antes (2) Durante (3) Depois (9) Ignorado

1.1. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

1.2. Data e hora do óbito: ____ / ____ / _____ Hora: ___ :____

1.3. Idade no momento do óbito: _____ ( ) minutos, ( ) horas, ( ) dias, ( ) meses, ( ) anos

2. Fontes de informações da investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

(1) Entrevista domiciliar (2) Prontuários ambulatoriais (3) Prontuários hospitalares (4) SVO (5) IML (6) Registros do atendimento de urgência/emergência

3. Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal: (1) Não se aplica, pois não fez pré-natal

3.1. Nome:_____Código CNES:_____

Nome:_____Código CNES:_____

Nome:_____Código CNES:_____

3.2. Idade gestacional quando realizou a primeira consulta: em semanas ou meses (9) Ignorado

4. Local do parto: (1) Hospital (2) Domicílio (3) Via pública (4) No trajeto para o serviço de saúde (9) Ignorado

4.1. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome:_____Código CNES:_____

4.2. Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

4.3. Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL): (1) Sim (2)Não (3) Não se aplica

5. A criança era acompanhada na atenção básica (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

5.1. Estabelecimento de saúde onde a criança era acompanhada: (3) Não se aplica

Nome: _____ Código CNES:_____

5.2. A vacinação estava em dia: (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

6. A investigação alterou ou corrigiu a causa do óbito? (1) Sim (2) Não

7. Causas do óbito após a investigação

PARTE I:

Linha a): _____

Linha b): _____

Linha c): _____

Linha d): _____

PARTE II

Causa básica após a investigação

8. A investigação alterou ou corrigiu outro campo da Declaração de Óbito além das causas do óbito? (1) Sim (2) Não

8.1. Foram alterados campos do Bloco V da Declaração de Óbito e que alterações? (1) Sim (2) Não

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

8.2. Foram alterados outros campos da Declaração de Óbito e que alterações? (1)Sim (2)Não

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

9. A investigação alterou ou corrigiu campos da Declaração de Nascido Vivo? (1) Sim (2) Não

9.1. Quais campos e que alterações:

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Campo ____ Original _____ Após a investigação_____

Parte II: Análise do caso

10. Foram identificados problemas após a investigação? (1) Sim (2) Não

Assinalar com um X a alternativa mais adequada quanto à falha no acesso/falha na assistência

10.1. Planejamento familiar (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.2. Pré-natal (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.3. Assistência ao parto (1) Sim (2)Não (3)Inconclusivo

10.4. Assistência ao recém-nascido na maternidade (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.5. Assistência à criança no Centro e Saúde / UBS (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.6. Assistência à criança na urgência (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.7. Assistência à criança no hospital (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.8. Dificuldades da família (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

10.9. Causas externas (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo (4) Não se aplica

10.10. Organização do sistema / serviço de saúde

a) Cobertura da atenção primária (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

b) Referência e contrarreferência (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

c) Pré-natal de alto risco (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

d) Leito de UTI - gestante (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

e) Leitos de UTI Neonatal (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

f) Central de regulação (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

g) Transporte inter-hospitalar (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

h) Bancos de sangue (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

11.Este óbito poderia ter sido evitado? (1) Sim (2) Não (3) Inconclusivo

12.Assinale a classificação de evitabilidade para este caso (mais de uma classificação pode ser assinalada):

Wigglesworth (1) W1 (2) W2 (3) W3 (4) W4 (5) W5 (6) W6 (7) W7 (8) W8 (9) W9

SEADE (1) S1 (2) S2 (3) S3 (4) S4 (5) S5 (6) S6 (7) S7 (8) S8

Lista brasileira (1) 1.1 (2) 1.2.1 (3) 1.2.2 (4) 1.2.3 (5) 1.3 (5) 1.4 (6) 2 (8) 3

13.Data da conclusão do caso:

ANEXO XXV

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS (Origem: PRT MS/GM 72/2010, Anexo 2)

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS

As declarações de óbito com informação acerca de óbito infantil ou fetal deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

1. O hospital ou serviço onde ocorreu o óbito ou que emitiu a Declaração de Óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

2. O setor que processa os dados sobre os óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para os responsáveis pela vigilância de óbito infantil e fetal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme o fluxo definido em cada local e que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.

3. Os responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal da SMS iniciam imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto à SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso no estado ou Município, ou os instrumentos-padrão recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

4. Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações (Anexo I), e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM.

5. Simultaneamente ao encaminhamento da DO aos responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbito e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.

6. A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento;

7. Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8. Informar o resultado da investigação significa encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, devidamente preenchida.

9. O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará a síntese da investigação do óbito infantil e fetal no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em

aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento da Ficha, podendo ainda disponibilizar acesso para que os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais alimentem o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10. Caso a investigação aponte para a necessidade de alterar ou complementar a Declaração de Nascido Vivo (DN) ou a DO, estas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, elas devem passar por um processo de recodificação e nova seleção de causa básica. Outro tipo de alteração diz respeito à faixa etária do indivíduo no momento do óbito, podendo gerar revisões na classificação do tipo de óbito (fetal ou não fetal) no SIM.

ANEXO XXVI

PLANO DE DEMANDA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 1)

Plano de Demanda de Medicamentos e Insumos Estratégicos para Saúde																		
Período Contemplado:																		
Criado por:																		
Área Demandante:																		
Secretaria:																		
Demanda															Armazenagem			
-e -o	Custo Unitário	Moeda	Custo Estimado Total	Última Modalidade de Compra	Aquisição Vinculada ao PPA?	Funcional Programática	Nome da Ação	Nome do Último Fornecedor	Distribuição Direta do Fornecedor?	*Data da1ª entrega*	*Leadtime de Produção (em dias)*	*Característica de Armazenagem*	*Observações*	*Data deEntrega*	*Local de Entrega*	*Qu dad Ent*

ANEXO XXVII

TERMO DE REFERÊNCIA/CONTRATAÇÕES (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 2)

TERMO DE REFERÊNCIA/CONTRATAÇÕES

1) NATUREZA DA DEMANDA

( ) Insumo estratégico para saúde

( ) Serviço

2) ELEMENTO DE DESPESA

( ) material de consumo

( ) material permanente

( ) serviço comum

3) REGISTRO DE PREÇOS:

( ) SIM ( ) NÃO

Tendo em vista o Sistema Único de Saúde e a possibilidade de outros entes federativos necessitarem do insumo, opta-se por registro de preços.

4) CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO: Informar fonte de recurso/programa de trabalho. Em se tratando de Registro de Preços a informação do crédito orçamentário pode ser dispensada.

5) OBJETO: Definir de forma precisa, suficiente e clara o bem a ser contratado.

Indicar o código CATMAT/CADSER (verificar SIASG ou articular DESD- Mariana/CATMAT)

Código CATMAT verificar:

- se a descrição é completa e compatível com as características que constam no sistema SIASG;

- se a unidade de fornecimento está ativa;

- se o código não se refere ao CATMAT genérico;

- para objetos que não constam no CATMAT solicitar a catalogação.

6) CARACTERÍSTICA DO OBJETO: Elencar todas as características relevantes que o objeto deva ter para o devido atendimento das necessidades da Administração. Não podem ser excessivas, irrelevantes ou desnecessárias.

É vedado o direcionamento a uma determinada marca ou modelo, ou a um único concorrente.

A indicação de marca é hipótese excepcional, que deve ser tecnicamente justificada nos autos. Ademais, em sendo viável tecnicamente, deve a indicação da marca ser seguida pela expressão "ou similar".

7) QUANTITATIVO: Estabelecer o quantitativo com sua devida justificativa. No caso de aquisição de material deverá ser informado o consumo médio, o período de atendimento, e outros dados quantitativos, se for o caso.

8) JUSTIFICATIVA: Justificar pontualmente a necessidade da contratação e, se for o caso, indicar a base legal. Os detalhamentos devem constar no processo em documento anexo sem fazer menção ao TR.

9) FORMA DE FORNECIMENTO

( ) integral

( )parcelado. Neste caso indicar as parcelas e o quantitativo correspondente a cada entrega (cronograma).

Obs: Em se tratando de registro de preços, a Administração, caso entenda conveniente, poderá indicar o cronograma estimativo de contratações, sendo salutar a indicação de um único prazo para as entregas/prestação, a contar de cada contratação efetivada.

10) LOCAL E PRAZO DE ENTREGA: Cidade/UF de entrega do material e/ou realização do serviço. Estipular o(s) prazo(s), em dias após a assinatura do contrato, para a(s) entrega(s), indicando as respectivas parcelas, se for o caso.

No caso de aquisição centralizada, informar se Rio ou Bsb e se o medicamento necessita ou não de refrigeração.

11) CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO DO OBJETO: Detalhar condições de aceite do insumo (prazo de validade transcorrido, embalagem etc)

No caso de equipamentos, especificar os prazos de recebimento provisório e definitivo.

12) EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS (apenas qdo contratação de serviços)

Estabelecer todas as condições e a forma de prestação/execução dos serviços.

13) GARANTIA E ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Informar o prazo de garantia ou validade, a partir do prazo de garantia/validade praticado no mercado (se for o caso).

Informar as condições para a assistência técnica, se for o caso.

14) PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS (exclusivamente para serviços)

Apresentar planilha de custos e formação de preços que será usada pelos licitantes para apresentarem suas propostas, se for o caso, com a indicação de valor unitário para os itens que compõem a planilha.

15) AMOSTRA

Estipular (se for o caso) as condições e prazo de entrega da amostra (importa lembrar que, no pregão, a amostra somente poderá ser exigida do licitante provisoriamente vencedor).

Justificar a exigência da apresentação da amostra e estabelecer as condições de análise/aceitação da mesma.

Se o objeto a ser adquirido inviabilizar a entrega da amostra, a empresa deve permitir que o MS possa ver o equipamento instalado em local próximo ou verificar por meio de catálogo do equipamento, arcando com os custos de deslocamento de servidores do MS.

16) HABILITAÇÃO TÉCNICA

Indicar as exigências para habilitação técnica dos licitantes nacionais e estrangeiros, se for o caso, bem como do seu representante nacional.

É vedada a exigência de documentos que restrinjam o caráter competitivo (a documentação para a habilitação técnica deve observar o disposto no art. 30 da Lei n° 8.666/1993). (obs. O TCU e a CONJUR recomendaram que o CBPF não pode ser exigido na fase de habilitação técnica.

Elaborado por (autoridade administrativa ou técnico responsável, com indicação do nome completo, cargo, e matrícula SIAPE) Aprovo o presente Termo de Referência (autoridade superior competente, com indicação do nome completo, cargo e matrícula SIAPE).

ANEXO XXVIII

DESPACHO REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA SAÚDE - IES (Origem: PRT MS/GM 2710/2011, Anexo 3)

Despacho referente à solicitação de aquisição de Insumos Estratégicos para Saúde - IES.

Registro SIPAR nº:

Ao Serviço de Protocolo/MS,

Solicito abertura de processo com as informações a seguir, ajustadas no SIPAR:

Interessado: área técnica responsável pelo insumo

Assunto: Aquisição de IES - nome do insumo

Brasília, de de 2011.

FULANO DE TAL [cargo]

ANEXO XXIX

Proposta de Rotina para Estabelecer o PMA/MS PARA MEDICAMENTOS(Origem:PRT MS/GM 2710/2011,Anexo 4)

Proposta de Rotina para Estabelecer o PMA/MS PARA MEDICAMENTOS

1. Identificar o item de compra desejado - código CATMAT, princípio ativo e apresentação desejados - e a modalidade de aquisição adotada nas últimas ocorrências.

2. Identificar a existência de Preço Fábrica estabelecido para o objeto de compra desejado na relação CMED vigente e na relação vigente para o ano anterior.

I. Caso inexista Preço Fábrica

3. Levantar a existência de preços praticados, na modalidade contratualização, junto às áreas finalísticas para a apresentação do medicamento desejada.

4 Levantar preço para a apresentação de medicamento desejada - em bases internacionais (ver seção III) - a partir dos princípios ativos e nomes comerciais existentes.

5. Coletar as cotações de fechamento de venda em real para as moedas locais dos países pesquisados1 no período dos últimos 60 dias úteis e calcular as médias simples.

6 Empregar estas médias para converter os preços das apresentações observadas nas bases internacionais das moedas locais para o Real.

7. Adequar as unidades de fornecimento às unidades farmacológicas desejadas, observando o preço unitário correspondente à apresentação.

8. Para todas as modalidades de aquisição, adotar-se-á o PMA/MS, como o menor preço calculado, dados os procedimentos prévios, a partir das diferentes fontes consultadas.

II - Caso exista o Preço Fábrica

3. Apurar os menores e maiores preços, para a unidade farmacológica desejada, na relação CMED vigente e na relação CMED do ano anterior ao vigente.

4. Verificar a presença do item no rol de produtos vigente para aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços - CAP, de acordo com a Resolução CMED nº. 4, de 18 de dezembro de 2006.

1 Disponível no endereço eletrônico Disponível no endereço eletrônico do Banco Central em http://www.bacen.gov.br. Para as fontes de consulta aqui apontadas estas são o Euro, o Dólar dos Estados Unidos, o Dólar Australiano, o Dólar Canadense, o Dólar da Nova Zelândia e o Rande da África do Sul.

5. Extrair os registros de compra das bases de dados do SIASG (Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais) e do BPS (Banco de Preços em Saúde), utilizando-se filtros para: (i) o(s) código(s) CATMAT que apresentam a descrição técnica adequada2, e; (ii) o período de 1 ano que coincida com a relação CMED ao ano anterior ao vigente.

6. Desmembrar uma terceira base, a partir da base de dados do SIASG, contendo somente os registros de compra do DLOG/SE/MS.

7. Eliminar os registros de compra que apresentem inconsistências na unidade de fornecimento declarada (ex. Prednisona, 20mg em frascos de 500 mL ou CLINDAMICINA, 150 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL em comprimido) e aquelas unidades de fornecimento que não se adéqüem ao item de compra desejado3.

8. Adequar aquelas unidades de fornecimento não eliminadas e passíveis de adequação4. 9. Eliminar os registros de compra que apresentarem preço unitário superior ao maior PMVG5, quando este se aplicar, ou ao maior PF6, uma vez que Administração Pública não pode adquirir medicamentos acima destes valores.

9. Calcular para cada base (BPS, SIASG e SIASG-DLOG), separadamente, relativamente ao preço unitário, as variáveis: número de registros, coeficiente de variação (razão do desvio-padrão e média simples), menor e maior preço e média ponderada.

10. Quando identificada a modalidade de aquisição como "contratualização ou internacional", adotar- se-á o PMA como o menor PMVG, quando este se aplicar, ou o menor PF.

11. Quando identificada a modalidade de aquisição como "inexigibilidade ou licitação" e quando aplicável o CAP;

11.1 Se o item não possuir dois ou mais registros numa das bases, adotar-se-á o menor PMVG como PMA;

11.2 Se o item possuir dois ou mais registros numa das bases e a média ponderada das bases é menor que o menor PMVG, empregar-se-á a média ponderada da base que possui o maior

2 Para fim de consulta de preço e para definição do PMA/MS, pode-se consultar por códigos CATMAT ativos e inativos, para se obterem resultados de maior consistência. Dada característica técnica de cada objeto de compra, devese optar pela possibilidade de adequação ou eliminação do registro de compra.

4 Para exemplo, quando se deseja apurar preço unitário para unidade de luva descartável e se defronta com um registro de caixa de 100 unidades, para equiparação, multiplica-se a quantidade por 100 e dividi-se o preço unitário por 100, de modo que o valor total se mantém inalterado.

5 PMVG - Preço Máximo de Venda ao Governo.

6 PF - Preço Fábrica número de registros para apurar o PMA. Em caso de duas ou mais bases com o mesmo número de registros, empregar-se-á a menor média ponderada para apurar o PMA;

11.3 Se o item possuir dois ou mais registros numa das bases e a média ponderada das bases é maior que o menor PMVG, adotarse-á o menor PMVG como PMA.

12. Quando identificada a modalidade de aquisição como "inexigibilidade ou licitação" e quando não aplicável o CAP:

12.1 Se o item não possuir registros nas bases, adotar-se-á o menor PF como PMA;

12.2 Se o item possuir registros numa das bases e a média ponderada for menor que o menor PF, empregar-se-á a menor média ponderada para apurar o PMA;

13. Nos casos em que se empregou a média ponderada (e não o menor PF ou PMVG), apurar-se-á o percentual de desconto (razão da média ponderada e o menor PF ou PMVG - da relação CMED do ano anterior ao vigente -, subtraído de 1) e aplicar-se-á este percentual de desconto sobre o menor PMVG ou PF da relação CMED vigente.

III. Relação de algumas bases internacionais disponíveis para consulta

1) USA, medicamentos contratados entre o governo dos Estados Unidos da América e fornecedores para compras públicas federais, instituído sob o "Public Law 102-585, Veterans Health Care Act of 1992", U.S. Department of Veterans Affairs, disponível em http://www.http://www.pbm.va.gov/DrugPharmaceuticalPrices.aspx, acesso em 16/11/10;

2) AUS, medicamentos subsidiados pelo programa de seguridade social da Comunidade da Austrália - "Scheduleof Pharmaceutical Benefits" (atualizado em 01/11/2010), disponível em http://www.pbs.gov.au, acesso em 19/11/10;

3) CAN, medicamentos subsidiados pelo programa de seguridade social da Província do Quebec/Canadá - Régie de l'assurance maladie du Québec (atualizado em 14/10/2010), disponível em http://ramq.gouv.qc.ca/en.regie/lois/liste_med.shtml#, acesso em 17/11/10;

4) ESP, medicamentos incluídos no Sistema Nacional de Saúde espanhol - "Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad" -, disponível em http://www.msc.es/, acesso em 17/11/10;

5) FRA, medicamentos incluídos, aprovados e reembolsáveis pelo sistema de seguridade francês, disponível emhttp://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index.php?p?site=AMELI, acesso em 17/11/10 ;

6) GRC, medicamentos incluídos no Sistema Nacional de Saúde grego - Secretaria-Geral do Comércio, disponível em http://www.gge.gr, acesso em 19/11/10;

7) TA, medicamentos incluídos e aprovados pelo sistema de saúde italiano, disponível em http://www.agenzifarmaco.it/it/content/nuovi-prezzi-dei-farmaci-di-fascia-e-h-vigore-dal-01062010, acesso em 19/11/10;

8) NZL, medicamentos subsidiados e incluídos no programa de saúde da Nova Zelândia, disponível em http://www.pharmac.govt.nz/patients/Schedule, acesso em 19/11/10;

9) PRT, medicamentos aprovadosno sistema de saúde de Portugal, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED, acesso em 19/11/10;

10) ZAF, medicamentos registrados e estabelecidos pelo sistema de saúde da Africa do Sul, disponível em http://www.doh.gov.za/, acesso em 22/11/10;

11) OMS, preços de medicamentos informados por fornecedores, organizações de desenvolvimento internacionais e agências governamentais, consolidados em uma base de dados para consulta, disponível em http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=DMP&language=English, acesso em 19/11/10.

ANEXO XXX

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO E SUA CARACTERIZAÇÃO COMO UMA INFORMAÇÃO ACERCA DE UM CASO DE ÓBITO MATERNO (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 1)

Preenchimento da Declaração de Óbito e sua Caracterização como uma Informação Acerca de um Caso de Óbito Materno

O adequado preenchimento da Declaração de Óbito (DO) é o que fará com que esta seja caracterizada como uma notificação de óbito materno.

Todos os campos da declaração de óbito são importantes, mas dois conjuntos de informação integrantes do Bloco VI deste intrumento são essenciais para esta finalidade. São eles:

1 - Os campos relativos a óbitos em mulheres:

Campo 43 - o óbito ocorreu durante a gravidez, o parto ou o aborto?

Campo 44 - o óbito ocorreu durante o puerpério?

Uma resposta afirmativa a um desses campos caracteriza uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte.

2 - Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados:

Uma declaração que tenha informado em qualquer das linhas do atestado de óbito um ou mais dos diagnósticos abaixo elencados, deverá ser considerada uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte:

2.1 - Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10:

CAPÍTULO XV DA CID 10

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

O00-O08 Gravidez que termina em aborto

O00 Gravidez ectópica

O01 Mola hidatiforme

O02 Outros produtos anormais da concepção

O03 Aborto espontâneo

O04 Aborto por razões médicas e legais

O05 Outros tipos de aborto

O06 Aborto não-especificado

O07 Falha de tentativa de aborto

O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar

O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

O10 Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério

O11 Distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta

O12 Edema e proteinúria gestacionais [induzidos pela gravidez], sem hipertensão

O13 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa

O14 Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa

O15 Eclâmpsia

O16 Hipertensão materna não-especificada

O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

O20 Hemorragia do início da gravidez

O21 Vômitos excessivos na gravidez

O22 Complicações venosas na gravidez

O23 Infecções do trato geniturinário na gravidez

O24 Diabetes mellitus na gravidez

O25 Desnutrição na gravidez

O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente a gravidez

O28 Achados anormais do rastreamento ["screening"] antenatal da mãe

O29 Complicações de anestesia administrada durante a gravidez

O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto

O30 Gestação múltipla

O31 Complicações específicas de gestação múltipla

O32 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto

O33 Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita

O34 Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos

O35 Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas

O36 Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados

O40 Polihidrâmnio

O41 Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico

O42 Ruptura prematura de membranas

O43 Transtornos da placenta

O44 Placenta prévia

O45 Descolamento prematuro da placenta [abruptio placentae]

O46 Hemorragia anteparto não-classificada em outra parte

O47 Falso trabalho de parto

O48 Gravidez prolongada

O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto

O60 Parto pré-termo

O61 Falha na indução do trabalho de parto

O62 Anormalidades da contração uterina

O63 Trabalho de parto prolongado

O64 Obstrução do trabalho de parto devida à má-posição ou má-apresentação do feto

O65 Obstrução do trabalho de parto devida a anormalidade pélvica da mãe

O66 Outras formas de obstrução do trabalho de parto

O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto não classificados em outra parte

O68 Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal

O69 Trabalho de parto e parto complicados por anormalidade do cordão umbilical

O70 Laceração do períneo durante o parto

O71 Outros traumatismos obstétricos

O72 Hemorragia pós-parto

O73 Retenção da placenta e das membranas, sem hemorragias

O74 Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto

O75 Outras complicações do trabalho de parto e do parto não-classificadas em outra parte

O80-O84 Parto

O80 Parto único espontâneo

O81 Parto único por fórceps ou vácuo-extrator

O82 Parto único por cesariana

O83 Outros tipos de parto único assistido

O84 Parto múltiplo

O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O85 Infecção puerperal

O86 Outras infecções puerperais

O87 Complicações venosas no puerpério

O88 Embolia de origem obstétrica

O89 Complicações da anestesia administrada durante o puerpério

O90 Complicações do puerpério não classificadas em outra parte

O91 Infecções mamárias associadas ao parto

O92 Outras afecções da mama e da lactação associadas ao parto

O9 5- O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

O95 Morte obstétrica de causa não-especificada

O96 (*) Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto

O97 (*) Morte por seqüelas de causas obstétricas diretas

O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério

O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério

Observações:

O08 - Este código só deve ser usado para classificar morbidade

O30 - Não deve ser usado para codificação de causa básica

O32 - Não deve ser utilizado se houver menção de O33. Se isto ocorrer, usar O33

O33.9 - Não deve ser utilizado se houver menção de O 33.0-O 33.3. Nesses casos, usar a O33.0-O33.3

O64 - Não deve ser usado se houver menção de O 65. Se isto ocorrer, usar O 65

O80 - O84 Estes códigos não devem ser utilizados para classificar causa de morte, mas sim para morbidade. Se nenhuma outra causa de morte materna for informada, codifique como complicações não-especificadas de trabalho de parto e parto O75.9

O95 - Usar apenas quando não houver mais nenhuma informação e estiver escrito somente "materna" ou obstétrica.

(*) Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna devem ser investigados os óbitos codificados como O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Seqüela de Causa Obstétrica Direta).

2.2 - Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10 - algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas:

- tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I);

- osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII);

- transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V);

- necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV) -(**);

- mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) - (**); e

- doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.) - (*).

(**) Para estes casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.

É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento.

ANEXO XXXI

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS MATERNOS DECLARADOS, BEM COMO DE ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 2)

FLUXO ESPECIAL PARA DECLARAÇÕES DE ÓBITO COM INFORMAÇÃO ACERCA DE ÓBITOS MATERNOS DECLARADOS, BEM COMO DE ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

As declarações de óbito com informação acerca de óbito materno declarado, bem como os óbitos de mulher em idade fértil deverão seguir o fluxo e os prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade da Federação (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria:

1 - O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a Declaração de Óbito (DO) de óbito encaminha a primeira via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município.

2 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da primeira via da DO para a equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Regional ou a Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito.

3 - A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' - ficha B para coletar dados em domicilio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou do Instituto Médico Legal (IML), quando aplicáveis - ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

4 - Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, esses deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes do formulário padronizado, conforme o disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

5 - Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado.

6 - A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento.

7 - As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito.

8 - Informar o resultado da investigação epidemiológica significa:

a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município o relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; e

b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme o fluxo definido em cada UF.

9 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do relatório-sintese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local.

10 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a primeira atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão.

11 - Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as causas deverão ser indicadas e, no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem passar por um processo de recodificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna.

12 - Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão e a emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar suas conclusões ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM.

ANEXO XXXII

FORMULÁRIO PADRÃO COM O SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Anexo 3)

FORMULÁRIO PADRÃO COM O SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO

Formulário padrão com o sumário da investigação de óbito materno a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos - Confidencial:

Dados de identificação da investigação:

a) Número da DO:

b) Município/UF de residência da falecida:

c) Município/UF de ocorrência do óbito:

d) Data da conclusão da investigação:

1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

( ) Entrevista domiciliar, ( ) Registros ambulatoriais, ( ) Prontuários hospitalares, ( ) SVO, ( ) IML,

( ) Entrevistas com profissionais de saúde

1.1 O óbito ocorreu:

( ) durante a gestação, ( ) durante o abortamento, ( ) após o abortamento, ( ) no parto ou até uma hora após o parto, ( ) no puerpério (até 42 dias do término da gestação), ( ) entre o 43 dia e até um ano após o término da gestação, ( ) a investigação não conseguiu identificar o momento do óbito, ( ) mais de um ano após o parto (descartado o caso e encerrada a investigação), ( ) o óbito não ocorreu em nenhuma das circunstâncias acima mencionadas (descartado o caso e encerrada a investigação).

2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____

3.Resultado das gestações anteriores:

3.1 Nº de partos vaginais: (_____)

3.2 Nº de partos cesáreos: (_____)

3.3 Nº de abortamentos/perdas fetais (_____)

4. Data da última menstruação:

5. N° de consultas de pré-natal:

6. Data da primeira consulta de pré-natal:

7. Mês de gestação quando realizou a primeira consulta de pré-natal

8. Data da última consulta de pré-natal

9. Idade gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas):

10. Idade gestacional no momento do óbito (em semanas)

11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi: ( ) espontâneo ( ) induzido legalmente ( ) provocado ( ) não sabe

12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?

( ) parto vaginal ( ) cesariana ( ) não sabe

13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:

Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou o aborto

Nome: _____ Código CNES: _____

15. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?

( ) Não acrescentou nem corrigiu informação,

( ) Sim permitiu o resgate de novas informações

( ) Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente

16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original:

Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)

PARTE I:

16.1 Linha A): _____

16.2 Linha B): _____

16.3 Linha C): _____

16.4 Linha D): _____

PARTE II

16.5 Descrição e CID: _____
_____

17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:

( ) NÃO ( ) SIM

Caso afirmativo, quais campos e que alterações?

Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____Campo __ Estava ____ Investigação alterou para _____

18. O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna?

( ) SIM ( ) NÃO

19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo)

( ) SIM ( ) NÃO

20. O comitê de morte materna deu parecer?

( ) SIM ( ) NÃO

21. Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito corrigidas acima expressam o parecer do comitê de morte materna?

( ) SIM, ( ) NÃO, ( ) Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda, ( ) Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.

ANEXO XXXIII

PRÊMIO DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR (Origem: PRT MS/GM 935/2002, Anexo 1)

REGULAMENTO

I - Do Objeto do Prêmio

O objeto do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar é, em suas respectivas categorias - Nacional e Estadual - o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH, programas conduzidos pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS.

II - Das Categorias

São duas as categorias de concessão do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar:

-NACIONAL: será concedido as 10 (dez) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes no país, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários, e também o Prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que tiver a melhor avaliação no País, e

-ESTADUAL - concedido as 03 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que e que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários.

A instituição hospitalar premiada na Categoria Nacional não participará do Concurso na Categoria Estadual.

III - Dos Requisitos para o Concurso

-Ser hospital integrante do Sistema Único de Saúde;

-Ter realizado internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde no ano com um número mínimo de 20 (vinte) respostas à pesquisa de satisfação encaminhadas ao Ministério da Saúde.

A participação no Concurso para os hospitais que cumpram os requisitos supramencionados é automática, não necessitando, portanto, de inscrição prévia.

IV - Dos Critérios de Avaliação/Concessão

A pontuação para a classificação dos hospitais será o resultado da média ponderada dos itens:

1. Pesquisa de satisfação corresponderá a 60% dos pontos. Será atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do resultado às 05 (cinco) perguntas formuladas no cartão resposta da pesquisa de satisfação.

2. Sistema de Cartas corresponderá a 20% dos pontos. Será atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do quantitativo de denúncias recebidas pela Secretaria de Assistência à Saúde-SAS proporcionalmente ao número de cartas enviadas aos usuário do SUS.

3. PNASH corresponderá a 20% dos pontos. Será atribuído a cada hospital um valor com variação de 0 a 10 decorrentes do resultado do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, no componente que se refere a entrevistas com os pacientes realizadas no próprio hospital.

Serão premiadas aquelas instituições que, segundo suas categorias estabelecidas no item "Das Categorias" deste Regulamento, obtiverem os melhores escores de avaliação de seus usuários.

V - Do Prêmio e sua Entrega

O Prêmio de Qualidade Hospitalar, em suas respectivas categorias - Nacional e Estadual - será entregue uma vez por ano pelo Ministério da Saúde em cerimônia específica de premiação.

O Prêmio consistirá na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, de Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar na respectiva categoria - Nacional ou Estadual, referente ao ano de realização das pesquisas de satisfação.

ANEXO XXXIV

TABELA DE FORMA DE CONTRATAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1321/2016, Anexo 1)

Forma de Contratação com o Estabelecimento	**Forma de Contratação com o Empregador**	**Detalhamento da Forma de Contratação**	**Conceito**	**Referencia na RAIS**	**Outras Referências**	**Solicita CNPJ**	**Tipo de Forma de Contratação Aceito em Estabelecimentos com Natureza Jurídica**
01 VINCULO EMPREGATICIO	01 ESTATUTARIO EFETIVO	01 SERVIDOR PRÓPRIO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	NÃO	Grupo 1 (exceto 121-0, 122-8, 125-2, 126-0 e 127-9)
		02 SERVIDOR CEDIDO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público,			SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8

			regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.				
	02 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	02 PRÓPRIO	Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da Constituição Federal 1988; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
		03 CEDIDO	Empregado público, cedido por outro ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.			SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
	<03 CONTRATADO TEMPORÁRIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	<01 PÚBLICO	<Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT.	<95 - 96 - 97	<Lei nº 8.745/1993; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); art. 37, inciso ix da Constituição da República, outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	<NÃO	<Grupo 1, 201-1, 203-8
		<02 PRIVADO	<Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT.	<40 - 50 - 55 - 60 - 65 -70 - 75 - 80 - 90	<Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 (contrato prazo determinado); lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974 (temporário); decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); decreto nº 2.490, de 4 de fevereiro de 1998, outras legislações aplicáveis.	<NÃO	<Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5
	04 CARGO COMISSIONADO	03 SERVIDOR PÚBLICO PRÓPRIO	Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração Direta	35 + 30 - 31 -10	Art.37 da Constituição Federal 1988; lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais	NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8

			ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.		municipais ou estaduais.		
		04 SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO	Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração.	35 + 30 – 31 - 10		SIM	Grupo 1, 201-1, 203-8
		05 SEM VÍNCULO COM O SETOR PÚBLICO	Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com setor público.	35		NÃO	Grupo 1, 201-1, 203-8
	05 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.	10 - 15 - 20 - 25	Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (CLT).	NÃO	Grupos 2 (exceto 201-1, 203-8), 3, 4 e 5
02 AUTONOMO	09 PESSOA JURÍDICA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada.	Não se aplica	Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	10 PESSOA FISICA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	Não se aplica	Lei nº 8.212, de 11 de dezembro de 1990; lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	11 COOPERADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado à cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício.	Não se aplica	Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971; art. 442 do decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt). outras legislações aplicáveis.	SIM	Apenas 214-3
05 RESIDENCIA	01 RESIDENTE	01 PRÓPRIO	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento.	Não se aplica	Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981 (residência médica) / lei n° 11.129 de 2005 (residência multiprofissional), outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

			treinamento em serviço, com bolsa subsidiada por outro ente/entidade.				
06 ESTAGIO	01 ESTAGIARIO	01 PRÓPRIO	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Regido pela Lei nº 11.788/2008.	Não se aplica	Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 e outras legislações aplicáveis.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, por outro ente/entidade (pública ou privada). Regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

07 BOLSA	01 BOLSISTA	01 PRÓPRIO	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).	Não se aplica	Não regidos pela lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 SUBSIDIADO POR OUTRO ENTE/ENTIDADE	Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio).			SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
08 INTERMEDIADO	01 EMPREGADO PUBLICO CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da constituição federal 1988; outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3 e 5
	02 CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO / TEMPO DETERMINADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou pessoa jurídica por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT.	40-50-55-60-65-70-75-80-90-95-96-97	Público: lei nº 8.745/1993 e outras normas específicas e regulamentares; Privado: lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 (contrato prazo determinado) / lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974 (temporário); decreto nº 2.490, de 4 de fevereiro de 1998. outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	03 CARGO COMISSIONADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	35 ou 35+30 ou 35+31 ou 35+10	Art.37 da constituição federal 1988; lei 8.112 de 1990, outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3 e 5
	04 CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador intermediado vinculado a empregador pessoa	10-15-20-25	Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 e	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

			jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.		outras legislações aplicáveis		
	05 AUTONOMO	01 PESSOA JURÍDICA	Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermediador, proprietário/sócio de empresa privada.	Não se aplica	Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
		02 PESSOA FÍSICA	Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo.	Não se aplica	Lei nº 8.212, de 11 de dezembro de 1990; lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	06 COOPERADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador associado à cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde.	Não se aplica	Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971; art. 442 do decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (CLT)	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	07 SERVIDOR PUBLICO	01 CEDIDO	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social.	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
09 INFORMAL	01 CONTRATADO VERBALMENTE	00 NÃO SE APLICA	Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional).	Não se aplica	-	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	02 VOLUNTARIADO	00 NÃO SE APLICA	Profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita.	Não se aplica	-	NÃO	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
10 SERVIDOR PÚBLICO CEDIDO PARA INICIATIVA PRIVADA	01 SERVIDOR CEDIDO	00 NÃO SE APLICA	Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao	30 e 31	Art.37 da Constituição Federal 1988; Lei 8.112 de 1990; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

			Regime Geral de Previdência Social.				
	02 EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	00 NÃO SE APLICA	Empregado público, cedido por ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado.	10	Art.37 da Constituição Federal 1988; decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943 (clt); Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000; outras leis específicas federais, municipais ou estaduais.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5
	03 CARGO COMISSIONADO	00 NÃO SE APLICA	Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta.	35 ou 35+30 ou 35+31 ou 35+10	Art.37 da constituição federal 1988; lei 8.112 de 1990, outras leis específicas municipais ou estaduais e outras legislações aplicáveis.	SIM	Grupos 1, 2, 3, 4 e 5

ANEXO XXXV

CONJUNTO DE DADOS E EVENTOS REFERENTES AOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) (Origem: PRT MS/GM 957/2016, Anexo 1)

CONJUNTO DE DADOS E EVENTOS REFERENTES AOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

POSIÇÃO ESTOQUE
Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*
Código de identificação do produto4
Quantidade do produto em estoque do último dia do mês
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto1;3
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto1

ENTRADAS
Código do CNES do estabelecimento que registrou a entrada
Código de identificação do tipo de estabelecimento3
Código de identificação do produt3
Número do CNPJ do fabricante3
Número documento fiscal ou simples remessa
Lote
Valor monetário unitário do produto adquirido

Data de validade do produto
Quantidade do produto recebida
Programa de saúde vinculado ao produto 1;3
Quantidade do produto recebida
Data recebimento do produto
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto1
Número do CNPJ do distribuidor3
Tipo de entrada do produto no estoque3

SAÍDAS
Código do CNES do estabelecimento que registrou a saída
Código de identificação do tipo de estabelecimento3
Código de identificação do produto3
Número do CNPJ do fabricante3
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto1;3
Lote
Data de validade do produto
Programa de saúde vinculado ao produto1;3
Quantidade da saída do produto
Data de saída do produto
IUM (Identificador Único de Medicamento) do produto[1]
Código do CNES do estabelecimento destino
Tipo de saída do produto no estoque[3]

DISPENSAÇÕES
Código do CNES ou CNPJ2 do estabelecimento que registrou a dispensação
Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário SUS
Peso e altura do usuário SUS4
CID-104
Código de identificação do produto3
Programa de saúde vinculado ao produto1;3
Lote
Data de validade do produto
IUM (Identificados Único de Medicamentos) do produto1
Quantidade dispensada do produto3
Data de dispensação do produto3
Competência da dispensação4

Código do CNS do profissional solicitante4
Número do registro no CRM do prescritor2;4
UF do CRM do prescritor2;4

AVALIAÇÕES DEFERIDAS**
Quantidade avaliada por competência do LME
Código do Procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Único de Saúde
Data da avaliação
Código do CNES do estabelecimento avaliador
Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do usuário SUS
Avaliação de Adequação3

**Conforme § 1º do Art. 2º

1 Dados não obrigatórios.

2 Dados que compõem o conjunto do Programa Farmácia Popular.

3 Instruções sobre os dados: www.saude.gov.br/eixoinformacao.

4 Dados específicos para medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

ANEXO XXXVI

REGULAMENTO DO PRÊMIO SÉRGIO AROUCA DE GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I
DO OBJETIVO
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º O Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS tem por objetivo incentivar a gestão participativa, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Gestão Participativa - ParticipaSUS (Anexo II), por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatem e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 1º)

CAPÍTULO II
DA PROMOÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 2º O Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS é uma promoção da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DAS CATEGORIAS
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 3º O Prêmio está organizado em duas categorias: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º)

I - Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, que relatem e analisem experiências de gestão participativa, acumuladas em pelo menos 1 (um) ano de duração, em serviços, organizações ou sistemas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, I)

II - Trabalhos Acadêmicos, em forma de artigo, sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Os Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e os Trabalhos Acadêmicos apresentados para concorrer ao prêmio deverão ser inéditos, isto é, não terem sido publicados em meio impresso ou eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A categoria Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas é aberta a gestores do SUS, profissionais de saúde, usuários do SUS, conselheiros de saúde, estudantes e outros interessados na apresentação de experiências vivenciadas como gestores, integrantes de equipes, conselheiros, usuários, pesquisadores ou observadores externos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º A categoria Trabalho Acadêmico sobre o tema da gestão participativa no SUS é aberta a pesquisadores e estudiosos, para apresentação de artigos inéditos referentes à temática de gestão participativa, sendo aceitas diversas abordagens como, por exemplo, revisão bibliográfica; reflexão crítica, conceitual e experimental, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 5º)

CAPÍTULO IV
DAS INSCRIÇÕES
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º As inscrições serão para cada uma das categorias: Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e Trabalhos Acadêmicos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas e os Trabalhos Acadêmicos devem ser inscritos em nome do(s) autor(es), pessoa(s) física(s), ainda que se refiram a experiências desenvolvidas por uma ou mais organizações. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º As inscrições devem ser feitas por intermédio dos endereços eletrônicos: www.saude.gov.br/premiosergio arouca e www.conasems.org.br, mediante: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º)

I - preenchimento da ficha de inscrição; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - inserção do trabalho no sistema, sem identificação de autoria, observando o limite de 30 (trinta) laudas, não sendo admitida nenhuma ilustração, gráficos ou tabelas; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - os autores cujos trabalhos forem selecionados pelo processo avaliativo deverão remeter, no prazo a ser estipulado, uma versão final do trabalho, via e-mail, comportando ilustrações, gráficos e tabelas, e não deve ultrapassar 30 laudas; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - para a categoria Experiências Bem-Sucedidas, o trabalho completo deve obedecer à seguinte estrutura de texto: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV)

a) título; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, a)

b) introdução (contextualização, justificativa e coerência com as Marcas e Diretrizes do ParticipaSUS); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, b)

c) objetivo da experiência; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, c)

d) apresentação da experiência (a apresentação deverá contemplar as características do processo adotado: atores envolvidos, abrangência da experiência, descrição do processo e métodos utilizados); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d)

1. potencial inovador com as Marcas e Diretrizes do ParticipaSUS; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d, 1)

2. caráter multiplicador (ações que poderão garantir ou permitir a continuidade/ampliação da experiência e dificuldades encontradas); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, d, 2)

e) resultados e discussão; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, e)

f) conclusões; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, f)

g) referências bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, IV, g)

V - na categoria Trabalhos Acadêmicos, a estrutura do trabalho completo deve contemplar os seguintes tópicos: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V)

a) título; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, a)

b) introdução (apresentação do trabalho e objetivo); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, b)

c) justificativa (relevância e contribuição do trabalho para o ParticipaSUS);(Origem: PRT MS/GM 836/2005,Anexo 1, Art. 7º, V, c)

d) revisão de literatura; (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, d)

e) desenvolvimento (método, processo, resultados e discussão); (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, e)

f) conclusões; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, f)

g) referencias bibliográficas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, V, g)

Parágrafo Único. Inscrições de Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas ou Trabalhos Acadêmicos que não observem um ou mais itens do art. 7 serão excluídas e não participarão da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Cada autor poderá inscrever-se, no máximo, com 3 (três) trabalhos, incluindo co-autoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO V
DOS PRAZOS
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 9º As inscrições estarão abertas no período de 29 de abril de 2005 a 20 de junho de 2005. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. A relação dos trabalhos selecionados será divulgada no dia 1° de agosto de 2005, nos endereços eletrônicos: www.saude.gov.br/premiosergioarouca e www.conasems.org.br (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. A cerimônia de premiação será realizada em agosto de 2005, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 11)

CAPÍTULO VI
DA AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 12. A Comissão de Avaliação será composta por avaliadores convidados pelo Comitê Executivo, entre profissionais de reconhecida capacidade e experiência no campo da saúde e da gestão participativa, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12)

I - analisar e pontuar os trabalhos segundo os critérios pré-definidos pelo Comitê Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12, I)

II - contribuir para a classificação dos finalistas. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 12, II)

Art. 13. É vedada a participação dos integrantes do Comitê Executivo e da Comissão de Avaliação como candidatos ao Prêmio, em quaisquer categorias, na condição de autor ou coautor. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 13)

CAPÍTULO VII
DA PREMIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 14. Serão conferidos diplomas e prêmios de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) para 5 (cinco) Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, classificados pela Comissão de Avaliação, para premiação entre os 15 (quinze) selecionados em sua categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 14)

Art. 15. Será conferida Menção Honrosa aos 10 (dez) Artigos sobre Experiências Bem-Sucedidas, entre os 15 (quinze) trabalhos selecionados nessa categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 15)

Art. 16. Serão conferidos diplomas e prêmio de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) aos 5 (cinco) Trabalhos Acadêmicos classificados pela Comissão de Avaliação, para premiação entre os 15 (quinze) selecionados em sua categoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 16)

Art. 17. Será conferida Menção Honrosa aos 10 (dez) Trabalhos Acadêmicos, na forma de Artigo, selecionados entre todos os trabalhos regularmente inscritos em sua categoria, por meio de pontuação pela Comissão de Avaliação. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 17)

Art. 18. Os diplomas e os prêmios serão entregues ao autor identificado como autor principal na ficha de inscrição, inclusive na existência de coautoria. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 18)

Parágrafo Único. Nos diplomas constarão os nomes de todos os autores. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Os 5 (cinco) trabalhos premiados em cada categoria serão publicados pelo Ministério da Saúde e o CONASEMS, e todos os selecionados participarão do Seminário e da Mostra Nacional de Gestão Participativa. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 19)

CAPÍTULO VIII
DOS RECURSOS
(Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VIII)

Art. 20. O Comitê-Executivo é a instância máxima de recursos. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 20)

Art. 21. O prazo para interposição de recurso será de 2 (dois) dias úteis após a divulgação da relação dos trabalhos vencedores. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 21)

Art. 22. Admitir-se-á um único recurso por candidato, devidamente fundamentado, sendo desconsiderado recurso de igual teor. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 22)

Art. 23. Os recursos deverão ser enviados para o correio eletrônico premiosa@saude.gov.br e estes estarão sob responsabilidade do Comitê-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 23)

Art. 24. O recurso interposto fora do respectivo prazo não será aceito, sendo considerada, para tanto, a data da confirmação do recebimento do recurso, esta será através de mensagem eletrônica resposta enviada pelo Comitê-Executivo. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 24)

Art. 25. Não serão aceitos recursos interpostos por outro meio que não seja o especificado neste Edital. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 25)

Art. 26. Os recursos interpostos em desacordo com as especificações contidas neste Capítulo não serão avaliados. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 26)

Art. 27. As decisões dos recursos serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 1, Art. 27)

ANEXO XXXVII

MARCAS DA POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA (Origem: PRT MS/GM 836/2005, Anexo 2)

MARCAS DA POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde como responsabilidade do Estado.
Construção de um pacto de promoção da gestão participativa entre as três esferas de governo.

Ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS, de forma a garantir sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Adoção de mecanismos e práticas de gestão participativa, nas três esferas de gestão do SUS, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Estímulo a mecanismos de escuta e interação permanente entre gestores e prestadores com os trabalhadores de saúde e os usuários do SUS de forma que suas opiniões, percepções e demandas sejam valorizadas nos processos de gestão.

Valorização e fortalecimento dos mecanismos instituídos para controle social no SUS incluindo Conselhos de Saúde e Conferências.

Efetivação de conferências de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional, como instrumentos para a formulação das respectivas políticas de saúde.

Promoção de espaços compartilhados de atuação que envolvam outros setores de governo comprometidos com a produção de saúde, construindo práticas de articulação intersetorial.

DIRETRIZES DE GESTÃO PARTICIPATIVA PARA O SUS:

1. Promover a ampliação dos direitos da população à saúde, comprometendo a sociedade e os distintos setores de governo com a produção de saúde e com o SUS.

A avaliação dos avanços e retrocessos do processo da Reforma Sanitária Brasileira constitui iniciativa estratégica para a sua consolidação. Nessa direção, serão promovidos estudos que recuperem o conceito de saúde ampliado, nos moldes defendidos pela Reforma, assim como estudos que contribuam para a identificação dos problemas e dificuldades na implementação do SUS.

A exigibilidade do direito à saúde requer que a população se aproprie da consciência sanitária, assim como dos princípios, diretrizes e avanços do SUS. Nesse sentido particular, deverão ser desenvolvidas ações de mídia, difundindo informações sobre o direito à saúde, ao SUS e ao controle social. Com o mesmo objetivo serão promovidos periodicamente, eventos que contribuam para a consolidação da reforma sanitária e do SUS. Igual ênfase será dada à formação dos profissionais de saúde no tocante à apropriação desses conhecimentos e valores sociais.

Para garantir a consolidação do SUS como política de inclusão social e conquista popular, serão estimulados novos mecanismos de participação social.

A estratégia da intersetorialidade torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que esta é o produto resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, na formulação, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

No contexto da intersetorialidade, deverão ser estimulados também os mecanismos de envolvimento da sociedade, promovendo sua participação nos processos decisórios sobre sua qualidade de vida e saúde.

2. Construir um pacto de Gestão Participativa comprometendo as três esferas de governo com a implementação da Política de Gestão Participativa, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Os princípios e diretrizes da Política de Gestão Participativa deverão constituir práticas transversais, mediando os processos cotidianos do SUS, e ser adotados pelo conjunto dos serviços e instâncias do sistema.

Dessa forma, deverão ser introduzidos aos novos pactos de gestão as praticas e os mecanismos participativos, entendendo que essa estratégia contribui para a constituição do modelo de atenção à saúde comprometido com as necessidades e as demandas da população, a universalização do acesso, a eqüidade e a integralidade da atenção. A ampliação dos mecanismos de deliberação colegiada com participação social aproxima os interesses dos diversos atores da saúde, permite o diálogo entre eles e resulta em mais chances para a constituição do modelo de atenção adequado a cada território.

As Comissões Intergestores, no âmbito federal (Tripartite) e estadual (Bipartites), sob as diretrizes dos respectivos conselhos de saúde e as indicações das conferencias de saúde, podem ser caracterizadas, no presente, como as principais instâncias de decisões compartilhadas e, portanto, fóruns inegáveis de pactuação na gestão da saúde.

Deverão ser estimulados a criação e o fortalecimento de outras instâncias e de decisão conjunta, nas diversas modalidades como as plenárias regionais, mesas de negociação, câmaras setoriais, comitês técnicos e colegiados de gestão integrantes de cada instituição e órgão do SUS.

Entre os processos participativos de gestão, destacam-se os conselhos gestores, que devem estar integrados à dinâmica funcional de cada instituição e órgão do SUS. Representam um dos mecanismos de gestão promotor da co-responsabilidade, ao integrar os segmentos de trabalhadores da saúde, usuários e gestores do SUS na condução das práticas de saúde.

Nessa perspectiva, promover-se-á a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais, hospitalares, públicos, conveniados e contratados.

Ainda como participação imprescindível na constituição do pacto de gestão participativa, deverão ser desenvolvidas articulações especiais com o Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário, nas diferentes esferas de gestão do SUS.

Para estimular novos mecanismos de gestão participativa serão disseminadas as experiências municipais, regionais e estaduais bem-sucedidas, por meio de uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições envolvendo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS.

Outras iniciativas deverão ser promovidas pela Secretaria de Gestão Participativa que visem estimular, acelerar, avaliar e aperfeiçoar as práticas de gestão participativa. Nesse sentido, será estruturada uma Rede Nacional de Observatórios de Gestão Participativa do SUS, para acompanhamento estratégico e divulgação de políticas, ações e programas governamentais.

As experiências municipais bem-sucedidas de gestão participativa deverão ser reconhecidas nacionalmente por meio de premiação criada especificamente para tal fim. Além disso, serão estimulados estudos e pesquisas acadêmicas sobre o tema, que constitui prioridade da Agenda de pesquisas do Ministério da Saúde.

Deverão ainda ser utilizados outros instrumentos de divulgação sobre gestão participativa, tais como periódicos nacionais e edição de vídeos.

3. Ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre sua saúde, sobre o SUS e os direitos sociais.

Trata-se de socializar informações sobre os princípios, diretrizes, mecanismos de financiamento e gestão do SUS, instrumentalizando a população para defender o direito à saúde.

Dessa forma, diferentes meios de comunicação deverão ser utilizados para difusão, à população, de conteúdos informativos sobre a saúde e o SUS e seus mecanismos de gestão. Ainda serão estimuladas novas formas de acesso da população a essas informações e promovidos novos espaços para a escuta, o diálogo, a articulação e a sensibilização entre gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

Ênfase especial será dada aos movimentos sociais organizados que, por meio de um processo de sensibilização sobre processos de saúde e doença e sobre o funcionamento do SUS, deverão participar como parceiros e multiplicadores desses processos junto à população.

A articulação de redes de movimentos sociais pelo direito à saúde e à qualidade de vida e de apoio ao SUS, além de ampliar a rede social em defesa da saúde permite ainda aperfeiçoar o processo de controle social.

Para tanto, serão desenvolvidos processos de sensibilização para que se instale capacidades em controle social das políticas de saúde e em defesa do SUS, especialmente em regiões mais excluídas e entre grupos sociais com menor participação em saúde: mulheres, negros, gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais (GLTB); indígenas e população rural, entre outros.

Para a divulgação de conhecimentos, das ações dos conselhos de saúde e sensibilização da população, deverá ser dado prioridade ao uso da mídia televisiva e radiofônica, nesta, com destaque para as rádios comunitárias. Com essa finalidade será também promovida a sensibilização de programadores e radialistas de emissoras de rádio, entre outros.

O código de proteção dos usuários de saúde configurará instrumento privilegiado tanto para a melhoria contínua das ações e serviços de saúde, quanto para a participação social. Para tanto, deverão ser implementadas as medidas necessárias ao seu estabelecimento, mediante uma articulação com o Congresso Nacional, com os gestores e as instâncias formais de participação social no SUS.

Paralelamente ao estabelecimento do código, serão tomadas as providências para sua implementação plena, bem como para o atendimento e a resolução das demandas dela advinda. Nesse aspecto, serão buscadas a cooperação e a integração com os órgãos envolvidos com a questão, entre os quais o Ministério Público.

4. Fortalecer e qualificar as instâncias de participação da sociedade civil e do controle social.

A criação de mecanismos e estratégias para fortalecimento da representatividade do controle social no SUS é uma prioridade de atuação, tanto em relação aos Conselhos de Saúde quanto em relação às Conferências de Saúde e outras formas de participação social.

Deverão ser implementados processos de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos Conselhos de Saúde e por outras instâncias organizadas de representação social, como também adotadas metodologias de monitoramento e avaliação do controle social no SUS.

Para tanto, será estabelecido o perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no País e um banco de dados que subsidie a criação de um sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Também serão desenvolvidos processos de monitoramento, comportando análises referentes à atuação, à composição, dos mecanismos de escolha dos membros, à interação com os segmentos que representam, ao grau de institucionalização, à regularidade de funcionamento e à interação com os mecanismos de participação da sociedade.

Paralelamente, será criado o sistema de informação em controle social em saúde.

O processo de educação permanente de conselheiros de saúde, delegados das conferências e das entidades representativas da sociedade civil, a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informações entre Conselhos de Saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem-sucedidas desses Conselhos, são estratégias de fortalecimento dessas instâncias.

Deverá ser consolidado o caráter deliberativo dos Conselhos, na busca de meios que assegurem as condições operacionais e políticas para sua qualificação e seu aperfeiçoamento.

Para dar continuidade ao processo de desenvolvimento do controle social no SUS, é de fundamental relevância que sejam adotadas medidas para melhorar o trabalho dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, serão acionados os meios necessários para a efetiva implementação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, assegurando-lhes condições adequadas de funcionamento.

Serão promovidas Plenárias Regionais de Conselhos de Saúde para estímulo à participação no processo da regionalização da atenção integral à saúde.

Alem disso, a promoção de conferências, a divulgação dos compromissos e o acompanhamento das recomendações oriundas dessas conferências constituem estratégias prioritárias.

5. Qualificar as relações e ampliar os canais de comunicação entre os gestores do SUS, os trabalhadores da saúde que compõem a equipe de atenção, e os usuários, fundamentados em valores da humanização e da solidariedade e promover a co-responsabilidade destes com o processo de produção social da saúde, de garantia do acesso integral e da eqüidade.

Serão promovidos novos espaços para a escuta, o diálogo, a articulação e a sensibilização dos trabalhadores da saúde, prestadores, usuários e gestores do SUS, na constituição de processos de gestão participativa na saúde. Esses processos, caracterizados pela co-responsabilidade entre seus diferentes atores, devem confluir para a formação da cultura da solidariedade, gerando mudanças nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários e melhorando a produção da saúde individual e coletiva.

Nesse sentido, deverão ser incorporados os princípios e diretrizes traçados pela Política Nacional de Humanização, como eixo norteador das práticas de atenção e gestão e para a produção de um novo tipo de interação entre esses atores.

Os processos de participação social e de gestão participativa já em desenvolvimento e novos mecanismos de interação permanente entre gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários do SUS deverão ser estimulados, de forma que sejam adotadas atitudes de co-responsabilidade de todos esses atores na promoção da saúde.

Nesse sentido, os espaços compartilhados de controle social e de gestão do SUS deverão assumir o desafio de formação de uma cultura de co-responsabilidade, estruturada na concepção da saúde como bem público, direito social e dever do Estado, incluindo governo e sociedade.

6. Promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e participação popular na saúde e apoiar instâncias organizadas de representação social.

A consolidação do SUS como política de efetiva universalização dos direitos de cidadania exigirá, o estágio atual, o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e a busca de novos canais de escuta da população. Outras formas de participação deverão ser desenvolvidas nos campos da co-gestão, da gestão colegiada, e de ouvidorias, entre outros.

Serão propostas novas formas e novos métodos de mobilização social, por meio da identificação de grupos vulneráveis e territórios estratégicos prioritários para o desenvolvimento de iniciativas que motivem a população e as instâncias organizadas de representação social a participarem da gestão do SUS.

Nesse sentido, serão desenvolvidos seminários de gestão participativa no SUS, em regiões metropolitanas e macrorregiões, para a constituição de processos decisórios participativos de planos regionais de saúde, na perspectiva das necessidades da população, que se expressem em uma agenda pública de metas sociais em saúde compartilhadas pelos parceiros locais e regionais.

7. Realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS.

A implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS constitui parte dos novos desafios para a gestão participativa.

Nesse aspecto, deverá ser estabelecida a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e apoiada a implantação e o desenvolvimento de estruturas similares em estados e municípios. O conjunto de Ouvidorias em Saúde deverá atuar de forma integrada e sistêmica. Esse processo de configuração de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS em nível nacional, nos estados e nos municípios, requer desenvolvimento no estabelecimento de modelos tecnológicos de serviços de ouvidoria e de padrões para a escuta espontânea, o processamento e o tratamento das demandas.

Além disso, novas metodologias para escuta ativa da população deverão ser adotadas. Nesse sentido, serão desenvolvidos processos permanentes de captação de opiniões e de aferição da percepção do usuário acerca do desempenho e da qualidade dos serviços de saúde.

O desenvolvimento desses estudos e dos métodos de análise das informações, mediante parcerias com instituições de ensino-pesquisa, produzirão insumos de relevância para a efetivação das políticas de saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

Secretaria de Saúde

Departamento de Odontologia

MANUAL DE SAÚDE BUCAL

Protocolo de agendamento da consulta odontológica

Versão 03

TOLEDO

2023

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO..... 04

2- AGENDAMENTO..... 05

2.1- Primeira Consulta Odontológica Programática..... 06

2.1.1- Usuário Novo..... 07

2.1.1.1- Primeira consulta do usuário chamado da Lista de Espera..... 07

2.1.1.2- Grupos prioritários..... 07

2.1.2- Revisão de usuário com carteirinha..... 07

2.1.2.1- Preenchimento da carteirinha..... 09

2.2- Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica Exceto Médico..... 11

2.2.1- Retorno..... 12

2.2.2- Revisão de usuário com carteirinha..... 12

2.2.3- Demanda espontânea sem dor..... 12

2.2.4 - Retirada de ponto/sutura..... 14

2.2.5 - Contrarreferência do CEO na UBS com Equipe de Saúde Bucal..... 14

2.2.6 - Contrarreferência do CEO na UBS sem Equipe de Saúde Bucal..... 14

2.3- Atendimento de Urgência na Atenção Básica..... 15

2.4- Pré – consulta e informações da chegada e falta do paciente..... 15

2.5- Consulta Atendimento Domiciliar Na Atenção Básica..... 15

2.6 - Particularidades do Atendimento Odontológico..... 16

2.6.1- Protocolo de atendimento odontológico nos CERTIS.....*16*

2.6.2- Crianças acima de 36 meses, adultos e idosos..... 16

2.6.3- Usuários de outra UBS sem dor..... 17

2.6.4- Faltante..... 17

2.6.5- Mês de revisão atrasado..... 18

2.6.6- Carteirinha antes do mês de revisão..... 18

2.6.7- Encaminhamento Odontológico de uma UBS para outra UBS..... 18

2.6.7.1- Chamado da lista de espera..... 18

2.6.7.2- Atendimento de Urgência..... 19
3 - LISTA DE ESPERA..... 19
4- ESTRUTURA DA AGENDA DO ODONTÓLOGO..... 20
5 -ESTRUTURA DA AGENDA DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL..... 23
6- ENCAMINHAMENTOS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS..... 24
6.1- Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo dentista da UBS..... 24
6.2- Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo médico (UBS, UPA, PAM, CISCOPAR)..... 24
6.3- Encaminhamento e solicitação de agendamento para o Hospital Bom Jesus..... 24
7- REGISTRO DAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS..... 25
REFERÊNCIAS..... 26

1-INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal aponta nos seus princípios norteadores, a ampliação e a qualificação da assistência. Isso significa organizar o processo de trabalho, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias, e outras sequelas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018).

A agenda dos profissionais torna-se recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não) (BRASIL, 2013). Ela deve ser compartilhada entre os membros da equipe de saúde. O planejamento e a organização da agenda são importantes, assim como também é indispensável o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda (BRASIL, 2013).

A organização das atividades da Equipe de Saúde Bucal (ESB) deverá ser orientada de forma a garantir ações que sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, e ações que devem ser direcionadas a atividades coletivas, como atividades de promoção de saúde, atendimentos domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais, reuniões, entre outras.

Este protocolo é resultado de um modelo de agendamento da consulta odontológica elaborado pela coordenação da saúde bucal e submetido a apreciação e deliberação através de reuniões com as ESB, enfermeiros, gerentes e assistentes administrativos da Atenção Básica do município de Toledo.

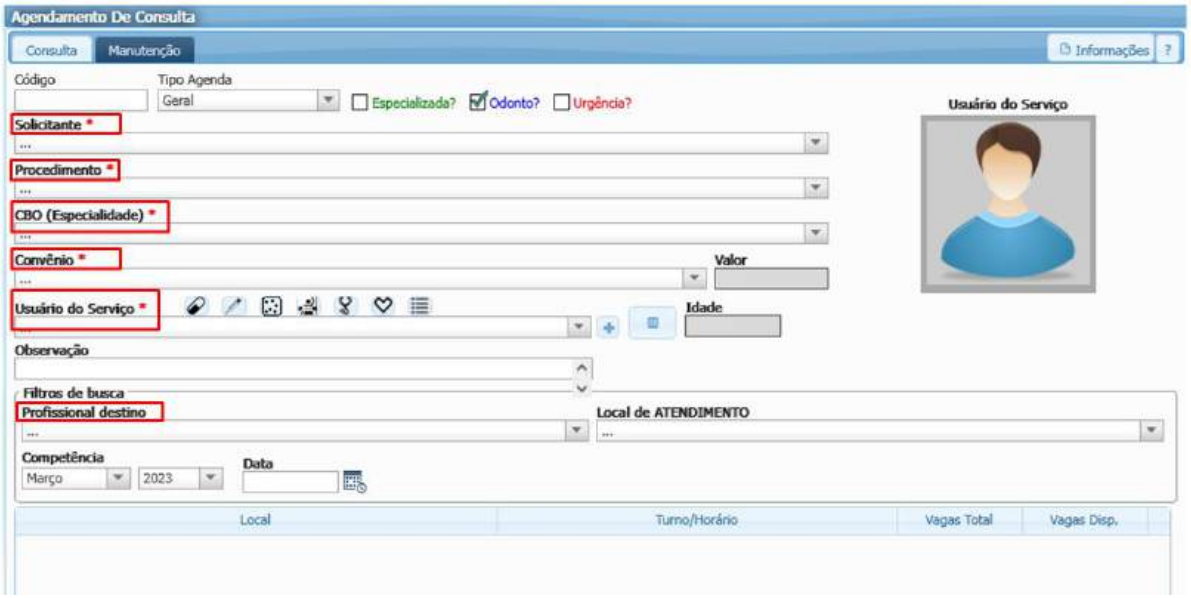
O protocolo tem como objetivo orientar e padronizar o agendamento dos usuários que buscam o atendimento odontológico, assim como otimizar os horários de atendimentos dos profissionais das ESB.

2- AGENDAMENTO

Para agendamento de consultas odontológicas através do SIGSS deve seguir o passo a passo:

Atendimento → **Consulta Rápida** → **Novo**

Na tela de Agendamento de Consulta- Rápida, selecionar a opção "**Odonto**" e escolher: Local do atendimento (UBS), Procedimento (tipo de consulta), CBO do profissional, convênio (automático), nome do usuário e nome do profissional.



Após inserir o nome do profissional a agenda do profissional estará disponível para escolher a data e horário. Para finalizar o agendamento deverá clicar em "Gravar". Para imprimir a guia de consulta clicar em "Imprimir Guia".

Existem 4 opções de consultas odontológicas para odontólogo e 1 opção para profissional de nível médio (para Técnico em Saúde Bucal- TSB).

- Tipos de Consultas para Odontólogo:

03.01.01.015-3 - Primeira Consulta Odontológica Programática

03.01.01.003-0 - Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico

03.01.06.003-7 - Atendimentos de Urgência em Atenção Básica

03.01.01.013-7- Consulta atendimento domiciliar na Atenção Básica

- Tipo de consulta para profissional de nível médio (TSB):

0099970079 - Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio

2.1- Primeira Consulta Odontológica Programática

A primeira consulta tem a finalidade de iniciar o tratamento, será realizado o exame bucal, plano de tratamento e estratificação de risco. Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) ou Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).

Agendar a opção Primeira Consulta Odontológica Programática para as seguintes situações:

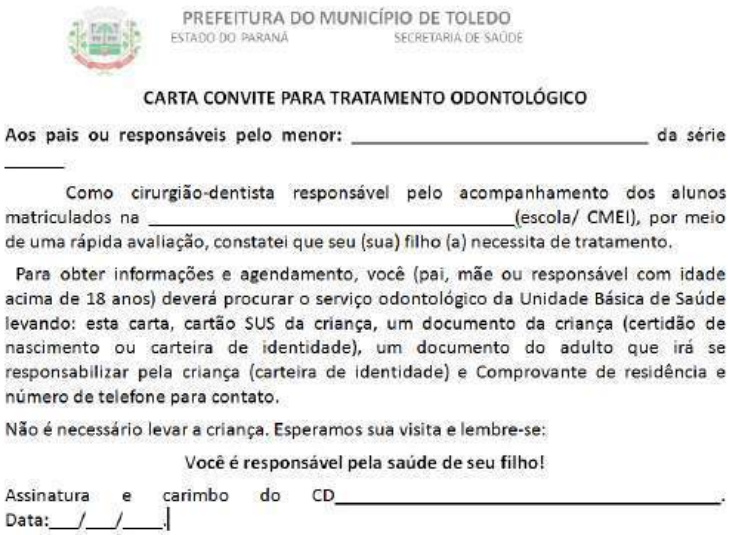
2.1.1- Usuários Novos: consideramos usuário novo aquele que busca pela primeira vez o atendimento odontológico eletivo na UBS, nesse caso o usuário ainda NÃO tem a carteirinha odontológica. As seguintes situações serão consideradas:

2.1.1.1- Primeira consulta do usuário chamado da Lista de Espera: para início de tratamento.

2.1.1.2- Grupos prioritários: agendamento no momento da procura pelo atendimento.

- Crianças de 0 – 36 meses (Puericultura)
- Crianças com Carta Convite da Escola (PSE)
- Gestantes
- Deficientes Físico e Mental
- Usuário alto risco estratificado pelo odontólogo que solicitará agendamento

Figura 1- Carta convite para tratamento odontológico (PSE)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA CONVITE PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Aos pais ou responsáveis pelo menor: _____ **da série** _____

Como cirurgião-dentista responsável pelo acompanhamento dos alunos matriculados na _____(escola/ CMEI), por meio de uma rápida avaliação, constatei que seu (sua) filho (a) necessita de tratamento.

Para obter informações e agendamento, você (pai, mãe ou responsável com idade acima de 18 anos) deverá procurar o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde levando: esta carta, cartão SUS da criança, um documento da criança (certidão de nascimento ou carteira de identidade), um documento do adulto que irá se responsabilizar pela criança (carteira de identidade) e Comprovante de residência e número de telefone para contato.

Não é necessário levar a criança. Esperamos sua visita e lembre-se:

Você é responsável pela saúde de seu filho!

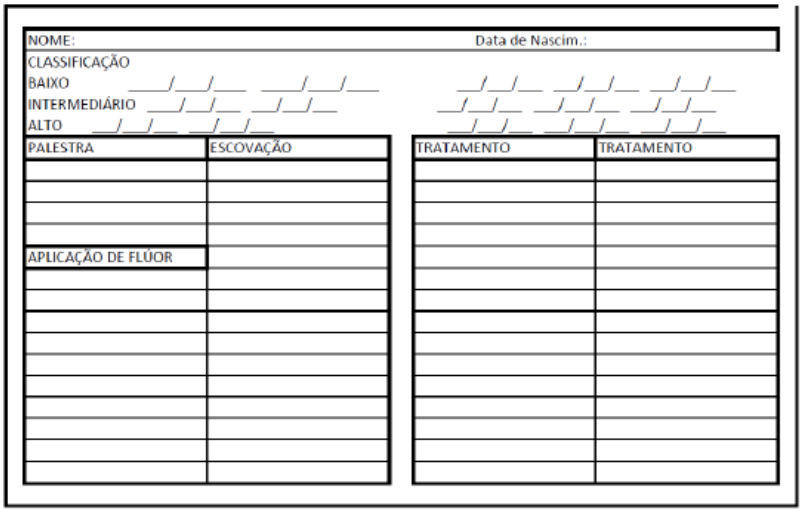
Assinatura e carimbo do CD_____.
Data:___/___/____.

2.1.2- Revisão de usuário com carteirinha: consideramos consulta de revisão aquela quando o usuário já terminou o tratamento odontológico e possui a Carteirinha Odontológica e apresentará essa no momento do agendamento na qual constará o mês que deve retornar (Carteirinha Odontológica – Figura 2 e 3). Agendar a consulta de revisão no mês descrito em vermelho (ex.: Retornar em julho 2021). Agendar para tratamento na primeira vaga disponível e APENAS mediante a apresentação da carteirinha. A orientação do Ministério da Saúde é para lançar 1 (uma) vez a primeira consulta odontológica programática no ano, por usuário (verificar quando foi realizada a última consulta). O usuário pode solicitar agendamento anterior ao mês solicitado pelo profissional caso tenha alguma necessidade ou urgência odontológica. O prazo limite para o paciente agendar a revisão será de 30 dias após o mês anotado na carteirinha.

Figura 2- Carteirinha odontológica (frente).



Figura 3- Carteirinha odontológica (verso)



2.1.2.1- Preenchimento da carteirinha

É importante o preenchimento correto e padronizado da carteirinha. Para otimizar o espaço para anotação é utilizada uma legenda, conforme descrição abaixo:

C- compareceu (Azul)

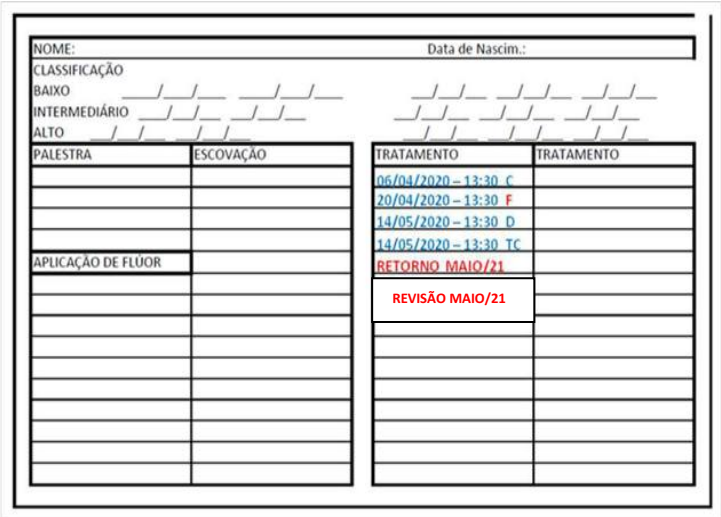
F- Faltou (Vermelho)

D- Desmarcou/Desmarcado (Azul)

TC- Tratamento Concluído (Azul)

A anotação do retorno para a revisão deve ser na cor “vermelha”, anotar o mês e ano. Faltas também devem ser anotadas em “vermelho”. Outras informações devem ser anotadas em cor “azul”.

Obs.: Quando ocorrer a *perda de carteirinha*, a mesma deve ser fornecida pela ESB de acordo com a verificação do histórico de atendimentos do paciente.



NOME: Data de Nascim.:

CLASSIFICAÇÃO

BAIXO ___/___/___ ___/___/___

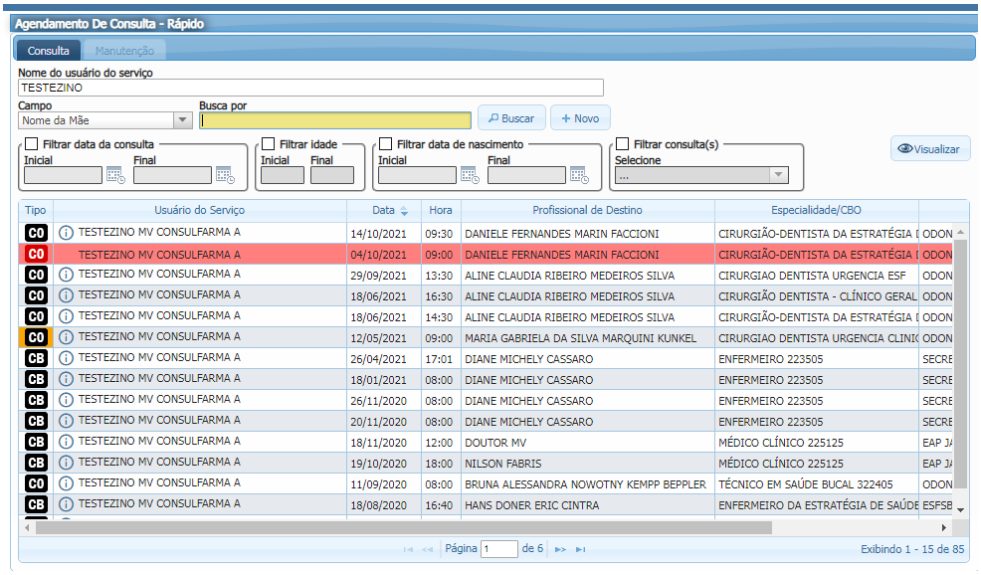
INTERMEDIÁRIO ___/___/___ ___/___/___

ALTO ___/___/___ ___/___/___

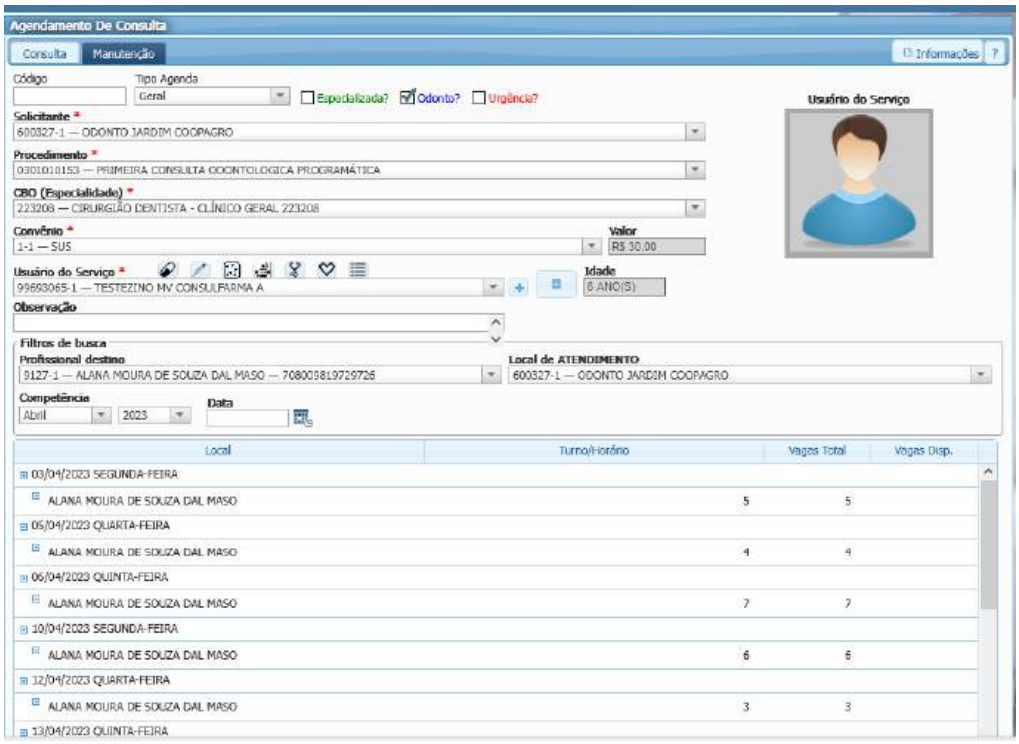
PALESTRA	ESCOVAÇÃO
APLICAÇÃO DE FLÚOR	

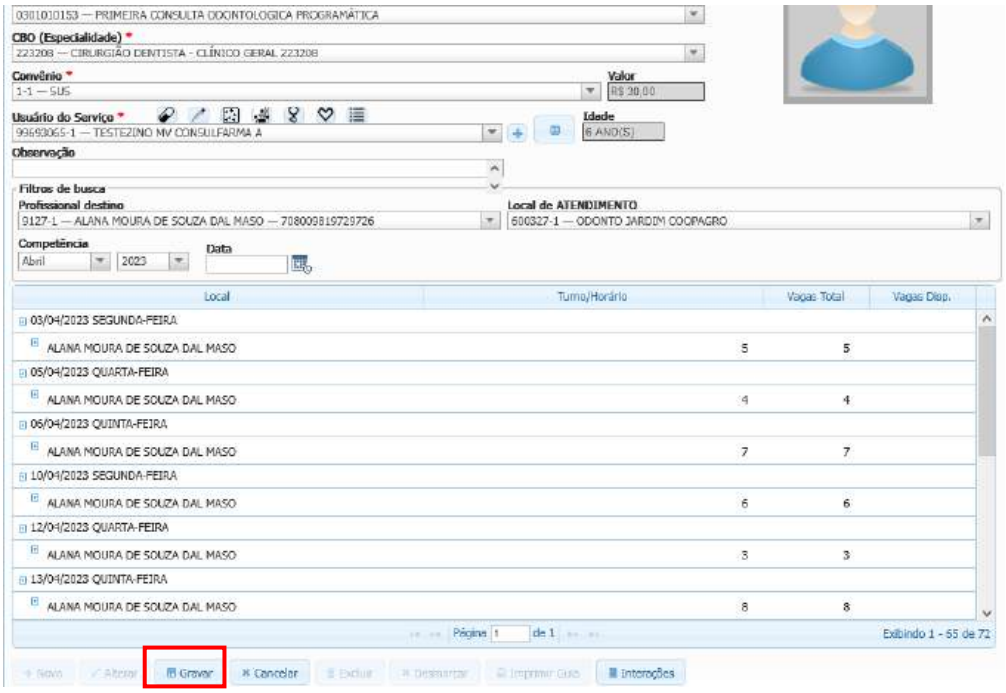
TRATAMENTO	TRATAMENTO
06/04/2020 – 13:30 C	
20/04/2020 – 13:30 F	
14/05/2020 – 13:30 D	
14/05/2020 – 13:30 TC	
RETORNO MAIO/21	
REVISÃO MAIO/21	

Verificação da última consulta realizada pelo usuário:



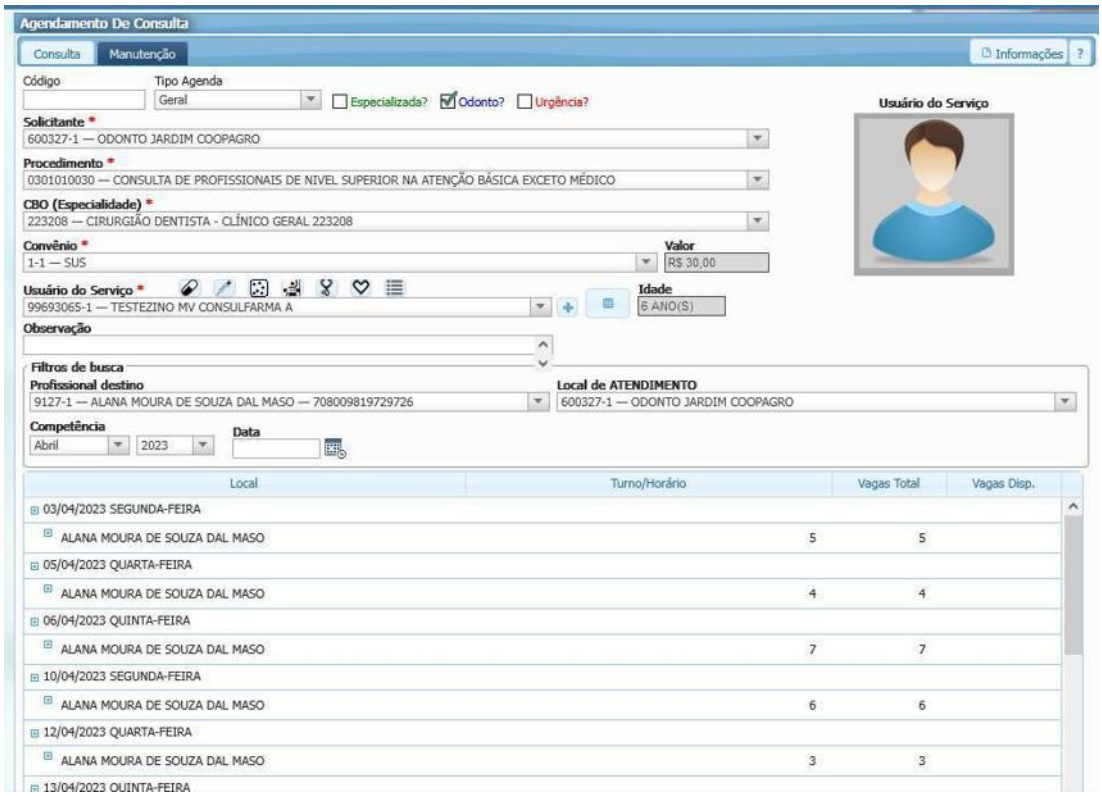
Agendamento da Primeira Consulta Odontológica Programática:

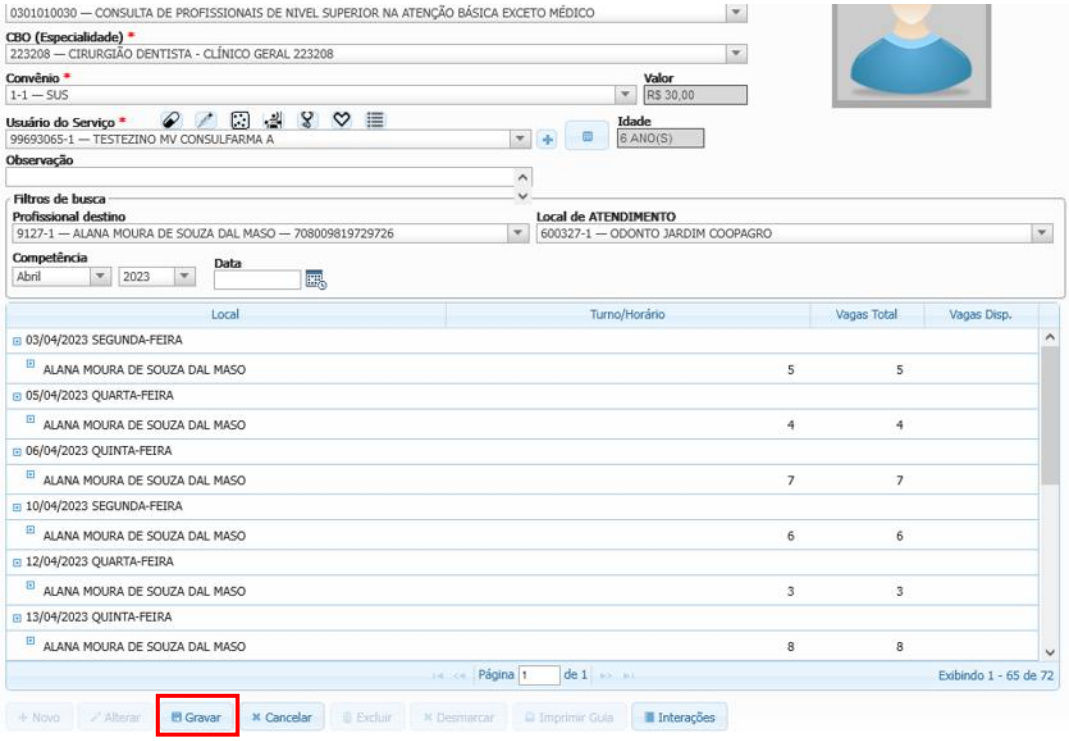




2.2- Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica Exceto Médico

Esse tipo de consulta é utilizada para registrar as consultas odontológicas, de retorno, de revisão (revisão em um período menor que 1 ano) e demanda espontânea sem dor. Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) ou Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).





2.2.1- Retorno: consideramos consulta de retorno aquela que após o atendimento, no dia, pela ESB (Equipe de Saúde Bucal) o paciente entrega na recepção o bilhete solicitando agendamento para retorno (Figura 4). A recepção agenda para o profissional indicado e anota na Carteirinha Odontológica do usuário. Para o agendamento é indispensável a apresentação da carteirinha. Os usuários com carteirinha são aqueles que já fizeram em algum momento anterior a primeira consulta odontológica programática.

Figura 4- Modelo de Bilhete

Agendamento Odonto

( ) Primeira Consulta Odontológica Programática
( ) Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto Médico
( ) Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio (TSB) **

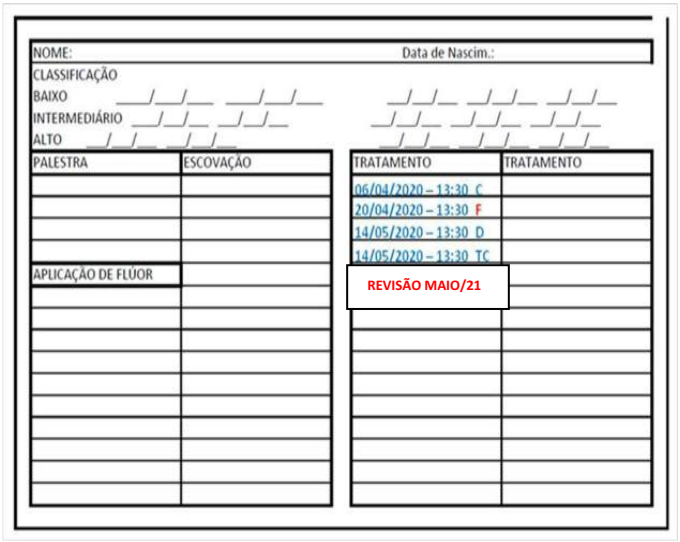
( ) Nome do dentista

( ) Nome do dentista

( ) Nome TSB

OBS:_____

** ver tópico 5



2.2.2- Revisão de usuário com carteirinha: selecionar esta opção de consulta, se a revisão ocorrer antes de 1 ano do primeiro atendimento do tratamento anterior.

2.2.3- Demanda espontânea sem dor: é o usuário que procura o atendimento e que não refere dor. O atendimento é para resolver a queixa do dia, não será realizada a primeira consulta odontológica programática (exame clínico e estratificação) e não recebem carteirinha. Os usuários de demanda que não estão na lista de espera e desejam realizar outros procedimentos não serão agendados, devem procurar atendimento conforme o interesse e disponibilidade de consultas para demanda/urgência. Quando o usuário de demanda/urgência realizar todos os procedimentos necessários receberá uma carteirinha para acompanhamento.

Agendar no sistema com o código: Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, na vaga de demanda/urgência. Se o usuário estiver

na lista de espera, no momento da confirmação do agendamento, o sistema apresentará uma mensagem (Figura 5) e o usuário deverá ser removido da lista de espera (Figura 6). Na justificativa para remover da lista de espera deverá ser escrito: “usuário agendado na consulta de demanda/urgência” e clicar em “gravar”. Anotar na Guia da Consulta que foi “*retirado da lista de espera”*. Este usuário receberá uma carteirinha e será reagendado para continuidade do tratamento.

Figura 5- Mensagem lista de espera.

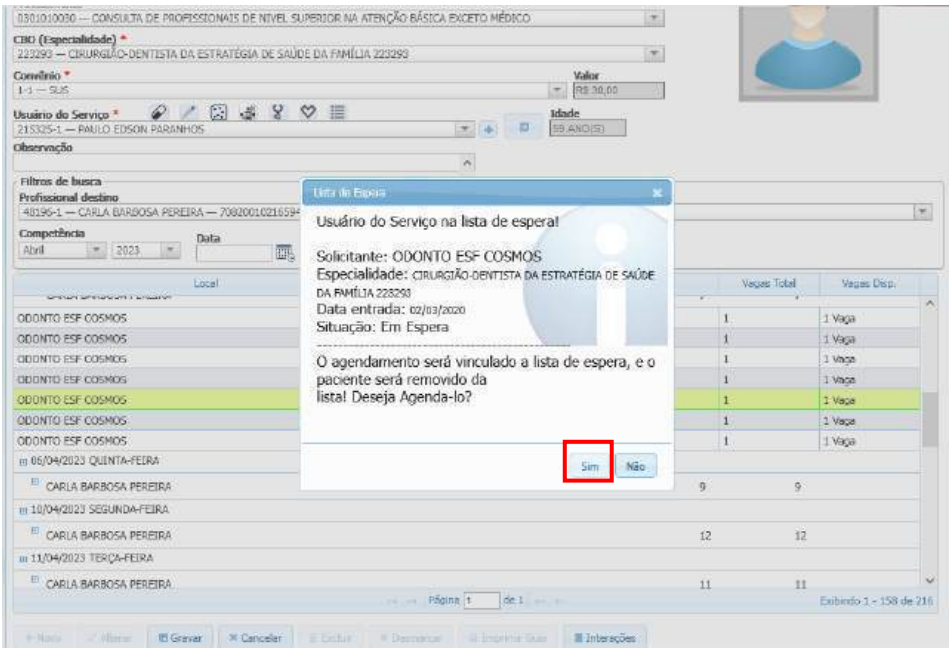
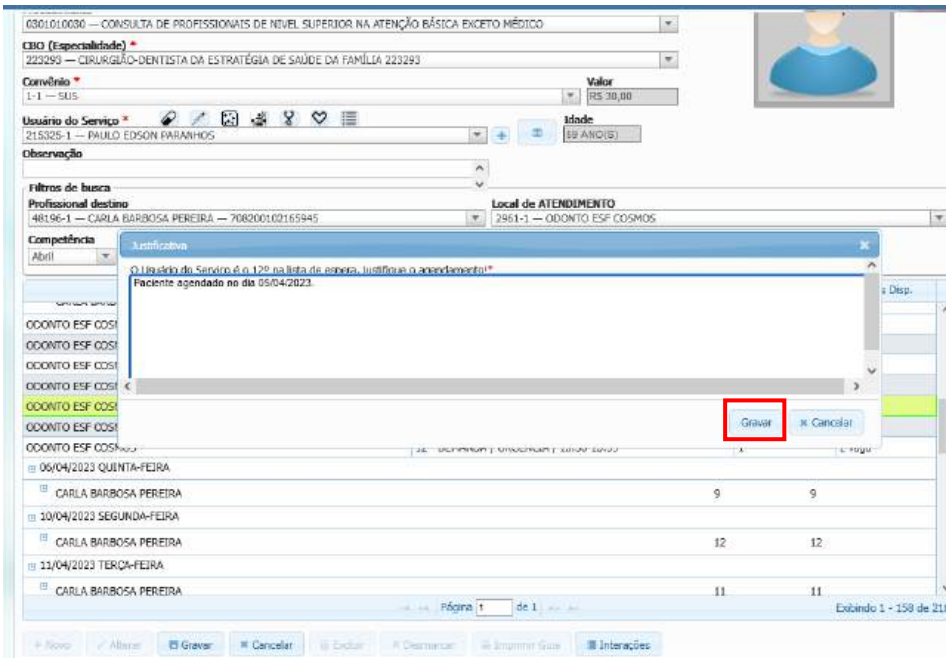


Figura 6- Justificativa para remover usuário da lista de espera



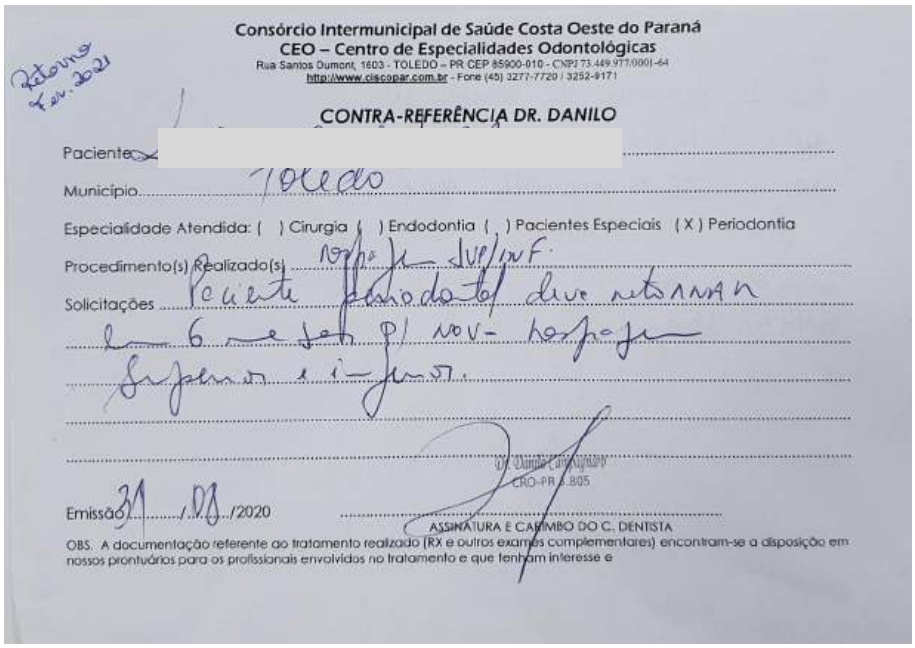
2.2.4 - Retirada de ponto/sutura: considerar o usuário como demanda sem dor e verificar as seguintes possibilidades:

A - Unicamente retirada de pontos: encaixar na agenda (vaga extra) sem utilizar vaga de consulta, mediante conversa prévia com a equipe de saúde bucal. Nas UBS que tem atendimento de TSB, a profissional pode realizar a remoção de sutura. Importante verificar a data de solicitação da remoção da sutura.

B - Usuário refere outra necessidade além da retirada de pontos/sutura: agendar na vaga de demanda/urgência sem dor.

2.2.5 - Contrarreferência do CEO na UBS com Equipe de Saúde Bucal (Figura 8)**:** verificar com a equipe de saúde bucal sobre a solicitação e agendar como Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico, na vaga de agendado ou demanda, pois este usuário necessitará de avaliação, encaminhamentos e/ou procedimentos. Exceto quando na contrarreferência estiver solicitando retirada de ponto/sutura (verificar no item 2.2.4).

Figura 8- Modelo de Contrarreferência CEO.



Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
Rua Santos Dumont, 1603 - TOLEDO – PR CEP 85900-010 - CNPJ 73.449.977/0001-64
http://www.ciscopar.com.br - Fone (45) 3277-7720 / 3252-9171

Retorno Fev. 2021

CONTRA-REFERÊNCIA DR. DANILO

Paciente: [redacted]

Município: Toledo

Especialidade Atendida: ( ) Cirurgia ( ) Endodontia ( ) Pacientes Especiais (X) Periodontia

Procedimento(s) Realizado(s): Rotina + dve/inf.

Solicitações: Paciente periodontal deve retornar em 6 meses p/ nov- rotina. Suspensão até junho.

Dr. Danilo Carneiro
CRO-PR 8.805

Emissão 31 / 08 /2020

ASSINATURA E CARIMBO DO C. DENTISTA

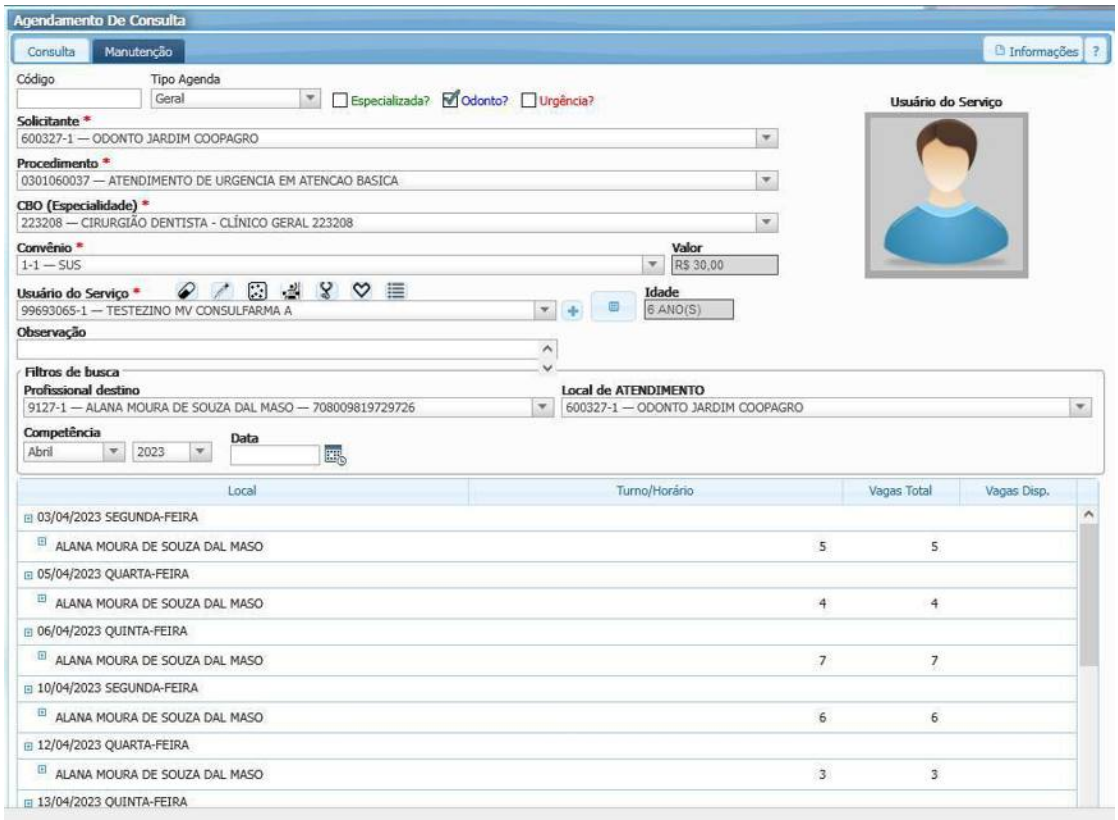
OBS. A documentação referente ao tratamento realizado (RX e outros exames complementares) encontram-se a disposição em nossos prontuários para os profissionais envolvidos no tratamento e que tenham interesse e

2.2.6 - Contrarreferência do CEO na UBS sem Equipe de Saúde Bucal: enviar para Secretaria de Saúde. Obs.: Exceto caso de remoção de sutura, o qual deve referenciar o usuário para uma UBS que tem dentista para remover a sutura no dia solicitado.

2.3- Atendimento de Urgência na Atenção Básica

Atendimento prestado a usuários acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida. Este tipo de consulta será utilizada nos casos de demanda espontânea com dor. As urgências que excederem as vagas de consultas do dia deverão ser estratificadas pela equipe de saúde bucal (ESB). A recepção deverá solicitar a estratificação e verificar a possibilidade de atendimento pela ESB.

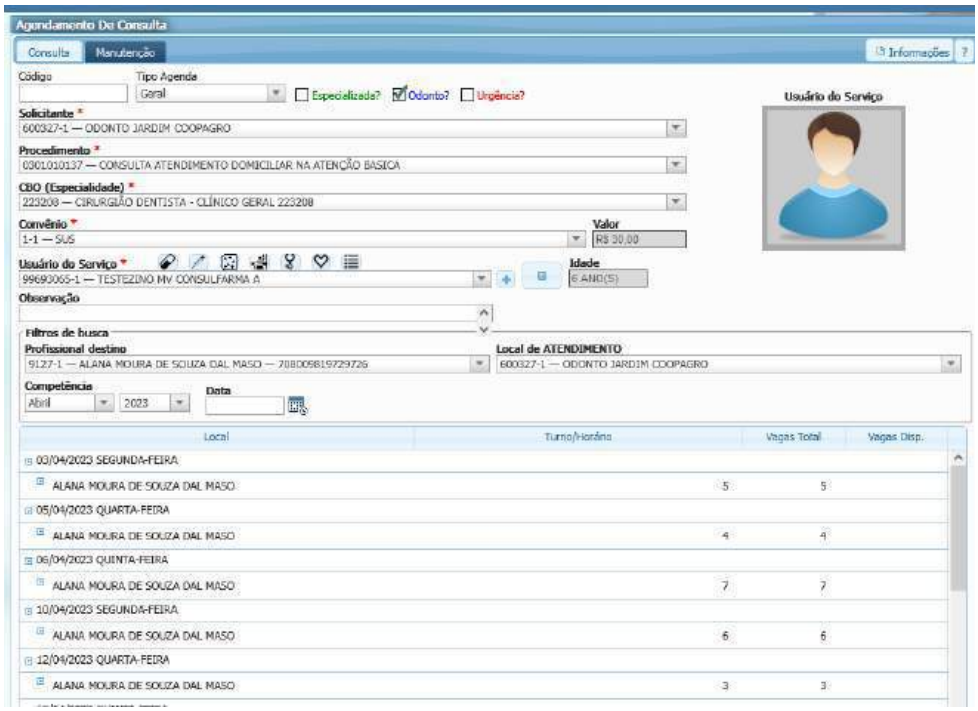
Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) e Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).



2.4- Consulta Atendimento Domiciliar na Atenção Básica

Utilizar o CBO Cirurgião Dentista - Clínico Geral (223208) e Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família (223293).

A realização da consulta domiciliar depende de vários fatores, entre eles a reserva do transporte (carro) para levar a equipe até o domicílio do usuário. A organização da visita domiciliar deve ser realizada pela ESB juntamente com a gerência, enfermeiro e/ou equipe da UBS.



2.5- Pré – consulta e informações da chegada e falta do paciente

Nas UBS com setor de pré-consulta, os pacientes deverão realizar a pré-consulta antes de todos os atendimentos odontológicos e deverá ser lançado no sistema as informações com relação a pré-consulta, assim como as informações “chegou” ou “faltante”.

Nas UBS onde não tem setor de pré-consulta, cada equipe deve se organizar para sinalizar a falta ou chegada do usuário na agenda, assim como é realizado na consulta médica e de enfermagem. A equipe deve otimizar a vaga do paciente agendado faltante e se possível agendar um paciente da demanda do dia.

É importante a ESB acompanhar a agenda e observar quando for registrada a falta do próximo usuário agendado. Caso não seja agendado um novo usuário no

horário disponível, o profissional deve otimizar o tempo de atendimento com o usuário anterior realizando mais procedimentos.

2.6 - Particularidades do Atendimento Odontológico

2.6.1- Protocolo de atendimento odontológico nos CERTIS:

2.6.1.1- Para atendimento odontológico à pessoa idosa, haverá o seguinte fluxo:

A - Consulta Agendada (presencial ou por telefone)

Todo idoso que possuir carteirinha e estiver em dia com seu tratamento, será atendido preferencialmente nos CERTIS, e gozará do direito de realizar consultas com agendamento prévio. O usuário pode solicitar agendamento anterior ao mês solicitado pelo profissional caso tenha alguma necessidade ou urgência odontológica.

Obs.: Caso a pessoa idosa, apesar de possuir o direito de usufruir de um agendamento mais célere no CERTI, desejar abrir mão deste direito alegando dificuldades de locomoção ou qualquer outro obstáculo que dificulte o acesso do idoso ao CERTI, o idoso deverá ser agendado na sua UBS referência, na vaga de agendamento mais próxima disponível.

B - Consultas de Demanda Espontânea sem dor

Toda pessoa idosa poderá pleitear uma vaga de demanda espontânea tanto na unidade básica de saúde de sua referência quanto nos CERTIs. Na ausência de vagas de demanda do dia, orientar o paciente a realizar nova tentativa no dia seguinte até conseguir consulta. Não encaminhar o paciente de demanda para outra unidade! Quando o usuário de demanda realizar todos os procedimentos necessários receberá uma carteirinha para acompanhamento no CERTI.

C - Consultas de Urgência

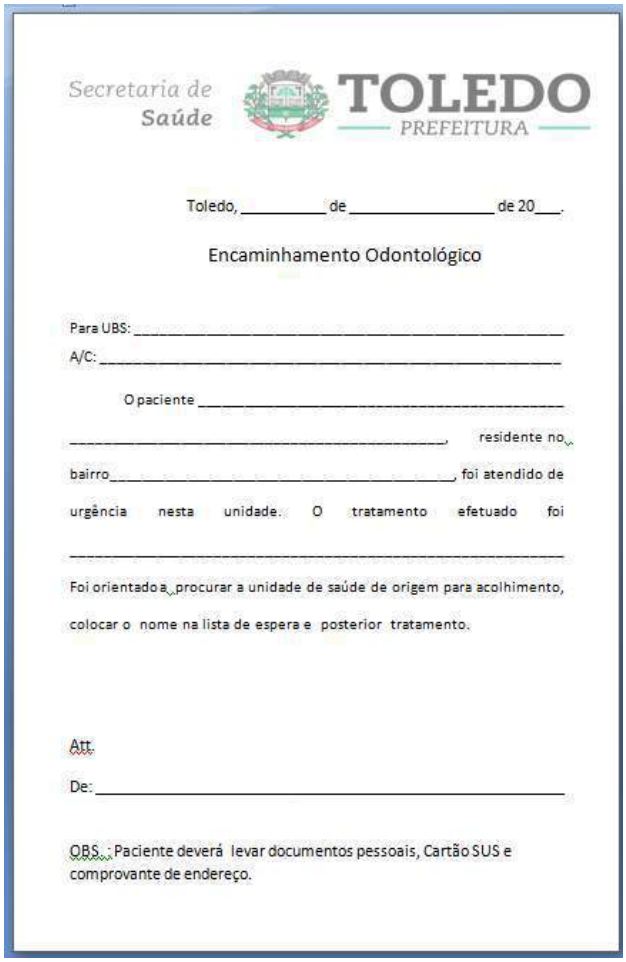
Este tipo de consulta será utilizada nos casos de demanda espontânea com dor. As urgências que excederem as vagas de consultas do dia deverão ser estratificadas

pela equipe de saúde bucal (ESB). A equipe odontológica deverá realizar o acolhimento/estratificação e conduzir o atendimento adotando as condutas pertinentes a cada caso de forma individualizada.

2.6.2- Crianças acima de 36 meses, adultos e idosos: agendar na vaga de demanda/urgência, caso não tenha mais vaga no dia, orientar que venha até conseguir consulta. Se tiver queixa de dor e acabaram as vagas de demanda/urgência chamar profissional da saúde bucal para estratificar a urgência.

2.6.2.1- Usuários de outra UBS sem dor: orientar e encaminhar com carta para a UBS de origem, (figura 7).

Figura 8- Formulário para encaminhamentos



Secretaria de Saúde

TOLEDO
PREFEITURA

Toledo, _____ de _____ de 20___.

Encaminhamento Odontológico

Para UBS: _____

A/C: _____

O paciente _____

_____, residente no

bairro_____, foi atendido de

urgência nesta unidade. O tratamento efetuado foi

_____

Foi orientado a procurar a unidade de saúde de origem para acolhimento,

colocar o nome na lista de espera e posterior tratamento.

Att.

De: _____

OBS.: Paciente deverá levar documentos pessoais, Cartão SUS e comprovante de endereço.

2.6.3- Faltante: após *1 falta sem justificativa* o usuário perde a continuidade de tratamento. Se o usuário apresentar atestado médico ou ligar com antecedência

poderá ser realizado o reagendamento. O reagendamento poderá ser realizado no momento da ligação telefônica.

Em caso de falta na primeira consulta para usuários da lista de espera, não será realizado o reagendamento, pois caracteriza desistência do tratamento. O usuário deverá procurar o atendimento nas consultas de demanda/urgência.

Em caso de falta de gestante e bebê, fazer registro no SIGSS e informar a equipe responsável para tomar as devidas providências e busca ativa se possível.

Se o usuário faltar na última consulta e buscar reagendamento, se a falta não foi justificada (atestado médico ou ligação com antecedência): NÃO agendar. Invalidar a carteirinha e o usuário perde o direito ao tratamento agendado. Será orientado a retornar e tentar atendimento nas vagas de demanda/urgência e terminando o tratamento recebe outra carteirinha.

2.6.4- Mês de revisão atrasado: usuário que abandonou o tratamento ou está retornando após o mês indicado na carteirinha. O prazo limite para o paciente agendar será de 30 dias após o mês anotado na carteirinha, salvo casos com justificativa (atestado médico). Se ultrapassar o prazo para agendamento, a carteirinha será invalidada e o usuário perde o direito ao tratamento agendado. Será orientado a retornar para atendimento nas vagas de demanda/urgência e finalizando o tratamento receberá outra carteirinha.

2.6.5- Carteirinha antes do mês de revisão: agendar para tratamento e utilizar a Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica exceto médico.

2.6.6- Encaminhamento Odontológico de uma UBS para outra UBS: há duas situações:

2.6.6.1- Chamado da lista de espera:

A- O usuário está na lista de espera da UBS e ao contato telefônico para agendar relata mudança de endereço para UBS com ESB. Orientar o usuário a buscar encaminhamento para realizar o tratamento na sua UBS origem.

B- O usuário está lista de espera da UBS e ao contato telefônico para agendar relata mudança de endereço para UBS sem ESB. Orientar o usuário que ele tem o direito de realizar o tratamento na UBS onde estava com o nome na lista de espera.

C- O nome do usuário estava na lista de espera de outra UBS e foi encaminhado por escrito à unidade de origem. Agendar para tratamento como Primeira consulta odontológica programática.

D- O usuário está na lista de espera de alguma UBS e procurou o atendimento demanda/urgência em outra UBS. O usuário será atendido, removido da lista e encaminhado para tratamento na sua UBS de origem.

2.6.6.2- Atendimento de Urgência: usuário foi atendido de urgência em outra unidade de saúde e foi encaminhado de volta para a unidade de origem. Utilizar a vaga de demanda/Urgência.

Quando houver a necessidade de encaminhar algum usuário para atendimento de urgência para outra UBS, deve-se primeiramente ligar e conversar com a equipe da outra UBS, para evitar deslocamentos desnecessários.

OBS: é importante verificar e atualizar o cadastro do paciente antes de referenciar.

* Solicitar ao usuário: RG, cartão SUS, Comprovante endereço atualizado. * Encaminhar paciente sempre por escrito.

3 - LISTA DE ESPERA

A lista de espera não será alimentada.

- Sugere-se o agendamento em dias específicos (ver modelo de agenda) na agenda para início do tratamento.

Usuários que buscaram o atendimento e foram agendados na vaga de demanda/urgência serão excluídos da lista de espera. Esses usuários receberão a carteirinha para continuidade do tratamento. Observar situações no item 2.6.6.1.

- O contato com o usuário de lista de espera será através de 3 tentativas de ligação telefônica em dias diferentes, mensagem de whatsapp, mensagem SMS e se possível busca ativa com ACS. Após as tentativas de contato, se o mesmo não for localizado será excluído da lista de espera.
- O agendamento pode ocorrer no momento do contato telefônico e o usuário será excluído da lista de espera com justificativa.
- Se o usuário que estiver na lista residir em outro bairro, o mesmo deve ser orientado a buscar um encaminhamento para agendamento na sua UBS de referência.
- Se o usuário residir em um bairro que não possui atendimento odontológico, o mesmo pode realizar o tratamento na UBS onde estava na lista.
- Usuário que foi excluído da lista de espera por falta de contato, se procurar a UBS para agendamento, após verificação no sistema, poderá ser agendado.

4- ESTRUTURA DA AGENDA DO ODONTÓLOGO

- Consultas a cada 30 minutos, distribuídas entre consultas agendadas, demanda/urgência.
- Agendamento da primeira consulta para pacientes da lista de espera: sugestão de agendamento em 2 períodos (manhã ou tarde) e quando possível, realizar o agendamento dos pacientes de lista um período de manhã e outro a tarde. A primeira consulta odontológica será agendada a cada 15 minutos para realizar somente exame clínico, estratificação e orientações. Orientar pacientes sobre a finalidade da primeira consulta.
- Para pacientes com carteirinhas, será indispensável a apresentação da mesma para o agendamento.
- Impressão da guia de consulta para pacientes de demanda/urgência.
- Pacientes de demanda/urgência que finalizarem o tratamento receberão carteirinha para acompanhamento após o tratamento concluído. A carteirinha será fornecida pela ESB.

Segue abaixo exemplos de agendas:

Cirurgião-Dentista T8 – 40h			
Horário	**Consulta**	**Horário**	**Consulta**
08:00	Agendado	13:30	Agendado
08:30	Demanda/Urgência	14:00	Demanda/Urgência
09:00	Agendado	14:30	Agendado
09:30	Agendado	15:00	Agendado
10:00	Demanda/Urgência	15:30	Demanda/Urgência
10:30	Demanda/Urgência	16:00	Demanda/Urgência
Estratificar	Urgências extras	Estratificar	Urgências extras
Cirurgião-Dentista T8 – 40h (lista de espera)			
Horário	**Consulta**	**Horário**	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *	13:30	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *	13:45	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *	14:00	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *	14:15	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *	14:30	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *	14:45	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *	15:00	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *	15:15	1ª. Consulta OP *
10:00	1ª. Consulta OP *	15:30	1ª. Consulta OP *
10:15	1ª. Consulta OP *	15:45	1ª. Consulta OP *
10:30	1ª. Consulta OP *	16:00	1ª. Consulta OP *
10:45	1ª. Consulta OP *	16:15	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica Programática

- Nas UBS com ESB 40 horas semanais: Odontólogo e ASB realizam jornada no mesmo horário. Portanto, é necessário a finalização do atendimento, organização de atividades, relatórios e planejamento, preparo do material e limpeza do consultório antes do horário de saída dos profissionais.

Cirurgião-Dentista T4 – 20h	
Horário	**Consulta**
08:00	Agendado
08:30	Demanda/Urgência
09:00	Agendado
09:30	Demanda/Urgência
10:00	Agendado
10:30	Agendado
11:00	Demanda/Urgência
11:30	Demanda/Urgência
Estratificar	Urgências extras

Cirurgião-Dentista T4 – 20h	
Horário	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *
10:00	1ª. Consulta OP *
10:15	1ª. Consulta OP *
10:30	1ª. Consulta OP *
10:45	1ª. Consulta OP *
11:00	1ª. Consulta OP *
11:15	1ª. Consulta OP *
11:30	1ª. Consulta OP *
11:45	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica

Cirurgião-Dentista T2 – 10h	
Horário	**Consulta**
08:00	Agendado
08:30	Demanda
09:00	Agendado
09:30	Demanda
Estratificar	Urgências extras

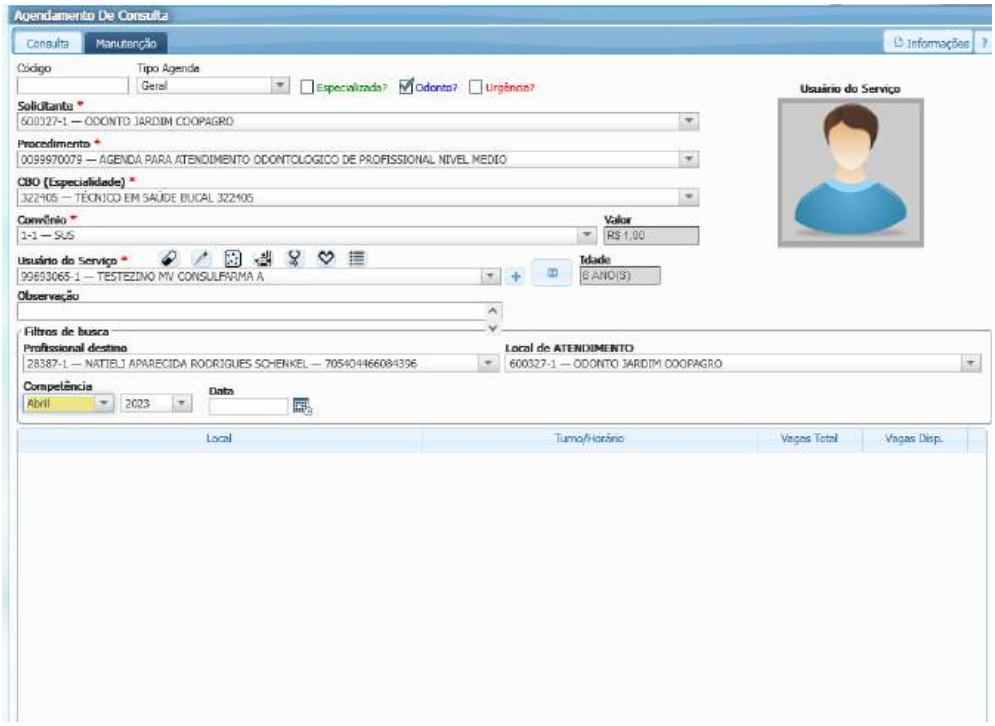
Cirurgião-Dentista T2 – 10h	
Horário	**Consulta**
08:00	1ª. Consulta OP *
08:15	1ª. Consulta OP *
08:30	1ª. Consulta OP *
08:45	1ª. Consulta OP *
09:00	1ª. Consulta OP *
09:15	1ª. Consulta OP *
09:30	1ª. Consulta OP *
09:45	1ª. Consulta OP *

*Primeira Consulta Odontológica Programática

5 - ESTRUTURA DA AGENDA DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

Dentre as atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB) está a realização alguns procedimentos odontológicos clínicos mediante supervisão de um Odontólogo. Utilizar a opção: Agenda para atendimento odontológico de profissional de nível médio. Escolher o CBO 322405- Técnico em Saúde Bucal, nome do profissional e nome do usuário.

A organização da agenda do Técnico em Saúde Bucal deverá coincidir com a agenda do Odontólogo supervisor responsável, quanto ao horário e o número de consultas, as consultas serão a cada 30 minutos.



6- ENCAMINHAMENTOS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

6.1- Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo dentista da UBS: enviar para a Secretaria de Saúde.

Especialidades:

223268 - Cirurgião Dentista- Traumatologista Bucomaxilofacial

223212 - Cirurgião Dentista- Endodontista

223220 - Cirurgião Dentista-Estomatologista

223288 - Cirurgião Dentista- Odontologia para Pacientes com necessidades Especiais

223236 - Cirurgião Dentista- Odontopediatra

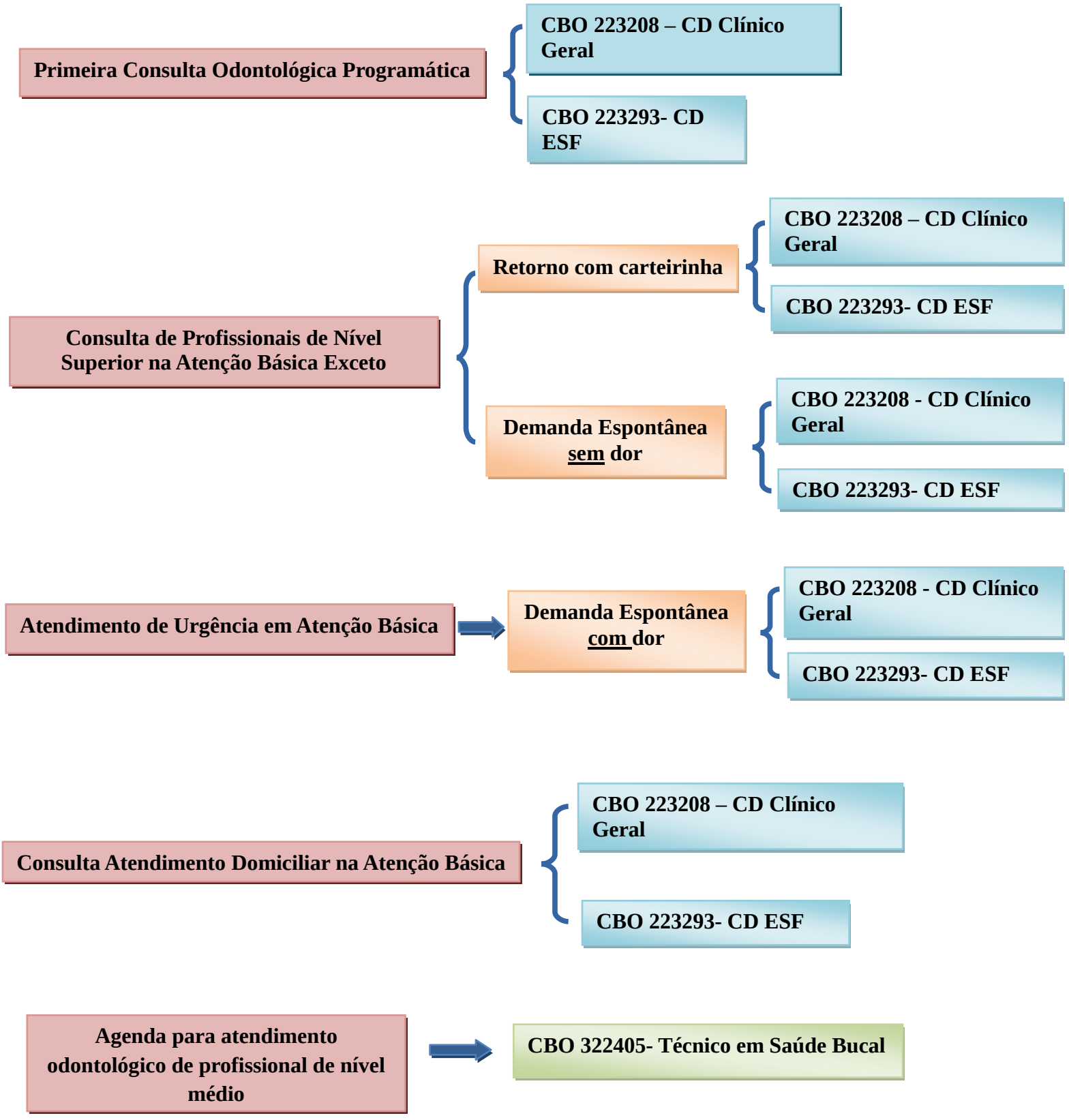
223248 - Cirurgião Dentista- Periodontista

223256 - Cirurgião Dentista- Protesista

6.2- Encaminhamento de Especialidade odontológica realizado pelo médico (UBS, UPA, PAM, CISCOPAR): os usuários devem ser avaliados pelo dentista da UBS do seu território ou UBS Referência (onde não tem dentista).

6.3- Encaminhamento e solicitação de agendamento para o Hospital Bom Jesus: o usuário deve ser orientado a procurar o atendimento diretamente no Hospital Bom Jesus. Contato: Núcleo Interno de Regulação – 2103-2033.

7- REGISTRO DAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS



Legenda: CD- Cirurgião Dentista ESF- Estratégia da Saúde da Família

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm_> Acesso em: 18 fev.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª Ed. Brasília, 2013. 56 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 18 fev.2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018. 350 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> Acesso em: 18 fev.2021.

Elaborado por:	**Revisado por:** Outubro e Novembro/2021	**Aprovado por:**
Equipe Técnica Saúde Bucal Secretaria da Saúde Juciliane Angoneze Cesaro – Odontóloga e Coordenadora de Saúde Bucal Aline Claudia Ribeiro Medeiros da Silva - Odontóloga	Odontólogos da Atenção Básica: Alana Moura Dal Maso Alethea Bussolo Rodrigues Ana Paula Redante Ana Paula Winnikes Carlos Cesario Frana Daniele Fernandes Marin Faccioni Elizangela Marcanzoni Érica Babeto Rodrigues Falkowiski Fabio Mendes Luiz Felipe Zavadski Marcos Vinicius Tamura Maria Gabriela da Silva Marquini Kunkel Roberto Savio Sauer	Fernando Pedrotti - Diretor Geral da Secretaria Municipal de Saúde Diane Michely Cassaro - Diretora do Departamento de Gestão

	Scyllas Roberto Macedo Campos Sergio Y. Noguti Técnico em Saúde Bucal: Alexsandra Kathia Tonial da Silva Bruna Alessandra Nowotny Kempp Beppler Marcia Elise Sehn Marines Machado Fornari Natieli Aparecida Rodrigues de Lima Olivia das Graças da Silva Gomes Araujo Raquel Baldus Dillenburger Vivian Fabiane Braun Auxiliar em Saúde Bucal: Andressa Jaqueline Sommer do Nascimento Anielle Silvia Bloemer Hertz Bruna Carolina Loebens Gonçalves Claudiane Link da Silva Denise Pereira Ferreira Gomes Denise Stuani Neyssinger Edi Salete Rambo Fatima Tolentino de Souza Fernanda Mayara Ribeiro Gabriela Fernanda Terol Karin Cristina Horn Anschau Leila Cristina Martim Liliam Maria Eufranio Lucilene Farias Teixeira Marcia Terezinha Reis Alberton	

	Michele Pontes da Silva Enfermeiro: Claudia Terezinha Frohlich Eunice Manoela de Oliveira Josiane Ines Albarello Alves Leandro Cezar Moreira Lima Tainá Meisch Frantz Tatiane Veiga Rodrigues Tatianne Arantes Bueno de Almeida Gerente: Fernanda Bittencourt Thais Schimidt Vitali Hermes Assistente em Administração: Anahy Romero Turatti Ana Paula Correa Fantim Claudeci Marcos Rodrigues da Silva Claudinei Ferreira Campos Elidia Marisete Sangaletti Meurer Fernanda Soares Torino Francielle Cassiano dos Santos Graciele Fátima Baldessera Ceolin Jaqueline Simiondo de Lima Jean Rodrigo Leseux Joceli Terezinha Schuh Schuck Juliano Castilho dos Santos Kamila Terra da Silva Marcelo Donin Noemia Lurdes Kirch	

	Neuza Terezinha Scheuer Sandra Menti Sinhori Tatiane Mendes Auxiliar de Serviços Gerais: Solange P. Ferreira Agente Comunitário de Saúde: Pablo Rodrigo Guzatti	

VERSÃO	DATA APROVAÇÃO	NATUREZA DA MUDANÇA
Versão 2		Atualização do conteúdo realizada pela coordenação e equipes de saúde bucal do município.

Versão: 06

EQUIPE 1 DIA	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	Vínc	MAT	Horário	CAT	COREN	SET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	LICENÇA À MATERNIDADE																																
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass			D1	D2	D3	TR			TR			D1			TR			D1			D1			D1			D1			D1	
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	FÉRIAS																	D1			D1			D1			D1			D1	
	PSS		07 AS 19	Enf		Ass			D1			D1			D1			D1			D1			D1		T	D1			D1			D1			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1			TR			D1	D2		AT			AT			TR			D1		D3	D1			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1	D2		TR			TR	D2		D1			D1			D1		D3	TR			D1			D1			D1	
	CONC		07 à 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1			D1	D2		TR			D1			D1			D1			D1			D1	D2		D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1			D1			TR			D1			D1	D2		D1	D2		TR			D1			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			TR	D2	D3	TR			D1			D1		M	D1			D1			D1			D1			TR	D2		TR	D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1			D1			D1			D1			D1			D1			D1		D3	TR			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			FÉRIAS																												
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1			D1			TR			D1			D1		D3	AT			D1			D1			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			D1			TR	D2		D1			D1			D1			D1			D1			D1			D1			D1	
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass			TR			D			D1			TR			D1			TR			D1			D1		D3	D1	D2		D1	D2
	CONC		07 à 19	Téc. Enf		Ass			D1			D1	D2		D1			D1			D1			D1			D1			D1			TR			D1	

EQUIPE 2 DIA	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	Vínc	MAT	Horário	CAT	COREN	SET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	D2		M	D2			D2		D1	D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	TR			TR			D2		D1	D2		M	TR		D1	D2			D2			AT			D2	M		D2	D3		D2
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	D2			TR			D2			D2			D2		D1	D2			D2			D2			D2			D2	D3		D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2			D2	D3		D2			D2			D2			D2			D2	N3		D2			TR	D3		D2			D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2			D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	LICENÇA À MATERNIDADE																																
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2			D2			D2			D2			D2			D2	N3		D2			D2			D2			D2			D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	FÉRIAS																																
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2	N3		D2	D3		TR	D3		TR	D3	D1	D2			TR			TR			D2		D1	D2			TR		D1	D2
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2	D3	D1	D2	D3		D2	D3	D1	D2	D3		D2			TR			TR			TR	D3		D2			TR			TR
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2			TR			D2			D2			D2			D2			D2		D1	D2			D2		D1	D2			D2

	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	TR			D2	D3	D1	D2			TR		D1	D2			TR			D2	D3		TR			D2	D3		TR			D2
	PSS		07 AS 19	Téc. Enf		Ass	D2			TR		D1	TR			D2	Ni		D2		D1	D2			D2	D3		TR			TR		D1	D2			D2
	PSS		07 AS 19	Téc. Enf		Ass	D2		D1	D2			D2			D2			D2			D2		D1	D2			D2			D2			TR			TR
	CONC		07 AS 19	Téc. Enf		Ass	D2			FÉRIAS												D2	N3		D2			D2			D2			D2			D2
EQUIPE 3 DIA	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	**Vínc**	**MAT**	**Horário**	**CAT**	**COREN**	**SET**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass		D3		D2	TR	D1		D3			D3			D3			D3			D3		D2	D3			TR			TR		
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass		D3			D3			D3			D3		D2	D3			D3			D3			D3			D3			TR		
	CONC		07 AS 19	Enf		Ass		D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			D3	D1		D3			D3	D1		D3			D3			D3			TR	D1		D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			TR	D1		D3	D1		D3	D1		D3			D3			TR		D2	D3			TR			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			TR		D2	TR		D2	D3		D2	D3	D1		D3	D1		D3			D3			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	D2	TR			D3			D3			TR			D3		D2	D3	D1	D2	TR	D1		D3			TR		D2	D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass	LIC À MATERNIDADE				FÉRIAS																										
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			D3			D3			D3		D2	D3			D3			D3			TR			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			TR		D2	D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3		D2	TR			TR			D3			D3		D2	D3		D2	TR		D2	D3			TR			D3		
	CONC		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			TR	D1		D3			D3	D1		D3			D3			TR			D3			D3			D3		
	PSS		07 às 19	Téc. Enf		Ass		D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3			D3		
Raquel Emilia S. Wiederkehr / CorenPR 84616							**Aprovação: Juliana Ventura Lima**														**Raquel Emilia da Silva Wiederkehr – DIRETORA DE ENFERMAGEM**																
Diretora de Enfermagem do PAM							**Diretora do Departamento da Rede de Urgências e Emergências**														**Revisão : 15/10/24**																
30 de SETEMBRO de 2024							**30 de SETEMBRO de 2024**																														
EQUIPE 1 NOITE	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	**Vínc**	**MAT**	**Horário**	**CAT**	**COREN**	**SET**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		19 às 07	Enf.		Ass	FÉRIAS																														
	CONC		19 às 07	Enf.		Ass			N1			N1			N1			N1	N2		N1			N1			N1			N1		T	N1			N1	
	CONC		19 às 07	Enf.		Ass			N1			TR			N1			N1			N1			N1	N2		N1			N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Aux. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1	N2		N1			N1			TR			TR	N2		N1	N2		TR	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			TR			N1			N1			TR			N1			N1	N2		N1			N1	N2		N1			N1	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1			FÉRIAS													

	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1		N3	N1			N1			N1	N2		N1			N1	N2	N3	N1			N1		N3	N1			N1	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			FÉRIAS															N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Aux. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Aux. Enf		Ass			AT			AT			AT			AT			AT		APOSENTADORIA														
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1		N3	TR	N2		N1			N1			N1			N1	
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT			AT	
	PSS		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			TR	N2		N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1	
	PSS		19 às 07	Téc. Enf		Ass			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1			N1	
EQUIPE 2 NOITE	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	**Vínc**	**MAT**	**Horário**	**CAT**	**COREN**	**SET**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		19 às 07	Enf.		Ass	N2			N2		N1	N2			N2			N2	N3	Ni	N2			TR	D3		N2		Ni	N2			N2			N2
	CONC		19 as 07	Enf		Ass	N2			N2			N2			N2			N2			N2			TR			N2			TR	N3		N2	N3		N2
	866091		Enf.	725889		Ass	TR	N3		N2		T	N2			N2			N2			N2			N2		Ni	N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2	N3		N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2		N1	N2			TR	N3		N2			N2		N1	N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2			TR	N3		N2			TR			N2		N1	N2			N2	N3		N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	TR	N3		N2	N3		N2		N1	TR			N2			N2		N1	N2			N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2	N3		N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	FÉRIAS																														N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Aux. Enf		Ass	N2			N2			N2		N1	N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2		N1	N2			N2			N2	N3	N1	N2			N2			TR			N2			TR			TR		N1	N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	TR	N3		N2			N2	N3		N2			N2			N2			AT			N2		N1	TR			N2			N2
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2			N2			N2			N2			N2			N2		N1	TR			N2	N3		N2			N2			N2
EQUIPE 3 NOITE	ESCALA OUTUBRO 2024						T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
SERVIDOR	**Vínc**	**MAT**	**Horário**	**CAT**	**COREN**	**SET**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CON		07 às 19	Enf.		Ass		N3		N2	TR			N3			TR			N3			N3		N2	N3			N3		D2	TR			N3		
	CONC		07 às 19	Enf.		Ass	N2	TR		Ni	N3			N3			N3			AT			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Enf.		Ass		N3			N3	M		N3	Ni		N3			N3			N3			N3			N3		N2	N3			TR		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			N3			N3		N2	TR			N3		N2	N3			N3			N3			TR			N3		

ESCALA_ENFERMAGEM

	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	FÉRIAS																														
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2	TR			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			N3	M		N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass	N2	TR			N3			N3			FÉRIAS																				
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			N3			AT			AT			AT			AT			AT			AT			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			TR			N3			N3			N3	N1		N3			AT			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Aux. Enf		Ass	FÉRIAS										N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3			N3		
	CONC		19 às 07	Téc. Enf		Ass		AT			N3			N3			N3			N3			AT			N3			N3			N3			N3		
ESCALA OUTUBRO 2024							T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (SCIRAS)							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		07 às 13	Enf.		NSP	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M
	CONC		13 às 19	Enf.		SICRAS	T	T	T	TR		Ni	T	T	TR	T	T	T+Ni		MT	MT	T	MT	T			T	T	T	T	T		Ni	T	T	T	T
	CONC		19 às 01	Téc. Enf		SICRAS	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	FÉRIAS														T	T
Direção de Enfermagem							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	CONC		08 AS 17H	Enf.		Dir	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			TR	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT	MT			MT	MT	MT	MT

RESPONSÁVEL	**Aprovação:**	**DIRETORA DE ENFERMAGEM**
Diretora de Enfermagem do PAM	**Diretora do Departamento da Rede de Urgências e Emergências**	**REVISÃO**

LEGENDA	(verde)	Hora Extra
	(verde-azulado)	Trabalho sindical
	(vermelho)	Atestado
	(lilás)	Compensação de horas ou Dispensa sem remuneração
	(amarelo claro)	Férias ou Licença
	(laranja)	Falta
	(azul)	BANCO
	(rosa claro)	TROCA E FOLGA
	(cinza)	Remoção / Aposentadoria

Ni	Intermediário (19 as 01h)	**M**	Manhã (07 as 13h)	**T**	Tarde (13 as 19h)	**MT**	8 hs diárias	**Ass**	Assistência	**TR**	Troca
F	Folga	**FT**	Falta	**FE**	Feriado	**PF**	Ponto Facultativo	**C**	Compensação	**Dir**	Direção
B	Banco										
TS	Trab Sindial	AT	Atestado	**D**	Dispensa						

B								
ENFERMEIROS					TÉCNICOS			
SERVIDOR SOLICITANTE	TROCA COM	DIA DA JORNADA	PAGA DIA		SERVIDOR SOLICITANTE	TROCA COM	DIA DA JORNADA	PAGA DIA

NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE – NOITE

Data	Turno	Descrição

Categoria	Equipe

ENFERMEIROS								
SERVIDOR SOLICITADO	SERVIDOR QUE SERÁ COBERTO	TRABALHA DIA	FOLGA DIA	MOTIVO/ JUSTIFICATIVA		SERVIDOR SOLICITADO	SERVIDOR QUE SERÁ COBERTO	TRABALHA DIA

TÉCNICOS		
FOLGA DIA	MOTIVO/JUSTIFICATIVA	OBSERVAÇÃO
		/

LEGENDA	ENFERMEIROS	DATA	HR	total
HE CANCELADA				
horas feitas para Banco ou troca				
em aberto / sem interessados				

Cálculo das horas extras previstas para Janeiro 2024 – sem nenhuma reposição

MOTIVO		TECNICOS	DATA

HR	TOTAL	MOTIVO

Observações

LEGENDA	ENFERMEIROS	DATA	HR
HE CANCELADA			
horas feitas para Banco ou troca			
6 HE noite			
6 HE dia			
em aberto / sem interessados			

Cálculo das horas extras previstas para Janeiro 2024 – sem nenhuma

MOTIVO		ENFERMEIROS	DATA
		JESSICA MEDRADO	27/06/24

a reposição

HR	MOTIVO
	CURSO

Observações

Legenda	
	Explicações e justificativas
	Confirmações
	HE aberta e cancelada após.

Prefeitura do Município de Toledo-PR
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes - PAM

PAM TOLEDO

Comunicação Interna nº 12/2023 Toledo, 04 de julho de 2023

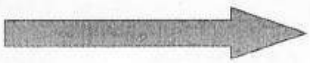
Direcionamento: **A toda Equipe Médica PAM**

Assunto: **Internamento/ Central de Leitos**

As transferências dos pacientes, acontecem através do Clique na Central de Leitos. Portanto é fundamental que estejam devidamente regulados, a fim de serem transferidos para os Hospitais credenciados.

Consultório/ Emergência





Internamento



Sendo assim lembramos que é OBRIGATÓRIO que seja feito o clique na Central de leitos, pelo profissional do CONSULTÓRIO e do SUPORTE (as duas portas de entradas) seguindo os seguintes passos:

1) Imprimir FAA (Onde deve constar todas as informações inerentes ao paciente.)

2) Realizar Prescrição de Internamento *(SAÚDE P/ Médicos/ AA. Prescrição Mini-Hospital/ Enfermaria ou Suporte)* Obs: Não esquecer de salvar as prescrições.

3) Solicitar exames necessários (sempre via Sigss, inclusive Eletrocardiograma e Raio-x, constando Hipótese Diagnóstica e **"Justificativas" nos exames de imagens.**)

4) Clicar na Central de Leitos

Observações quanto ao Clique:

- ✔ Se o Diagnóstico depender de exames: Basta relatar quais são e que está no aguardo dos resultados.
- ✔ EVITAR modo "Rascunho" na Central de Leitos.
- ✔ Quando se faz um relato completo na FAA, com história clínica, exame físico, comorbidades, relato dos exames e dos medicamentos de uso contínuo, fica fácil clicar o paciente na CL... Pois é só copiar e colar. *Isso agiliza o processo de transferências e ajuda fluir melhor o serviço.*.. Do contrário, o médico do setor de enfermaria ou suporte, fica sobrecarregado.
- ✔ As Evoluções diárias seguem sob responsabilidade do médico do setor.

* Falta de Acesso á central de leitos podem ser solicitadas com Tatiane no Administrativo

Grato pela compreensão, contamos com a Colaboração de todos!

Julio Cesar Fabris
Diretor Téc. Médico de
Unidade de Urgência e Emergências
Portaria 51/21

Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergências
Portaria 51 de 16/01/2021

Prefeitura do Município de Toledo-PR
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes - PAM

PAM TOLEDO

Comunicação Interna n^0 12/2023 Toledo, 04 de julho de 2023

Solicitamos para que todos servidores relacionados assinem a referida C.I.

1	ADOLFO MIYAHIRA	Médico T4	
2	ADRIANO BENITES TAGARRA	Médico T6	
3	ANDRÉ LUIZ BATISTA	Médico T4/T6	
4	ANDRÉ PEREIRA HECK	Médico T4	
5	ALINE CRISTINA FIGUEREDO DA SILVA	Médico T6	
6	CARLOS ALBERTO TOLEDO FILHO	Médico T4	
7	CARLOS SUASSUNA ANDRADE	Médico T2/T4	
8	DAFNE HAUCK DE OLIVEIRA	Médico T4	
9	EDUARDO JOAQUIM DA LUZ ZANDONA	Médico T6	
10	FABIO EDUARDO SOUZA PINTO	Médico T4	
11	FERNANDO VIEIRA FERREIRA	Médico T6	
12	HELKA CANDIA DA SILVA	Médico T4	
13	JOSÉ APARECIDO SOBRAL ALVES	Médico T6	
14	JOSÉ PINTO DE ALMEIDA JUNIOR	Médico T6	
15	JÚLIA AGUIAR DIAS	Médico T6	
16	JYOTI GUIOT	Médico T4	
17	LUMA MAGALHÃES FERREIRA	Médico T6	
18	LUCIMAR MARIANO	Médico T4/T6	
19	MARIO CEZAR RODRIGUES JUAREZ	Médico T4	
20	MARIA CYSNE BARBOSA BURATTI	Médico T4	
21	OLIVEIROS DE S. B. PETRACCA JUNIOR	Médico T6	
22	RENATO DOS SANTOS COSTA	Médico T6	
23	RENATO SFOLIA	Médico T4	
24	RONALDO LINO DOS REIS	Médico T4	
25	SILVIO MAURO TRURAN	Médico T4	
26	THAMARA CRISTINA FERREIRA ANTES	Médico T4	
27	VANESSA JAPANI AQUINO	Médico T6	
28	WAGNER EMMANUEL DE MORAIS FARIAS	Médico T4	

Julio Cesar Fabris
Diretor Téc. Médico de
Unidade de Urgências e Emergências
Portaria 51 - 16/01/2021

Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergências
Portaria 51 de 16/01/2021

PLANO DE AÇÃO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE 2022-2025

TOLEDO

2021

LISTA DE FIGURAS

GRÁFICO 01 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSCRITOS NO CADASTRO ÚNICO.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICILIO E SEXO – 2010.

TABELA 02 – POPULAÇAO CENSITÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO - 2010.

TABELA 03 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO CAUSA (CID-10 3C) NO PERÍODO DE 2017 À 2020

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - CONSELHOS REGULAMENTADOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.

QUADRO 02 - TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIAS DOS CRAS.

QUADRO 03 - TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DOS CREAS.

QUADRO 04 - UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO NOV/21.

QUADRO 05 - NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL – 2017 À 2020.

QUADRO 06 - COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE, COM AS VACINAS BCG, TETRAVALENTE, SABIN,ROTA VIRUS, HEPATITE B, MENIGITE C, PENEUMO 10 VALENTE E FEBRE AMARELA DE 2012 A 2016 - TOLEDO.

QUADRO 07 - SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE ÓBITOS DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E MENORES DE CINCO ANOS EM TOLEDO-PR, 2017-2020.

QUADRO 08 - PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS, CUJAS MÃES TINHAM 19 ANOS OU MENOS, SOBRE O TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE TOLEDO – 2017 A 2020.

QUADRO 09 - ESPAÇOS FÍSICOS ESPORTIVOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE.

QUADRO 10 - EQUIPAMENTOS CULTURAIS DA SECRETARIA DA CULTURA.

SUMÁRIO

SUMÁRIO 5
1. INTRODUÇÃO 7
2. IDENTIFICAÇÃO 9
3. OBJETIVOS 10
3.1. OBJETIVO GERAL 10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10
4. DIRETRIZES 11
5. METODOLOGIA DE ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PLANO 12
6. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO 13
6.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS 13
6.1.1. Localização 13
6.1.2. Clima 14
6.1.3. Relevo 14
6.1.4. Altitude 14
6.1.5. Solo 15
6.1.6. Vegetação 15
6.1.7. Hidrografia 15
6.2. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO 16
6.3. ASPECTOS POPULACIONAIS 17
6.3.1 População Absoluta 18
6.3.2 Grupos Étnicos 19
6.4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS 19
6.5. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M) 20
6.6. CONSELHOS MUNICIPAIS 20
7. QUADRO DEMOGRÁFICO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO MUNICÍPIO 27
8. MAPEAMENTO SETORIAL DAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE 29
8.1. ASSISTÊNCIA SOCIAL 29
8.1.1. Diagnóstico 31
8.1.2. Rede de Serviços e Programas de atendimento à Criança e ao Adolescente na Assistência Social 32
8.1.3. Benefícios Eventuais 42

8.2. EDUCAÇÃO 44
8.3. SAÚDE 45
8.3.1. Atenção Básica 46
8.3.2. Atenção Especializada 55
8.3.3. Rede de Atenção Psicossocial 56
8.3.4. Urgência e Emergência 60
8.3.5. Vigilância em Saúde 60
8.4. ESPORTE 68
8.5. CULTURA 73
8.6. JUVENTUDE 80
8.7. POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO PARA INFÂNCIA E JUVENTUDE, MULHER, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PESSOA IDOSA, IMIGRANTES E OUTROS GRUPOS VULNERABILIZADOS -SMDH 85
9. LEVANTAMENTO DA REDE DE PROGRAMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE 89
9.1. PROGRAMAS DA ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL 89
9.2. PROGRAMAS DA ÁREA DA EDUCAÇÃO 115
9.2.1. Centros Municipais de Educação Infantil - CMEIs 115
9.2.2. Escolas municipais 139
9.3. PROGRAMAS DA ÁREA DA SAÚDE 250
9.4. PROGRAMAS DA ÁREA DE ESPORTE 258
9.5. PROGRAMAS DA ÁREA DA CULTURA 271
9.6. PROGRAMAS DA ÁREA DA JUVENTUDE 289
10. ESTABELECIMENTO DE METAS E OBJETIVOS PARA O PERÍODO DE 2022 A 2025 CONFORME PPA 293
11. METODOLOGIA DE ARTICULAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO 294
11.1 Instâncias de controle 294
12. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO 296
13. REFERÊNCIAS 297

1. INTRODUÇÃO

O Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente do município de Toledo – PR subsidia a Política Municipal para a Criança e o Adolescente no quadriênio de 2022-2025, sendo o principal instrumento aprovado pelo Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) que à luz do diagnóstico define as prioridades para garantir que os direitos desta população sejam assegurados e que os direitos já violados sejam resgatados, com absoluta prioridade.

O documento tem como base os Planos Municipais de Educação, de Saúde, e de Assistência Social, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Deliberações das Conferências Municipais, Termo de Compromisso com as Crianças e Adolescentes de Toledo (CMDCA), Plano de Governo, Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF nº 101/00, Instrução Normativa nº 036 do Tribunal de Contas do Estado e Legislações que referenciam o trabalho com crianças e adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da Juventude, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Constituição Federal (CF) bem como normativas dos Conselhos Estadual e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDECA e CONANDA.

Conforme discorre BAPTISTA (2000):

> O Plano delineia as decisões de caráter geral do sistema, suas grandes linhas políticas, suas estratégias, suas diretrizes e precisa responsabilidades, deve ser formulado de forma clara e simples, a fim de nortear os demais níveis da proposta. É tomado como um marco de coerência para estudos setoriais, e/ou regionais, com vistas à elaboração de programas e projetos específicos, dentro de uma perspectiva de coerência interna da organização e externa em relação ao contexto no qual ela se insere. No plano são sistematizados e compatibilizados objetivos e metas, procurando otimizar o uso dos recursos da organização planejadora (p. 90).

Através deste, busca-se apresentar à rede de atendimento à criança e ao adolescente a sua realidade, estabelecendo prioridades e metas para as ações e serviços voltados a este público. Como instrumento de Gestão, o Plano de Ação deve ser utilizado constantemente para análise dos serviços, com revisão anual a fim de rever metas e ações, a fim de aprimorar a rede de atendimento.

O Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2022-2025 é uma atualização do Plano em vigor 2018-2021, realizado pela primeira vez no ano de 1991, tendo sido consolidado pela Lei nº 1.712, de 13 de dezembro de 1991 e reelaborado com o passar dos anos, tendo sua última elaboração no ano de 2013.

A presente versão foi elaborada pelas Secretarias Municipais de Assistência Social e Proteção à Família, Saúde, Juventude, Cultura, Educação, Esportes e Lazer e de Políticas para Juventude, Mulher, Pessoa com Deficiência, Pessoa idosa, Imigrantes e outros Grupos Vulnerabilizados.

2. IDENTIFICAÇÃO

ÓRGÃO: Secretaria Municipal de Juventude.

CNPJ: 76.205.806/0001-88.

ENDEREÇO: Rua Mário Pudell 140. Vila Pioneiro. CEP: 85910-020.

DATA DE ELABORAÇÃO: outubro a novembro de 2021.

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Adriane Lenice Genari Dias.

GESTÃO: 2021 a 2023.

COMISSÃO DE REVISÃO DO PLANO: Franz Menegasso, Cristiane Xavier Candido, Valdenice de Souza, Samara Villas Boas Gobbi; Raquel Cassol da Silva, Rosiany Meri Favaretto e Dhioeyce Fedel.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Definir objetivos e metas com a especificação das prioridades inscritas na política de atendimento à criança e ao adolescente, visando implementar políticas de proteção e garantia de direitos, através de políticas integradas e articuladas entre as ações governamentais e não governamentais.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar dados acerca de situação da criança e adolescente no município de Toledo;
- Formular e implementar a política de atendimento à criança e adolescente no Município de Toledo;
- Garantir o financiamento para a política de atendimento à criança e ao adolescente em situação de risco pessoal e social;
- Promover ações que desencadeiem as parcerias entre o poder público, sociedade civil, poder judiciário e promotoria pública, na efetivação das políticas municipais de atendimentos à criança e ao adolescente.

4. DIRETRIZES

- Articulação com as diversas políticas públicas municipais de atendimento à criança e ao adolescente;
- Incentivo às ações de prevenção relativas à violência contra crianças e adolescentes, à gravidez precoce, drogadição, trabalho infantil etc;
- Fortalecimento da política de atendimento à criança e ao adolescente;
- Integração com Conselhos Municipais;
- Articulação dos diversos programas, projetos ou serviços;
- Mobilização da sociedade civil.

5. METODOLOGIA DE ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PLANO

A elaboração do Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente foi realizada em consonância com a Instrução Normativa Nº 36/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná vislumbrando um diagnóstico dos Serviços, Programas e Equipamentos que atendem crianças e adolescentes no município de Toledo e visualizar o planejamento das ações voltadas a esse segmento.

Com a supracitada Instrução Normativa se tornou obrigatório que o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Poder Público a construção/reformulação do Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente cada quadriênio. Além disso, tal Instrução Normativa determina que o município elabore Relatórios de Gestão que devem ser apresentados ao CMDCA bimestralmente, referente aos atendimentos de âmbito municipal voltados à criança e ao adolescente nas áreas da saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e juventude.

Especificamente na elaboração do Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente 2022-2025, houve no mês de outubro de 2021 a mobilização das Secretarias Municipais para atualização das informações sobre cada uma. O processo de construção proporcionou a sistematização de informações que viabilizou diagnóstico da situação do atendimento à criança e ao adolescente, a fim de que o atendimento a esse público ocorra com absoluta prioridade (art. 227, da CF), pois além de ser um dever da família e da sociedade, torna-se obrigatoriedade do Estado formular e executar, de maneira preferencial, políticas públicas capazes de garantir às crianças e adolescentes proteção integral, bem como, identicamente de forma privilegiada, destinar os recursos necessários à consecução dos programas e ações estabelecidos em favor de tal população (art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA).

6. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

6.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS

6.1.1. Localização

O Município de Toledo situa-se na Região Oeste do Paraná, no Terceiro Planalto Paranaense, também chamado de Planalto de Guarapuava. Sua extensão é de 23.128 km², correspondendo a 11,44 % da área total do Estado do Paraná. A região Oeste limita-se ao Sul pelo rio Iguaçu, ao Norte pelo rio Piquiri, a Leste pelo rio Guarani (afluente do rio Iguaçu) e a Oeste pelo rio Paraná; e faz fronteira com os países Paraguai e Argentina.

Toledo foi desmembrado do município de Foz de Iguaçú no dia 14 de dezembro de 1952. Sua área territorial consiste em 1.195,580 Km² e a distância do município até a capital é de 536,60 Km.

A Região Oeste do Paraná está dividida em três microrregiões: a de Toledo, Cascavel e Foz do Iguaçu. Toledo situa-se na 22ª microrregião do Paraná. É a cidade Polo da microrregião, sendo chamada assim em função da influência que exerce sobre os outros municípios, devido ao número de habitantes, o comércio e a indústria ser mais expressivo.

O Município limita-se ao Norte com os municípios de Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul com Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste com Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; a Oeste com Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste (Fonte: Mapa das reservas oficiais do Município de Toledo - 1º semestre de 1996). Possui Área Territorial de 1.195,580 km² e Área Territorial Urbana de 54,564 km², contendo 25 bairros.

O município de Toledo tem 25 bairros em sua zona urbana, sendo os seguintes: Jardim Europa/América, Jardim Independência, Jardim Concórdia, Jardim Porto Alegre, Jardim Gisela, Vila Industrial, Tocantins, Jardim Coopagro, Jardim Santa Maria, Vila Becker, Jardim La Salle, Jardim Pancera, Cerâmica Prata, Jardim Parizotto, Jardim Bressan, Sadia, São Francisco, Vila Panorama, Vila Pioneiro,

Pinheirinho, Vila Operária, Centro, Cristo Rei, Jardim Panorama II e Usina.

Ainda em relação à divisão administrativa, Toledo possui 12 distritos, os quais são: Concórdia do Oeste, Dez de Maio, Dois Irmãos, Novo Sarandi, Novo Sobradinho, São Luiz do Oeste, Boa Vista, São Miguel, Vila Ipiranga, Vila Nova, Bom Princípio e Vista Alegre.

6.1.2. Clima

Com base na classificação climática de Wladimir Koeppen de 1993, pode-se dizer que o clima de Toledo é subtropical úmido mesotérmico, com verões quentes e geadas pouco frequentes, com tendência de concentração das chuvas nos meses de verão, sem estação seca definida (Fonte: IAPAR).

6.1.3. Relevo

O Município apresenta um relevo ligeiramente ondulado ao centro, Norte e Leste quase plano, no Nordeste e Sudoeste pouco acidentado. A Nordeste, existe uma pequena elevação com o nome de Serra de São Francisco, a Leste de Dez de Maio, entre esta vila e Linha União. Ao Sudoeste, encontra-se a pequena Serra das Palmeiras, que se localiza entre o Município de Ouro Verde do Oeste e a localidade de Cerro da Lola.

A ondulação do relevo toledano é quase simétrica, assinalada pela existência de quatro espigões paralelos, ou semiparalelos, que funcionam como divisores de água. Todos esses espigões situam-se na direção Oeste-Leste e canalizando as águas na grande bacia do Paraná.

6.1.4. Altitude

A altitude do Município é de 547 metros acima do nível do mar, com latitude sul 24º45’ e longitude oeste 53º42’. O ponto mais elevado fica entre o Distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado, com a altitude de 687 metros (dados da folha MI – 281/4 do Ministério do Exército – Departamento de Engenharia e Comunicações – Diretoria de Serviço Geográfico Região Sul do Brasil.

6.1.5. Solo

O solo do Município, na sua maioria, é do tipo latossolo roxo (terra roxa), com boa capacidade de retenção de água, ventilação e permeabilidade. É um tipo de solo caracterizado pelas rochas eruptivas (vulcões), muito fértil, favorável à exploração agrícola, entretanto necessita das práticas de conservação de solo para o controle da erosão.

6.1.6. Vegetação

O município de Toledo, no início era coberto por enormes extensões de pinheirais interrompidas apenas por manchas de campo, conhecida como campina. Devido a exploração desenfreada da madeira e com a mecanização agrícola dos anos 70, atualmente as áreas de mata nativa não passam de 5% no município, com destaque para pequenas reservas e mata ciliar, que está sendo recuperada com o plantio de espécies nativas para proteger os mananciais e a fauna aquática.

As áreas de reflorestamento com eucalipto, pinus e araucária somam aproximadamente 2.700 hectares. As áreas existentes como preservação ambiental são: Complexo Turístico do Rio São Francisco, Parque Ecológico Diva Paim Barth, Parque Linear de Toledo, Parque dos Pioneiros, Viveiro Municipal e quatro Reservas Particulares do Patrimônio Natural, totalizando uma área de 923 hectares, com cobertura de floresta nativa e fauna silvestre diversificada.

6.1.7. Hidrografia.

Todos os rios que compõem a hidrografia de Toledo correm no sentido leste-oeste. As principais bacias hidrográficas são as do Rio São Francisco e do Marreco (centro), do Guaçu e Dezoito de Abril (ao norte), Rio Santa Quitéria (sul).

O Rio Toledo é considerado o mais importante, uma vez que corta o perímetro urbano da sede do Município e também suas águas são utilizadas para o abastecimento de água tratada pela SANEPAR (Serviço de Saneamento do Paraná). O Rio Toledo possui uma extensão de 27 km, sendo que a sua nascente fica ao leste da cidade, entre o distrito de São Luiz do Oeste e a localidade de Gramado. As sangas que compõem a bacia hidrográfica do Rio Toledo são: Sanga Perdida, Sanga Golondrina, Sanga Guarani, Sanga Manaus, Sanga Pinheirinho, Sanga Capellari, Sanga Lajes.

Para integrar a bacia hidrográfica do Rio Toledo à cidade, foi desenvolvido um projeto de recuperação ambiental do rio, e faz parte deste, o Projeto Parque Linear, que objetiva a integração das margens do rio na malha urbana.

6.2. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO

O Município de Toledo está situado em uma região de colonização recente. Sua efetiva ocupação deu-se nas décadas de 1940 e 1950, tanto que em 1960 havia apenas cinco municípios na região: Foz do Iguaçu, Cascavel, Toledo, Guaíra e Guaraniaçu.

Toledo surgiu quando a Industrial Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A – "MARIPÁ", começou a explorar uma área de terra adquirida dos ingleses – Fazenda Britânia. A atividade inicial era a exportação de madeira para Argentina e Uruguai. Progressivamente a Maripá organizou um plano de colonização, fundamentado em pequenas propriedades (em média 10 (dez) alqueires paulistas), com o objetivo de implantar uma estrutura de propriedade que garantisse a produção para a subsistência e que, pela diversificação, estimulasse uma economia de mercado capaz de reforçar as relações capitalistas de produção. Para tanto havia um produtor e um consumidor em potencial. Eram as famílias de pequenos proprietários do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, fundamentalmente descendentes de alemães e italianos, detentoras de tecnologias herdadas dos seus ancestrais europeus.

O desenvolvimento de Toledo se deu de uma forma acelerada. Inicialmente convergente em torno da economia das comunidades agrícolas, o que emprestou à sociedade um forte espírito gregário. Posteriormente, na passagem da década de 1960/1970, a modernização

agrícola imprimiu novas relações no campo e a especialização agrícola favoreceu a monocultura e a concentração da propriedade, ocasionando o êxodo rural e a acelerada urbanização.

O comportamento demográfico do Município e da Região comprova este quadro. Toledo recebera seu primeiro contingente de colonizadores em 1946. Já em 1951 fora decretado Município, que veio a ser instalado oficialmente a 14 de dezembro de 1952.

A suinocultura, que era atividade complementar para os pioneiros, foi desenvolvendo-se na década de 50, levando à fundação do Frigorífico Pioneiro S/A.

O Frigorífico teve seu controle acionário adquirido pela empresa Sadia no ano de 1964, a qual passou a influir decisivamente na atividade, a qual passou a influir decisivamente na atividade, atualmente Empresa BRF – Brasil Foods.

A produção não só é um dos principais itens do PIB (Produto Interno Bruto) como também um símbolo do Município, evidenciado com a realização anual da Festa Nacional do Porco no Rolete, hoje prato típico de Toledo e do Paraná.

A avicultura também teve um grande impulso, a partir do ano de 1979, com a implantação da produção avícola em moldes industriais, representando em valores, o maior item de produção do Município.

Outros segmentos se destacam, indicando uma diversificação de atividades: pecuária de leite, piscicultura, indústria de bebidas e têxtil, metalúrgica, farmacêuticas e outras.

A cidade apresenta ótimos índices de qualidade de vida. A sociedade desperta para a necessidade de preservação e recuperação dos recursos naturais e para a promoção do desenvolvimento sustentável, apresentando indicadores de evolução nos mais diversos setores, como por exemplo, esporte, cultura e gastronomia. O crescimento de Toledo tem gerado desafios que estão sendo enfrentados com atenção voltada à preservação e ampliação da qualidade de vida (Plano Municipal de Saúde – 2010 a 2013).

6.3. ASPECTOS POPULACIONAIS

O espaço que compreende hoje o Município de Toledo e municípios vizinhos como Marechal Cândido Rondon, Nova Santa Rosa,

Pato Bragado, Maripá, até março de 1946, era considerado um sertão desabitado. Com o início da colonização, a partir de 1946 até 1949, não houve um aumento significativo da população, devido às dificuldades iniciais e da falta de infraestrutura. Mas com a abertura de estradas, venda de terras, propagação dos planos de colonização, no início dos anos de 1950, houve uma expansão demográfica expressiva.

Em 1990 e 1993, ocorreu o desmembramento de áreas, respectivamente com a criação dos municípios de Ouro Verde do Oeste e São Pedro do Iguaçu. A redução de habitantes, em Toledo, foi de 8.752.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelas frentes pioneiras de colonização, que representaram os fatores de crescimento do Município. Estas frentes oriundas, fundamentalmente, das zonas de colonização do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, vieram em busca de novas fronteiras agrícolas. Assim, até 1970 o crescimento demográfico e, também, econômico se deu em função da expansão das fronteiras agrícolas. É por esta razão que a maioria absoluta da população se concentrou no meio rural, 78,24% em 1970.

Com a progressiva modernização agrícola e a consequente especialização do setor, voltada à produção de grãos para a exportação, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por profundas transformações na região. O modelo de desenvolvimento associado, pelo qual optou-se em nível nacional, atrelou a produção agrícola à demanda do mercado e impôs tecnologias emanadas dos interesses do capital internacional.

A urbanização de Toledo está fortemente associada ao êxodo rural na Região Oeste do Paraná. Em 1970, Toledo concentrava, apenas, 21,76% da sua população no meio urbano. Já em 1980, este contingente populacional aumentou para 52,89%; em 1991 para 76,30%; em 1996 para 84,20% e em 2000 para 87,49%. É óbvio que o rápido crescimento urbano não se deve exclusivamente ao deslocamento da população rural para a cidade. A expansão do setor industrial também atuou como agente de atração de mão-de-obra regional. Apesar de todo esse crescimento populacional na área urbana, o Município de Toledo tem um dos melhores índices de qualidade de vida da Região Oeste.

6.3.1 População Absoluta

Segundo o Censo de 1980, o extremo oeste paranaense já era a segunda microrregião em população absoluta com o número de

960.709 habitantes e Toledo, nessa microrregião, o terceiro Município possuindo 81.282 habitantes. Em 2000, segundo a contagem realizada pelo IBGE, a população absoluta do Oeste do Paraná atingiu o número de 1.138.582 habitantes. Atualmente o município de Toledo conta com uma população total de 144.601 habitantes (IBGE, 2021).

A seguir a Tabela 02 expõe a população censitária segundo tipo de domicílio e sexo no ano de 2010.

TABELA 01 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO – 2010

Tipo de domicílio	Masculino	Feminino	Total
Urbano	54.625	55.634	108.259
Rural	5.712	5.342	11.054
Total	58337	60.976	119.313

FONTE: IBGE - Censo Demográfico (2010).

6.3.2 Grupos Étnicos

A formação do povo toledano se deu pela influência de grupos nacionais, estrangeiros e mistos (descendentes de alemães, italianos, portugueses e japoneses nascidos no Brasil, em Toledo ou não). Na evolução histórica, a formação étnica do Município de Toledo, de origem quase toda sulista, deu-se com a migração de colonos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e, numa porcentagem muito pequena, do Paraná.

6.4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Município de Toledo apresenta uma realidade marcada por transformações socioeconômicas que ao longo dos anos alteraram o perfil da cidade.

A evolução socioeconômica expressa mudanças no desenvolvimento, que se deu de forma acelerada, passando de uma economia

agrícola para uma economia diversificada, em função do processo de urbanização e do aumento considerável da população.

6.5. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M)

O IDH-M é construído a partir de diversas informações cruzadas, dimensionando as condições sociais da população, para tanto se utilizam os dados de esperança de vida, escolaridade, analfabetismo e renda, assim este índice é a síntese que possibilita visualizar o grau de desigualdade de determinado município ou estado, quanto mais próximo de 1 (um), menores serão as desigualdades sociais.

O significativo desempenho econômico do Município reflete a combinação dos resultados positivos que vêm sendo registrados pelos setores agropecuário, industrial e de serviços, apresentando um crescimento do IDH-M de 42,49% nos últimos 20 anos.

Segundo consta no IPARDES (2013), Toledo desfruta de IDH-M de 0,768 considerado alto, pois está dentro da classificação de 0,700 a 0,799.

6.6. CONSELHOS MUNICIPAIS

O surgimento dos Conselhos Municipais no cenário político brasileiro é recente em relação às formas tradicionais de gestão das políticas públicas.

No Brasil, o debate sobre conselhos ganhou importância nos anos 1990 com o resultado da Constituição de 1988, que inovou ao adotar mecanismos de participação direta dos cidadãos nas tomadas de decisões públicas. A Constituição de 1988 afirma, como princípio orientador, que "todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição" (art. 1º, Parágrafo Único) (BRASIL, 1998).

Conforme Chaia e Tótora (2002), a descentralização é importante, pois possibilita um controle maior da população sobre o poder Executivo municipal, como também facilita uma fiscalização mais rigorosa na atuação do poder Legislativo. O município é o local

adequado para a implantação da descentralização, pois é o poder mais próximo e presente na vida dos cidadãos.

Um papel fundamental dos Conselhos é o Controle Social, que implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados (RAICHELIS, 2000).

Abaixo, segue o Quadro com os Conselhos criados no município de Toledo:

QUADRO 02 - CONSELHOS REGULAMENTADOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CMPCD	LEI N° 2.72/2011	FICA CRIADO O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE TOLEDO (CMPCD), VINCULADO ADMINISTRATIVAMENTE À SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO, COM O OBJETIVO DE ASSEGURAR ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA O PLENO EXERCÍCIO DOS DIREITOS INDIVIDUAIS E SOCIAIS
CONSELHO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR - CONDECON	LEI N°1.912/2005	O CONDECON TEM COMO COMPETÊNCIA PROPOR PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, FORMULANDO E SUGERINDO ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR. ACOMPANHA E FISCALIZA A GESTÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR, BEM COMO APROVA E PUBLICA A PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL.
CONSELHO MUNICIPAL DO TRABALHO, EMPREGO E RENDA - COMTER	LEI N° 2.330/2020	ÓRGÃO COLEGIADO DE CARÁTER PERMANENTE, DELIBERATIVO E FISCALIZADOR, COM A FINALIDADE DE ESTABELECER, ACOMPANHAR E AVALIAR A POLÍTICA MUNICIPAL DO TRABALHO, EMPREGO E RENDA, PROPONDO AS MEDIDAS

		NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE EMPREGO.
CONSELHO MUNICIPAL DO AGRONEGÓCIO – CMDAT	LEI N° 2.348/2021	ÓRGÃO VINCULADO À SECRETARIA MUNICIPAL DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO, OU SUA SUCEDÂNEA, COM A FINALIDADE DE PROMOVER O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEGMENTO RURAL, CONSTITUÍDO PELOS ORGANISMOS, ENTIDADES E LIDERANÇAS DE PRODUTORES E TRABALHADORES RURAIS DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - CMSPDS	LEI N° 2.331/2020	ÓRGÃO COLEGIADO, CONSULTIVO, DE ACOMPANHAMENTO E DE INCENTIVO, QUE DESENVOLVERÁ SUAS ATIVIDADES SEM HIERARQUIA E RESPEITANDO A AUTONOMIA DAS INSTITUIÇÕES QUE O COMPÕEM, COM A FINALIDADE DE COOPERAR COM O PODER EXECUTIVO NAS QUESTÕES RELATIVAS À SEGURANÇA DO MUNICÍPIO E DAS PESSOAS FÍSICAS E NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E À CRIMINALIDADE.
CONSELHO MUNICIPAL DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E DE ESGOTO SANITÁRIO DE TOLEDO.	DECRETO 306/2006	CONSIDERANDO O QUE DISPÕE O CONTRATO DE CONCESSÃO PARA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E DE ESGOTOS SANITÁRIOS COC Nº 402/2005, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE TOLEDO E A COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ (SANEPAR), FICA CONSTITUÍDO O CONSELHO MUNICIPAL DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E DE ESGOTO SANITÁRIO DE TOLEDO
CONSELHO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - COMDET	LEI N° 2.242/2017	O CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE TOLEDO (COMDET), É ÓRGÃO COM CARÁTER DELIBERATIVO E CONSULTIVO, PARA FORMULAR E FAZER EXECUTAR AS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, NOS TERMOS DESTA LEI E DE SEU REGIMENTO INTERNO.

CONSELHO MUNICIPAL DA CIDADE DE TOLEDO – CONCIDADE TOLEDO	LEI N° 2.268/2018	ÓRGÃO COLEGIADO QUE REÚNE PARITARIAMENTE REPRESENTANTES DO PODER PÚBLICO E DA SOCIEDADE CIVIL, DE NATUREZA PERMANENTE, COM CARÁTER DELIBERATIVO, PROPOSITIVO, NORMATIVO E CONSULTIVO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO URBANO E RURAL, VINCULADO ADMINISTRATIVAMENTE À SECRETARIA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO MUNICÍPIO.
CONSELHO MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER	PL 123/2021 (EM TRAMITAÇÃO)	
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CMDCA	LEI N° 2.043/2010	O CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE É O ÓRGÃO DELIBERATIVO, NORMATIVO, CONSULTIVO, CONTROLADOR E FISCALIZADOR DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, DISCIPLINADO POR ESTA LEI, EM CONFORMIDADE COM AS AÇÕES EM TODOS OS NÍVEIS DA POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, OBSERVADA A COMPOSIÇÃO PARITÁRIA DE SEUS MEMBROS, NOS TERMOS DO ARTIGO 88, INCISO II, DA LEI FEDERAL Nº 8.069/1990 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE).
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	LEI N° 2.094/2012	ÓRGÃO COLEGIADO MÁXIMO E PERMANENTE, RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO ÂMBITO MUNICIPAL.
CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICA CULTURAL – CMPC	LEI N° 2.081/2011	ÓRGÃO DE CARÁTER NORMATIVO, CONSULTIVO, DELIBERATIVO E FISCALIZADOR, INTEGRANTE DA ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA CULTURA, COM COMPOSIÇÃO PARITÁRIA ENTRE O PODER PÚBLICO E A SOCIEDADE CIVIL, QUE, NO ÂMBITO MUNICIPAL, OBJETIVA INSTITUCIONALIZAR A RELAÇÃO ENTRE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E OS SETORES DA SOCIEDADE CIVIL LIGADOS À CULTURA,

		PARTICIPANDO DA ELABORAÇÃO, DA EXECUÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO DA POLÍTICA CULTURAL DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO - CME	LEI N° 2.026/2010	ÓRGÃO COLEGIADO REPRESENTATIVO DA COMUNIDADE, PREVISTO NO ARTIGO 111 DA LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, TEM A COMPETÊNCIA NORMATIVA E AS FUNÇÕES CONSULTIVA, DELIBERATIVA E FISCALIZADORA, MEDIADOR ENTRE A SOCIEDADE CIVIL E O PODER PÚBLICO MUNICIPAL, NA DISCUSSÃO, ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO, DA GESTÃO DEMOCRÁTICA DO ENSINO PÚBLICO, NA CONSTRUÇÃO E NA DEFESA DA EDUCAÇÃO DE QUALIDADE PARA TODOS OS MUNÍCIPES.
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS	LEI N° 2003/2009 (EM PROCESSO DE ALTERAÇÃO, HAVERÁ MUDANÇA DE N° DE LEI)	O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CMAS), INSTITUÍDO PELA LEI Nº 1.781/1995, É MANTIDO COMO ÓRGÃO NORMATIVO, DELIBERATIVO, CONTROLADOR E FISCALIZADOR DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DE HABITAÇÃO	LEI N° 1.734/1993	CONSELHO DELIBERATIVO, RESPONSÁVEL PELA APROVAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS HABITACIONAIS INTEGRANTES DA POLÍTICA HABITACIONAL MUNICIPAL, BEM COMO PELA APROVAÇÃO DOS RECURSOS DO FUNDO PARA FINANCIAMENTO DA POLÍTICA HABITACIONAL DO MUNICÍPIO DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DE TURISMO	LEI N° 1.823/1999	ÓRGÃO NORMATIVO, CONSULTIVO, DELIBERATIVO, DE ASSESSORAMENTO E FISCALIZADOR, DESTINADO A PROMOVER E GARANTIR O APRIMORAMENTO DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO TURÍSTICO DO MUNICÍPIO.
CONSELHO MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE – CMMA	LEI N° 1881/2004	ÓRGÃO COLEGIADO, CONSULTIVO DE ASSESSORAMENTO AO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL E DELIBERATIVO, NO ÂMBITO DE

		SUA COMPETÊNCIA, SOBRE QUESTÕES AMBIENTAIS.
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER – CMDM	LEI N° 2.145/2013	ÓRGÃO DE CARÁTER PERMANENTE E DE NATUREZA CONSULTIVA E DELIBERATIVA, CRIADO ORIGINARIAMENTE COMO CONSELHO MUNICIPAL DA CONDIÇÃO FEMININA, PELO DECRETO Nº 001, DE 15 DE JANEIRO DE 1985, E INSTITUCIONALIZADO PELA LEI Nº 1.413, DE 20 DE ABRIL DE 1988, COM AS ALTERAÇÕES PROCEDIDAS PELA LEI Nº 1.970, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007, TEM POR FINALIDADE POSSIBILITAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR, FORMULAR E PROPOR DIRETRIZES DE AÇÃO GOVERNAMENTAL VOLTADAS À PROMOÇÃO DOS DIREITOS DAS MULHERES E ATUAR NO CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE VISEM À EQUIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES.
CONSELHO MUNICIPAL DE TRÂNSITO	LEI N° 1.998/2008	ÓRGÃO CONSULTIVO DE TRÂNSITO E RODOVIÁRIO DO MUNICÍPIO, VINCULADO À SECRETARIA DE SEGURANÇA E TRÂNSITO DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA – CMDI	LEI N° 2.249/2017 (EM PROCESSO DE ALTERAÇÃO, HAVERÁ MUDANÇA DE N° DE LEI)	ÓRGÃO PERMANENTE, PARITÁRIO, DELIBERATIVO, CONTROLADOR, CONSULTIVO E FISCALIZADOR DA POLÍTICA DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.
CONSELHO MUNICIPAL SOBRE DROGAS – COMAD	LEI N° 2061/2011	ÓRGÃO CONSULTIVO, NORMATIVO, PROPOSITIVO E DELIBERATIVO, CONDICIONADO À CAPACIDADE ECONÔMICO-ORÇAMENTÁRIA DO MUNICÍPIO, QUE, EM PARCERIA COM OS DEMAIS SEGMENTOS GOVERNAMENTAIS E/OU NÃO-GOVERNAMENTAIS, INTEGRA AS POLÍTICAS DE PREVENÇÃO, RECUPERAÇÃO E COMBATE ÀS DROGAS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.
CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – COMSEA	LEI N° 2.186/2014	PARTE DOS COMPONENTES MUNICIPAIS DO SISTEMA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISAN), O

		CONSELHO TEM CARÁTER DELIBERATIVO PARA A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL DE CADA PESSOA À ALIMENTAÇÃO E À SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.
CONSELHO MUNICIPAL DA JUVENTUDE DE TOLEDO – COMJUTO.	LEI N° 1.838/2001	ÓRGÃO CONSULTIVO, DESTINADO A PROMOVER E GARANTIR O APRIMORAMENTO DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA JUVENTUDE TOLEDANA.
CONSELHO MUNICIPAL DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA E DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO - CACS-FUNDEB	LEI N° 2.342/2021	ÓRGÃO COLEGIADO QUE TEM POR FINALIDADE ACOMPANHAR A REPARTIÇÃO, TRANSFERÊNCIA E APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DO FUNDEB NO MUNICÍPIO DE TOLEDO, EM CONFORMIDADE COM A LEI FEDERAL Nº 14.113/2020.
CONSELHO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO PLANO DIRETOR – CMDAPD	LEI Nº 1.979/ 2008	ÓRGÃO DE CONSULTORIA OBRIGATÓRIA E PERMANENTE DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL PARA ASSUNTOS RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO DIRETOR DO MUNICÍPIO.

Fonte: disponível em http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/generico/norma_juridica_pesquisar_form?incluir=0. Acesso em 23/10/2021.

7. QUADRO DEMOGRÁFICO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO MUNICÍPIO

Ao se considerar a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes como uma perspectiva de totalidade, pretende-se apresentar alguns dados referentes a este público no município de Toledo.

A Tabela a seguir expressa a população censitária de crianças e adolescentes segundo faixa etária e sexo no ano de 2009.

TABELA 02 - POPULAÇÃO CENSITÁRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO – 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 01 ano	742	709	1.451
01 a 04 anos	3.186	3.056	6.242
05 a 09 anos	4.571	4.394	8.965
10 a 14 anos	4.803	4.649	9.452
15 a 19 anos	5.239	5.104	10.343
20 a 29 anos	10.512	10.467	20.979
30 a 39 anos	8.866	9.318	18.184
40 a 49 anos	8.066	9.071	17.137
50 a 59 anos	5.571	6.145	11.716
60 a 69 anos	3.100	3.736	6.836
70 a 79 anos	1.753	2.186	3.939
80 anos ou mais	603	927	1.530
TOTAL	57.012	59.762	116.774

Fonte: IBGE, estimativas, 2009[1].

Diante disso, ressalta-se que com base nos dados daquela época, aproximadamente 36.453 crianças e adolescentes residiam no município de Toledo, o que correspondia a 31,21% da população total.

Isso evidencia a importância do planejamento de ações que atendam as crianças e adolescentes como prioridade absoluta com base nos princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Conforme o Art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente:

> É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990).

8. MAPEAMENTO SETORIAL DAS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE

Neste item será explanado acerca das áreas de Assistência Social, Educação, Saúde, Esporte, Cultura, Juventude e Desenvolvimento Humano, principalmente no que tange às crianças e adolescentes do município.

8.1. ASSISTÊNCIA SOCIAL

A década de 1980 foi marcada por lutas através da mobilização da sociedade civil no processo de redemocratização do país, que culminou na aprovação da nova Constituição Federal de 1988, conhecida como a "Constituição Cidadã", devido ao reconhecimento e ampliação dos direitos sociais que possibilitou inovações ao instituir espaços de participação popular na formulação, gestão e controle social das Políticas Públicas.

É neste cenário que a Assistência Social se consolida enquanto Política Pública compondo a Seguridade Social brasileira junto com a Política de Saúde e da Previdência Social.

Em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS[1], regulamentando os Art. 203 e 204 da Constituição Federal, em que a Assistência Social passa a ser Política de direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

Neste contexto inicia-se a construção de uma gama de documentos norteadores para a fundamentação da Assistência Social entre as quais, Normas Operacionais Básicas e o texto da Política Nacional de Assistência Social.

Após dez anos da aprovação da LOAS, com as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, iniciou-se a construção de novas diretrizes para a Política Nacional de Assistência Social (2004), a qual estabelece níveis de complexidade de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade na Assistência Social, enfatizando os mecanismos de Gestão Social

[1] Alterada pela Lei 12.435, de 06/07/2011.

de Planejamento, Financiamento e Monitoramento e Avaliação, com o princípio da Territorialização na perspectiva da intervenção fundada no conhecimento da realidade através de um diagnóstico sócio-territorial em âmbito nacional, e a partir daí institui-se o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Enquanto Política de Proteção Social, a Assistência Social deve garantir a quem dela necessitar, um sistema de seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e autonomia), segurança de acolhida e segurança de convívio ou vivência familiar.

A partir de 2005 inicia-se a implantação do SUAS no país, e nos últimos anos foram produzidas legislações e documentos norteadores de forma a fortalecer a Assistência Social enquanto Política Pública de Direito e superar a perspectiva da ajuda. Desta forma, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais criada pela Resolução 109 de 2009 do CNAS, estabelece os tipos de Serviços a serem ofertados pela área de Assistência Social, orientando e dando as diretrizes para toda a Rede Sociossistencial que executa os Serviços de Assistência Social.

Em Toledo o SUAS passou a ser implantado a partir de 2005, quando o Município foi habilitado em Gestão Básica, classificando-se como município de Grande Porte pelas Diretrizes da atual PNAS, contando com 119.313 mil habitantes (IBGE,2010).

Nesse período de implantação do SUAS no Município houve um reordenamento da Rede Socioassistencial e da Gestão da Política.

São considerados serviços de proteção básica de assistência social aqueles que potencializam a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos de solidariedade, através do protagonismo de seus membros e da oferta de um conjunto de serviços locais que visam a convivência, a socialização e o acolhimento em famílias cujos vínculos familiares e comunitário não foram rompidos, bem como a promoção da integração ao mercado de trabalho.

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e individualizada, e/ou, acompanhamento sistemático e monitorado.

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser

retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

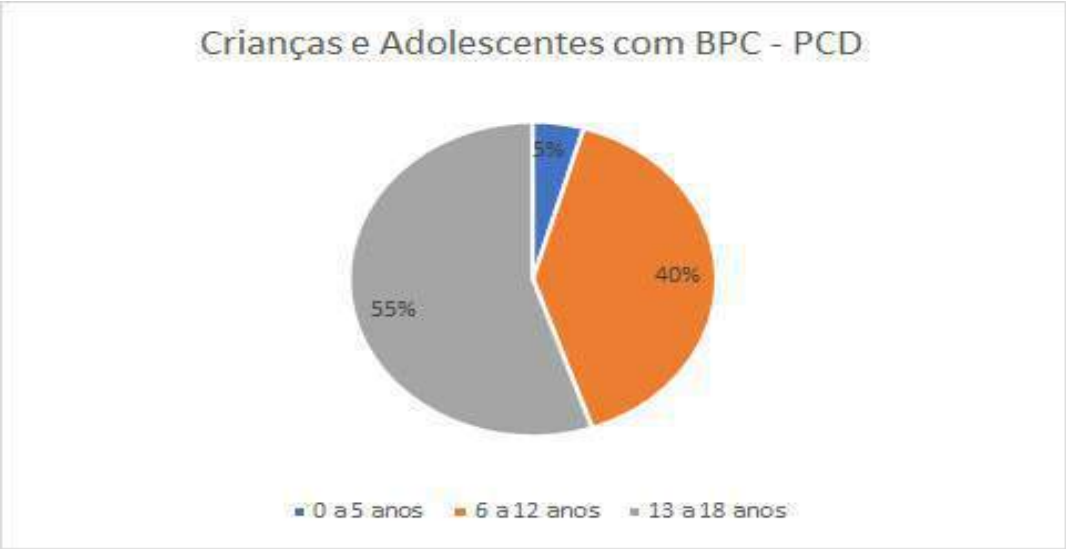
Em nosso Município desde o processo de reordenamento dos Serviços, a Gestão municipal elaborou a divisão de territórios considerando dados populacionais e de vulnerabilidade e risco. Constituiu-se então, 5 territórios na cidade e 1 que representa os distritos. Assim, foram implantados, na área governamental, de 2005 até a atualidade, 6 CRAS e 2 CREAS, 4 unidades de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV para crianças e adolescentes, 2 unidades de SCFV para Pessoas Idosas e 3 unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes. Na área não governamental, o Município financia 4 unidades de SCFV para crianças e adolescentes, 1 que executa PSB no domicílio e PSE para pessoas com deficiência e suas famílias e 1 de Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas Idosas.

8.1.1. Diagnóstico

O Município de Toledo conta com uma população estimada de 144.601 habitantes, conforme IBGE. Desta população, até julho de 2021, 10.687 famílias estão cadastradas no Cadastro Único, correspondendo a 27.278 pessoas cadastradas, sendo beneficiárias do Programa Bolsa Família 1.871 famílias, o que totaliza 5.549 pessoas.

No gráfico abaixo apresentamos o número de crianças e adolescentes inscritas no Cadastro Único, totalizando 9.292 crianças e adolescentes.

GRÁFICO 1 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSCRITOS NO CADASTRO ÚNICO.



Fonte: Departamento de Vigilância Socioassistencial - Base BPC/RMV - Fevereiro 2021

Deste total de mais de 9 mil crianças e adolescentes inscritas no cadastro único, 2.751 integram famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Com relação ao Benefício de Prestação Continuada, totalizam 134 crianças e adolescentes beneficiárias do BPC PCD, sendo a maior porcentagem entre os adolescentes de 13 a 18 anos que corresponde a 74 adolescentes, o menor número corresponde a crianças de 0 a 5 anos com apenas 6 beneficiários.

8.1.2 Rede de Serviços e Programas de atendimento à criança e ao adolescente na Assistência Social.

A Política Municipal de Assistência Social está estruturada em dois eixos: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade).

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

A Proteção Social Básica conta com os seguintes equipamentos/Serviços que atendem crianças, adolescentes e suas famílias:

- **Centro de Referência de Assistência Social - CRAS**

  - CRAS I – Vila Pioneiro
  - CRAS II – Jardim Europa/América
  - CRAS III – Jardim Coopagro
  - CRAS IV – Jardim Panorama
  - CRAS V – Santa Clara IV
  - CRAS VI – Itinerante (Distritos e Área Rural)

- **Serviços de Convivência Governamentais**

  - Espaço Vida - Florir Toledo
  - Núcleo de Atendimento à Criança e Adolescente – NACA
  - ProJovem Adolescente (executado no CRAS I, CRAS II, CRAS III, CRAS IV e CRAS V)
  - Unidade Social São Francisco – USSF
  - Unidade Social Coopagro - USC
  - Circo da Alegria
  - SCFV Escola Municipal Osvaldo Cruz
  - SCFV Escola Municipal Orlando Luiz Basei

- **Serviços de Convivência Não Governamentais**

- Ação Social São Vicente de Paulo
- Aldeia Infantil Betesda
- Casa de Maria
- Centro de Educação Infantil Ledi Maas

- APAE: Serviço de Proteção Social Básica à Domicílio para Pessoas com Deficiência e suas Famílias

A Proteção Social Básica (PSB) visa apoiar as famílias e indivíduos na ampliação de sua proteção social, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Os serviços da PSB atendem a população em situação de vulnerabilidade, incluindo as inseridas no Cadastro Único, beneficiárias do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

A Proteção Social Básica no município de Toledo conta com os seguintes Serviços:

- PAIF: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, ofertado nos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social);
- SCFV: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, ofertado nos CRAS, bem como nos Centros de Convivência, tanto governamentais quanto não governamentais;
- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas Idosas e com Deficiência: atualmente desenvolvido pela entidade APAE.

QUADRO 2 - TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DOS CRAS.

TERRITÓRIOS DOS CRAS - CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ENDEREÇO DO CRAS	BAIRROS PERTENCENTES
CRAS I – VILA PIONEIRO RUA DR. CIRO FERNANDES DO LAGO, 167 VILA PIONEIRO FONE: 3378-8636 CELULAR: 9156-2292 CRASPIONEIRA@HOTMAIL.COM	CENTRO, VILA PIONEIRO, VILA OPERÁRIA, VILA BOA ESPERANÇA, JARDIM MARACANÃ, PAULISTA, JARDIM ALTO ALEGRE, JARDIM PARAÍSO, BANDEIRANTES, PARK VERDE, JARDIM DA MATA, JARDIM LARANJEIRAS, BOM JESUS E ROSSONI. EXPANSÃO NA PR – 317 NA FAIXA DA 1º DE MAIO COM A RUA CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES.
CRAS II – JARDIM EUROPA RUA CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, 667 JARDIM EUROPA FONE: 3252-7585 CELULAR: 9 9103-2019 CRASEUROPA@HOTMAIL.COM	JARDIM EUROPA/AMÉRICA, JARDIM CONCÓRDIA, INDEPENDÊNCIA, JARDIM PORTO ALEGRE, BELA VISTA, SANTA CLARA III, PEDRINI, JARDIM CARELLI E SÃO PELEGRINO.
CRAS III – JARDIM COOPAGRO RUA JOSÉ AYRES, 746 – ESQUINA COM RUA OTAVIO MAGALHÃES – JARDIM COOPAGRO FONE: 3278-3125 CELULAR: 9 9154-7753 CRASCOOPAGRO@HOTMAIL.COM	VILA BECKER, JARDIM LA SALLE, JARDIM SANTA MARIA, TOCANTINS, VILA INDUSTRIAL, JARDIM GISELA, FACHINI, PLANALTO, JARDIM COOPAGRO, JARDIM PANCERA, JARDIM DAS ORQUÍDEAS, BASSO, JARDIM ANÁPOLIS, JARDIM SANTA CLARA I, JARDIM PASQUALLI E JARDIM FILADÉLFIA.

CRAS IV – PANORAMA RUA CARLOS SBARAINI, 2251 JARDIM PANORAMA FONE: 3252-7958 CELULAR:9 9121-8458 CRAS4PANORAMA@YAHOO.COM.BR	VILA PANORAMA, SÃO FRANCISCO, CERÂMICA PRATA, BRESSAN, PARIZOTTO, BELO HORIZONTE, CROMA, FILADÉLFIA, SANTA CLARA II, JARDIM DAS TORRES, CEZAR PARK E VILA RURAL.
CRAS V – SANTA CLARA IV RUA LEDI FISHER MAAS, 1180 JARDIM SANTA CLARA IV FONE: 3278-7287 CELULAR: 9 9129-6058 CRAS.SANTACLARA@HOTMAIL.COM	PINHEIRINHO, SANTA CLARA IV, SANTA CLARA V, BARCELONA, JARDIM HELOÍSA, JARDIM DAS ACÁCIAS, NASCER DO SOL.
CRAS VI – ITINERANTE RUA DR. CIRO FERNANDES DO LAGO, 167 VILA PIONEIRO FONE: (45) 3378-8618/3378-7011 CELULAR: (45) 99138-7214 CRAS.ITINERANTE@HOTMAIL.COM	DISTRITOS DE TOLEDO E ÁREA RURAL. EXPANSÃO NA PR – 317 A PARTIR DA RUA CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES.

Fonte: Departamento de Gestão do SUAS, fevereiro de 2021.

Toledo conta com 6 unidades de CRAS, sendo a última delas implantada no ano de 2020 (CRAS Itinerante). O trabalho do CRAS tem como objetivo a prevenção de riscos, por meio do desenvolvimento de potencialidade e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários,

tendo como eixo central o PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família, ofertando ações continuadas, tendo como prioridade: famílias com maior grau de vulnerabilidade, famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF e famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Além do PAIF, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV também está referenciado ao CRAS, podendo ocorrer dentro deste equipamento ou em outra localidade. Visa complementar as ações do PAIF, promovendo a convivência comunitária e prevenindo a ocorrência ou o agravamento de situações de risco social.

Os indivíduos e famílias podem acessar o CRAS das seguintes maneiras:

· Espontânea, quando a própria pessoa busca o CRAS;

· Busca ativa, quando a equipe técnica busca a família;

· Encaminhamento da rede socioassistencial, trata-se de encaminhamento feito por algum órgão ou entidade ligado a Secretaria de Assistência Social, seja ele governamental ou não-governamental;

· Encaminhamento de outros setores, como por exemplo: advindos de escolas ou colégios, do Ministério público, Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, entre outros.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV desenvolve ações complementares ao PAIF a fim de realizar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social.

Os SCFVs possuem caráter preventivo, protetivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos indivíduos.

Cada unidade que executa o SCFV está referenciada ao CRAS de seu território.

Seguem os SCFVs que atendem crianças e adolescentes em nosso Município:

- **Serviços de Convivência Governamentais**

- Espaço Vida - Florir Toledo (Referenciado ao CRAS III)
- Núcleo de Atendimento à Criança e Adolescente – NACA (Referenciado ao CRAS I)
- ProJovem Adolescente (executado no CRAS I, CRAS II, CRAS III, CRAS IV E CRAS V)
- Unidade Social São Francisco – USSF (Referenciado ao CRAS IV)
- Unidade Social Coopagro - USC (Referenciado ao CRAS III)
- Circo da Alegria (vinculado à Secretaria Mun. Educação) (Referenciado ao CRAS II)
- SCFV Escola Municipal Osvaldo Cruz (vinculado à Secretaria Mun. Educação) (Referenciado ao CRAS VI)
- SCFV Escola Municipal Orlando Luiz Basei (vinculado à Secretaria Mun. Educação) (Referenciado ao CRAS VI)

- **Serviços de Convivência Não Governamentais**

- Ação Social São Vicente de Paulo (Referenciado ao CRAS I)
- Aldeia Infantil Betesda (Referenciado ao CRAS III)
- Casa de Maria (Referenciado ao CRAS II)
- SCFV do Centro de Educação Infantil Ledi Maas (Referenciado ao CRAS I)

Cada Unidade que oferta o SCFV possui Programas e Projetos específicos. São desenvolvidas atividades nas áreas de cultura, esporte, lazer, formação para o mundo do trabalho, educação em saúde, meio ambiente, cidadania, dentre outras, sempre promovendo o fortalecimento dos vínculos através da convivência.

A forma de acesso do usuário se dará pela demanda encaminhada pelo CRAS de abrangência às unidades executoras dos serviços de convivência.

O usuário pode acessar o serviço através de procura espontânea, pelo encaminhamento da rede socioassistencial e demais políticas públicas e por meio dos órgãos do sistema de garantia de direitos.

Para a inserção no SCFV onde não há equipe técnica, esta é feita através do CRAS. A partir de então o usuário é inserido (se houver vaga) ou passa a fazer parte da lista de espera do Serviço. Nos equipamentos onde há equipe técnica, esta é responsável pelas inserções, devendo também referenciar a família aos CRAS do território, em especial para a inclusão no CadÚnico.

CADASTRO ÚNICO (CadÚnico)

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda. São consideradas famílias de baixa renda aquelas que possuem renda mensal por pessoa (renda per capita) de até meio salário mínimo ou renda familiar total de até três salários mínimos.

O Cadastro é obrigatoriamente utilizado para seleção em alguns programas, projetos, serviços e benefícios sociais, tais como: Programa Bolsa Família; Tarifa Social de Energia Elétrica; Carteira do Idoso; Isenção de taxas para concursos públicos; entre outros. O Cadastro deve ser atualizado a cada 24 meses, ou antes disso, caso ocorra alguma mudança nos dados da família.

A inclusão no CadÚnico não significa a seleção automática da família nos programas sociais, inclusive no Programa Bolsa Família, pois a inscrição atualizada no CadÚnico é um dos critérios para acesso, visto que, cada programa/serviço/benefício possui seus critérios próprios.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Na organização das ações de PSE é preciso entender que o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural pode incidir sobre as relações familiares, comunitárias e sociais, gerando

conflitos, tensões e rupturas, demandando, assim, trabalho social especializado.

A PSE de Média Complexidade organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado que requerem maior estruturação técnica e operativa, com competências e atribuições definidas, destinados ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Devido à natureza e ao agravamento destas situações, implica acompanhamento especializado, individualizado, continuado e articulado com a rede.

Considerando a definição expressa na Lei nº 12.435/2011, o CREAS é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Seu papel no SUAS define, igualmente, seu papel na rede de atendimento.

No ano de 2014 o município de Toledo, iniciou o processo de planejamento das ações em torno do reordenamento dos serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade, para tanto realizou mensalmente reuniões entre as direções e coordenações dos dois CREAS, no sentido de reflexão, estudos e definição de metodologias para que o reordenamento ocorresse. Em um primeiro momento foi realizado estudo uma apresentação dos serviços executados em cada equipamento, depois com estudo de documentação pertinente, diagnóstico do público atendido diagnóstico da população infanto-juvenil no município de Toledo, estabelecimento de fluxos e protocolos de gestão dos CREAS, visita técnica, Planejamento de Recursos Humanos, entre outras atividades, no mês de fevereiro de 2015 ocorreu efetivamente o reordenamento dos CREAS, passando a atuar por territórios. Em março de 2015 foi realizado o reordenamento dos serviços de média complexidade.

QUADRO 03 - TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DOS CREAS

CREAS I	**CREAS II**
RUA DR. CYRO FERNANDES DO LAGO, 167, VILA PIONEIRO – TELEFONE: 3378-2855	**RUA RAIMUNDO LEONARDI, 1081, CENTRO – TELEFONE: 3378-1267**

TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA	TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA
VILA PIONEIRO, VILA OPERÁRIA, VILA BOA ESPERANÇA, JARDIM MARACANÃ, JARDIM ALTO ALEGRE, PAULISTA, JARDIM PARAÍSO, BANDEIRANTES, PARK VERDE, JARDIM DA MATA, JARDIM LARANJEIRAS, JARDIM EUROPA/AMÉRICA,CONCÓRDIA, INDEPENDÊNCIA,BELA VISTA, SANTA CLARA III, PEDRINI, JARDIM HELOÍSA, JARDIM CARELE, BOM JESUS, SÃO PELEGRINO, PINHEIRINHO, SANTA CLARA V E SANTA CLARA IV. DISTRITOS: SÃO LUIZ DO OESTE, OURO PRETO, BOA VISTA, VISTA ALEGRE E BOM PRINCÍPIO.	VILA BECKER, LA SALLE, SANTA MARIA, TOCANTINS, VILA INDUSTRIAL, JARDIM GISELE, FACHINI, JARDIM COOPAGRO,PLANALTO, PANCERA, BASSO, ANÁPOLIS, SANTA CLARA I, PASCALI, FILADÉLFIA, VILA PANORAMA, SÃO FRANCISCO, CERÂMICA PRATA, BRESSAN, PARIZOTTO, BELO HORIZONTE, CROMA, SANTA CLARA II, JARDIM DAS TORRES, CEZAR PARK, VILA RURAL, CENTRO E JARDIM PORTO ALEGRE. DISTRITOS: CONCÓRDIA D'OESTE, DEZ DE MAIO, DOIS IRMÃOS, IPIRANGA, VILA NOVA, NOVO SOBRADINHO, VILA SÃO MIGUEL E NOVO SARANDI.

Fonte: Departamento de Gestão, fevereiro de 2021.

Nos CREAS I e CREAS II são executados os seguintes Serviços Socioassistenciais:

a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);

b) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);

c) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;

E especificamente no CREAS II Serviço Especializado em Abordagem Social de abrangência municipal.

SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário conforme a Política Nacional de Assistência Social.

Especificamente no município de Toledo tem-se a execução dos Serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes, conforme apresentado na sequência.

8.1.3 Benefícios Eventuais

Os Benefícios Eventuais estão previstos na Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei 8.742/93). No município de Toledo, são regulamentados pela RESOLUÇÃO N.º 27, de 07 de outubro de 2015 do Conselho Municipal de Assistência Social. Destinam-se aos cidadãos e às famílias com impossibilidade de arcar por conta própria, o enfrentamento de contingências sociais, cuja ocorrência provoca riscos e fragiliza a manutenção do indivíduo, da unidade familiar e a sobrevivência de seus membros.

AUXÍLIO NATALIDADE

O Benefício Eventual na forma de A*uxílio Natalidade* constitui-se no repasse de bens de consumo, temporário, não contributivo da Assistência Social, para reduzir vulnerabilidade provocada por nascimento de membro da família. Atende também ao disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, considerando que a criança é um sujeito de direitos e deve ser assistida desde a gestação.

Atualmente o Auxílio Natalidade se materializa através do Kit Bebê, o qual contém: *01 banheira, 01 bolsa de maternidade, 01 toalha higiênica ("toalha de boca"), 01 par de meia, 01 touca, 01 par de luva, 01 caixa de hastes flexíveis com pontas em algodão, 01 pacote de algodão hidrófilo tipo bola, 01 cortador de unhas para bebês, 01 escova de cabelo para bebês, 01 pente de cabelo para bebês, 01 manta em soft, 01*

cueiro em flanela, 01 sabonete infantil em barra, 01 embalagem de óleo hidratante para bebês, 05 fraldas de pano, 01 frasco de shampoo infantil, 01 embalagem de lenços umedecidos, 01 toalha de banho infantil com capuz, 01 embalagem com 32 fraldas descartáveis tamanho pequeno, 01 frasco de álcool antisséptico de uso pediátrico, 3 conjuntos de body + culote (sendo 01 no tamanho P, 01 no tamanho M e 01 no tamanho G).

O Benefício é concedido a partir da 33ª semana gestacional (salvo em situações excepcionais), mediante apresentação da Carteira da Gestante e um documento pessoal da mesma (dessa forma, outro membro da família pode requerer o benefício).

O Auxílio Natalidade é solicitado e retirado no CRAS de referência da família requerente. O Requerimento pode ser realizado em até 60 (sessenta) dias após o nascimento devendo ser apresentada a certidão de nascimento da criança.

São ofertadas atividades de convivência e fortalecimento de vínculos familiares às gestantes vinculadas ao Benefício Natalidade, através do Projeto Cegonha Feliz, realizado nos CRAS.

AUXÍLIO FUNERAL

O Benefício de Auxílio Funeral constitui-se em prestação de serviço, temporária, não contributiva da Assistência Social, para reduzir vulnerabilidade provocada por morte de membro da família. Dá-se nas seguintes modalidades:

I – custeio das despesas de serviços funerários;

II – custeio de translado (o valor máximo de referência a ser pago será de até dois salários e meio tendo como referência o salário mínimo federal em vigência);

III – isenção da taxa administrativa do cemitério.

A solicitação do Benefício se dá junto à funerária escolhida pela família. Para acessar o Benefício a família deve estar com o Cadastro Único atualizado ou ter perfil de renda para acesso ao mesmo (avaliação técnica). Após o deferimento do Benefício, a família que não estiver inscrita no Cadastro Único ou o mesmo estiver desatualizado tem o prazo de 30 dias para regularizá-lo.

EXAME DE DNA

Benefício de *Exame de DNA* ocorre na forma de prestação de serviços de custeio do exame de paternidade ou de maternidade, adquirido pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Proteção à Família junto ao Laboratório que oferecer o serviço por menor preço.

A solicitação do *Benefício* deve ser realizado pela Vara da Infância, Juventude, Família e Anexos ao Centro de Referência de Assistência Social – CRAS ao qual o requerente do exame é referenciado territorialmente.

AUXÍLIO MATERIAL

O Auxílio Material se dá através da provisão com **alimentos**, **documentações pessoais** e **passagens**:

· ALIMENTOS: até outubro de 2021, o auxílio com alimentação era prestado na forma de Cesta Básica de alimentos. A partir de outubro de 2021, tal benefício eventual passou a ser concedido na forma de cartão magnético no valor de R$ 130,00 por família.

· DOCUMENTAÇÕES PESSOAIS: isenção da taxa de emissão da 2ª via de certidão de nascimento/casamento e isenção da taxa de emissão da 2ª via do RG.

· PASSAGENS: as passagens são concedidas nos CRASs, conforme a disponibilidade (linhas disponíveis e cota mensal de passagens), somente para buscar documentação em outros municípios (há municípios que não encaminham documentações pelo correio).

8.2. EDUCAÇÃO

A organização curricular da educação no município de Toledo é fundamentada pelas concepções do Currículo Básico para a Escola Pública do Oeste do Paraná, o qual, apoiado na formulação teórica de Vygostki, entende que o processo de apropriação da aprendizagem ocorre por meio da aquisição da experiência histórico-social das gerações anteriores. Essa experiência não é dada pela hereditariedade, mas se encontra externa aos homens, depositada, acumulada nos objetos e fenômenos que o circundam. Nessa concepção, o que a natureza dá ao

homem ao nascer não lhe é suficiente para viver em sociedade, sendo necessário estabelecer relações humanas com o mundo. A marca distintiva dessa concepção é o pressuposto fundamental de que a interação do sujeito com o objeto e deste com o sujeito (S↔O) se insere no contexto social e, obrigatoriamente, depende de relações de mediação. (CASCAVEL, 2007, p.49.

Esta forma de compreender a aprendizagem e o desenvolvimento humano aplica-se aos sujeitos indistintamente. Portanto, existe a necessidade de serem colocados em prática estes preceitos teóricos na organização de um ambiente educativo que seja de fato a serviço de todos. Ou seja, uma escola de qualidade, onde a concepção de toda ação docente está baseada no princípio de que todos aprendem.

O atendimento dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até 3 anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

Atualmente o município de Toledo, conta com vinte e oito Centros Municipais de Educação Infantil, CMEIs que ofertam Educação Infantil na modalidade Creche, totalizando o atendimento a 2101 crianças, distribuídas em 111 turmas. Verificam-se ainda, outras sete Instituições privadas que oferecem o serviço. Observamos também, o importante papel de duas Instituições filantrópicas, de natureza não governamental que ofertam serviços gratuitos. Além do atendimento ofertado nas Escolas Municipais na pré-escola para crianças de 4 a 5 anos somando 3.080 (três mil e oitenta) crianças. No quesito Ensino Fundamental fase I, o município possui 36 (trinta e seis) Escolas Municipais, que realizam atendimentos a 13.738 (treze mil setecentos e trinta e oito) crianças.

8.3. SAÚDE

O Direito à Vida e à Saúde, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, compreende a ampla proteção da vida e, para isto, o acesso às políticas que garantem o cuidado e a proteção da criança e do adolescente mesmo antes do nascimento, nesta, inclui-se todas as formas de cuidados a serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): desde a gestação, incluindo modalidades específicas a serem disponibilizadas, quando e conforme necessário parto, pós parto, puericultura e acompanhamento conforme as necessidades decorrentes de cada

gestação, assim como, da criança até seu período da adolescência.

A atenção integral visa a abordagem global da criança e do adolescente, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende ainda a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar/terciária, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.

Visando prover a proteção integral da criança e do adolescente o município de Toledo dispõe de uma rede de saúde bem estruturada, que vai desde os serviços prestados na atenção básica até a atenção hospitalar.

ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica do município é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois ela é desenvolvida no local mais próximo da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Na Atenção Primária em Saúde há a possibilidade de se resolver grande parte dos problemas de saúde, evitando a busca pelo atendimento nos serviços de urgência/emergência e serviços especializados. Segundo a OMS a Atenção Básica é capaz de resolver até 80% dos problemas de

saúde das pessoas.

No primeiro semestre de 2017 a Atenção Primária do município tinha cobertura de 74,43% de sua população, em dezembro de 2020 essa mesma cobertura chegou a 84,47%. (Fonte: DAB-MS).

Na Atenção Primária em Saúde, o Município de Toledo possui atualmente 28 Unidades de Saúde, conforme apresentadas no quadro que segue abaixo.

QUADRO 4. UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO. NOV/2021.

CNES	**NOME FANTASIA**	**Nº EQUIPES**	**ENDEREÇO**	**TELEFONE**
7294123	AMBULATORIO DE FERIDAS DE TOLEDO	01	AV MINISTRO CIRNE LIMA 3215 JARDIM COOPAGRO	3055-8744
836060	AMI - AMBULATORIO MATERNO INFANTIL	01	RUA CARMELITA NODARI 132 JD GISELLA	3378-8650
6846327	CERTI - COOPAGRO	01	RUA RODRIGUES ALVES 1224 COOPAGRO	3277-3670
6846319	CERTI - PIONEIRA	01	RUA CAPITAO LEONIDAS MARQUES 1159 PIONEIRA	3252-5890

4056809	EAP CENTRO DE SAUDE DE TOLEDO 30HS	02	R ALMIRANTE TAMADARE 788 CENTRO	3378-8380
4056841	EAP JARDIM COOPAGRO 30HS	02	AV MINISTRO CIRNE LIMA 2681 JD COOPAGRO	3055-8745
4056930	EAP JARDIM MARACANA - EAP 20 E 30HS	02	RUA DO HERVAL 1019 MARACANA	3055-8750
4057007	EAP JARDIM PORTO ALEGRE - EAP 20 E 30HS	02	RUA JULIO VERNER 1367 JD PORTO ALEGRE	3055-8785
4057015	EAP VILA INDUSTRIAL - EAP 20 E 30HS	02	RUA SANTO ANGELO, ESQ RUA MAUA 1418 VILA	3378-3038
9983465	ESF ALTO PANORAMA	02	RUA JOSE MENEGUETTI 147 JD PANORAMA	3055-8746
7294700	ESF BRESSAN_CEZAR PARQUE	01	RUA EUGENIO COMIN 591 CESAR PARK	3277-3600
9002995	ESF COSMOS	03	RUA EUGENIO GUSTAVO KELLER 1680 JARDIM	3252-9387

9756868	ESF INTERIOR OESTE	01	AVENIDA CAMPAGNOLO S/N INTERIOR	3376-1204
4056965	ESF NOVO SARANDI	01	R BELO HORIZONTE 318 NOVO SARANDI	3273-1224
4056957	ESF VILA NOVA	01	R PRUDENTE DE MORAES 800 VILA NOVA	3269-1021
4056973	ESFSB JARDIM CONCORDIA	02	RUA PEDRO ROSSETO 328 JD CONCORDIA	3278-5130
4056868	ESFSB JARDIM EUROPA	04	RUA VALERIO LAMBARE 40 JD EUROPA	3055-8748
7096623	ESFSB JARDIM PANCERA	02	RUA GUAIRA 1080 JARDIM PANCERA	3252-4837
4056981	ESFSB JARDIM PANORAMA	03	TRAVESSA ITARARE 91 PANORAMA	3378-8388
6748597	ESFSB SANTA CLARA IV	02	RUA GUERINO ANTONIO VICCARI 735 SANTA CLARA	3252-2464

6050409	ESFSB SAO FRANCISCO	02	RUA AMERICO ANGELO SARTORI 1039 SAO FRANCISCO	3378-6745
7591411	POLO DE ACADEMIA DA SAUDE DE TOLEDO	01	RUA AMERICO ANGELO SARTORI 70 SAO FRANCISCO	3378-6745
4056949	POSTO DE SAUDE BOA VISTA	01	RUA TOLEDO S/N BOA VISTA	3378-8430
4056906	POSTO DE SAUDE DOIS IRMAOS	01	RUA 7 DE SETEMBRO S/N DOIS IRMAOS	3375-1282
4056884	POSTO DE SAUDE NOVO SOBRADINHO	01	RUA INDEPENDENCIA S/N NOVO SOBRADINHO	3269-6030
4056922	EAP SAUDE SAO LUIZ DO OESTE 20HS	01	R PRESIDENTE KENNEDY S/N SAO LUIZ DO OESTE	3280-1117
4056892	POSTO DE SAUDE VILA IPIRANGA	01	RUA CASTELO BRANCO S/N VILA IPIRANGA	3375-1281
9624643	UBS VILA PAULISTA	01	RUA TOMAZ GONZAGA S/N VILA PAULISTA	3055-8770

Fonte: Secretaria de Saúde. Nov/2021.

São 44 estruturas de atenção à Saúde no município. Com o novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde, as Unidades são compostas por equipes de EAP- Estratégia de Atenção Primária em Saúde, ESF – Estratégia Saúde da Família e ESFSB – Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal. Atualmente temos 06 unidades com 11 EAP, 12 unidades com 24 ESF sendo 05 com SB.

As Unidades de Atenção Primária em Saúde possuem a função de planejar, avaliar e executar conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As UBSs oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo acolhimento, consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal, distribuição e administração de medicamentos, vacinas, visitas domiciliares, acompanhamento do ACS, atendimento do Serviço Social, Cartão SUS, atividades de Educação em Saúde em grupo nas escolas (PSE - Programa de Saúde na Escola), nas associações, na própria Unidade Básica, além dos grupos de Gestantes, Planejamento Familiar, Diabéticos, Hipertensos, Tabagismo, entre outros que se fizerem necessários ou que forem implantados, além de encaminhamento para os serviços da Rede de Atenção Especializada e de Urgência/emergência.

No contexto da Atenção Primária em Saúde, o município desenvolve algumas estratégias e/ou programas que prestam atendimento à criança e ao adolescente, conforme descrição abaixo:

ESF - Estratégia Saúde da Família e **EAP – Estratégia de Atenção Primária em Saúde**: ambas são modelos de reorganização da Atenção Primária em Saúde de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde são estratégias de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária em Saúde, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. As Unidades de Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Atenção Primária, desenvolvem o acompanhamento regular de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada, que são cadastradas pela equipe, o que pressupõe um maior vínculo com a população atendida. A diferença existente entre ambas são a carga horária e a composição da equipe. ESFs atuam com carga horária de 40hs/semanais podendo atender até 4.000 pessoas enquanto as EAPs com carga horária de 20hs ou 30hs/semanais, podendo atender 2.000 e 3.000 pessoas

respectivamente.

EACS – Estratégia do Agente Comunitário de Saúde: No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Agente Comunitário de tem sido um personagem muito importante realizando integração dos serviços de saúde da Atenção Primária em Saúde com a comunidade. Por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e espaços comunitários o ACS permite que a equipe estenda o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde.

Academia da Saúde: é um Programa que tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde e modos de vida saudáveis. Dessa forma, a Academia da Saúde contribui com o cuidado integral, contemplando a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, no qual são desenvolvidas atividades de vários tipos. Os polos do Programa são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de práticas corporais, integrativas e complementares, artísticas e culturais, atividades físicas variadas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde e mobilização da comunidade e estão vinculados a uma Equipe de Saúde.

PMM - Programa Mais Médicos: é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade. Atualmente (2021) Toledo mantém 08 profissionais do Programa Mais Médicos atuando em Unidades de Atenção Primária em Saúde.

PSE - Programa Saúde na Escola: instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada.

Além de todas as ações/atividades propostas pelo programa essa intersetorialidade entre as redes públicas de saúde e de educação, e com

as demais redes sociais, implica refletir sobre como esses serviços estão se relacionando, qual o padrão de comunicação estabelecido entre as diferentes equipes e serviços, qual o modelo de atenção ao público escolar e qual o modelo de gestão intersetorial produzidos nesses serviços.

O município mantém a adesão ao programa e vem seguindo as orientações da Portaria nº 1055/2017 e realizando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação. As ações são: 1. Ações de combate ao mosquito Aedes aegypti; 2. Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas; 3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 4. Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; 5. Prevenção das violências e dos acidentes; 6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; 7. Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor; 8. Verificação da situação vacinal; 9. Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; 10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. 11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e, 12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

A partir da declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, a ação de prevenção à Covid-19 passa a fazer parte das ações do PSE.

PCS - Programa Crescer Saudável: Tendo em vista a adesão ao PSE, em 2019 o município pode fazer adesão à este programa que foi instituído pela PORTARIA Nº 2.264, DE 30 DE AGOSTO DE 2019. Trata-se de um conjunto de ações implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito do PSE, para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. As ações que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

Saúde da Mulher: A saúde da criança se inicia com a saúde da mulher. A promoção de saúde integral da mulher, com ênfase na anticoncepção, no atendimento às mulheres vítimas de violência, às doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, a prevenção do câncer de mama e do câncer de colo do útero, e à saúde das adolescentes são importantes ações de saúde, tanto para a garantia do intervalo interpartal (período

entre duas gestações) e para a prevenção de gravidez indesejada ou de alto risco, quanto para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém nascido, ou até mesmo alterar a evolução normal de uma futura gestação. Este é ainda momento privilegiado para se incentivar hábitos de vida e nutricional saudáveis, prevenção de tabagismo e uso de drogas, infecções, entre outras, fundamentais para a saúde da mulher, da gestante e do bebê.

A Saúde da Mulher abrange também a assistência qualificada à gestante e ao recém-nascido: o pré-natal iniciado em momento oportuno, com abordagem integral, qualificada e humanizada, acesso aos exames preconizados, pré-natal de alto risco, vacinas e medicamentos necessários, promovem a vida e saúde da gestante e do bebê. Para atender as diretrizes da assistência qualificada a gestante e ao recém-nascido, o município possui adesão alguns programas específicos como: a) **A Rede de Atenção Materno Infantil** que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. É um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a classificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado (AMI), para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional; b) **Programa Toledo é mais mobilidade, que** consiste no custeio de passagens de transporte coletivo urbano a gestantes residentes no Município de Toledo, para viabilizar a realização do acompanhamento médico pré-natal, quando necessário; c) P**rograma Mãe Dedicada – Pré-natal, que** tem caráter continuado e permanente, com o fim de incentivar as gestantes residentes no Município de Toledo a realizarem o pré-natal ininterruptamente, visando à diminuição da morbimortalidade materno-infantil no Município. Este programa tem por objetivo a concessão de prêmio (em espécie) a título de incentivo às gestantes que atenderem os requisitos estabelecidos para o Programa; d) **Saúde da Criança e Adolescente**, que desenvolve as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança promovendo a qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. A criança tem sido prioridade das ações de atenção primária a saúde desde os programas de saúde escolar, especialmente seguindo algumas linhas de cuidado como: - incentivo ao Aleitamento Materno, puericultura, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil e a realização da Imunização.

Ambulatório de Tuberculose e Hanseníase - TB/MH: O município possui um programa especial de acompanhamento aos pacientes

com Tuberculose ou Hanseníase que presta todo o auxilio e tratamento necessário aos pacientes acometidos por estes agravos, além de realizar o controle das notificações. Atualmente na ESF esse acompanhamento é realizado pela própria equipe do território de residência do paciente, tendo os profissionais especializados como referência.

Ambulatório de Feridas Crônicas: Realiza o acompanhamento de pacientes com feridas crônicas referenciados pelas Unidades de Saúde, onde os pacientes são avaliados e retornam com as orientações para o acompanhamento da equipe de sua Unidade de Saúde de referência. Os casos mais complexos, são acompanhados no próprio ambulatório e em posterior devolvidos para a Unidade de referência.

Saúde Bucal: programa que busca assegurar o acesso progressivo de todas as famílias às ações de promoção e prevenção, bem como aquelas de caráter curativo, garantindo qualidade e efetividade das ações de saúde bucal desenvolvidas. A saúde bucal da criança começa com a linha do cuidado da saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez e o aleitamento materno promovem a saúde dos dentes, a prevenção de problemas ortodônticos e da fala. Após o nascimento é necessário destacar aspectos dos hábitos alimentares, a transmissibilidade da cárie, as doenças que afetam a boca, medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias, a cronologia da erupção dos dentes e os fenômenos que geralmente os acompanham, o uso excessivo de chupetas. Os cuidados de higiene bucal o exame da boca são constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: O serviço na área de Assistência Farmacêutica, envolve a manipulação e dispensação de medicamentos. Além de dispensação de medicamentos à população, este setor presta apoio técnico à todas as Unidades de Saúde do Município. A assistência Farmacêutica é composta por 03 farmácias comunitárias: 01 na Vila Pioneiro (anexo ao PAM), uma na Unidade do Coopagro e a Farmácia Escola anexo a Unidade Básica do Centro de Saúde. Além destas farmácias dispõe da CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, que faz o armazenamento, controle e distribuição dos medicamentos e dispõe de dispensários de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Para atender as demandas identificadas na Atenção Básica, temos os serviços prestados pela Atenção Especializada. O município conta com uma Central de Especialidades responsável por realizar consultas especializadas encaminhadas pela atenção básica nas áreas de: Endocrinologia, cardiologia, ortopedia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, (todas as faixas etárias) gastroenterologia, reumatologia, (acima de 12 anos), pneumologia (acima de 8 anos) e exames de ultrassonografia, eletrocardiograma (acima de

5 anos), eletroencefalograma (acima 10 anos), bem como, realizar o agendamento para demais serviços especializados conveniados e/ou contratados pelo SUS e pelo Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná na sede do município como também na região da 20ª Regional de Saúde, como: Laboratório de análises clínicas; Clínicas de reabilitação ortopédica e auditiva; Serviço de imagem e radiologia; Consultas e exames básicos e especializados; TFD – Tratamento Fora de Domicílio (Todas as especialidades que não são oferecidas no município ou que não tenha serviço credenciado ao SUS);

Vinculada ainda a Atenção Especializada, atualmente o município dispõe de um Centro de Fisioterapia Reabilitação e Terapias Complementares que atende crianças de 00 a 14 anos, com intuito de promover ações de habilitação e reabilitação visando o desenvolvimento das potencialidades na independência das crianças e adolescentes em suas atividades da vida diária.

REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Toledo é composta com diferentes segmentos da saúde. A porta de entrada é a Atenção Básica, a qual é coordenadora do cuidado da população em seu território e ordenadora da rede[2], através das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família. Enquanto Atenção Especializada em Saúde Mental, existe desde 1996 no Município de Toledo, o Departamento de Saúde Mental, que atualmente, é composto por quatro serviços: Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (transtornos mentais severos e persistentes), CAPS AD (Álcool e Drogas) e CAPS i (Infanto-juvenil). Ainda sobre atendimentos especializados, através de convênio com o CISCOPAR, há atendimento no SIM PR - CAPS AD III Regional, e consultas de psiquiatria e psicologia em clínicas e/ou consultórios do CISCOPAR. Fazem parte da RAPS também os Serviços de Urgência e Emergência (UPA, PAM e SAMU), Central de Regulação de Leitos (internamentos em hospitais psiquiátricos) e Comunidades Terapêuticas.

A RAPS atua também com parcerias na atenção intersetorial, como: Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família, Secretaria da Juventude, Secretaria de Esportes e Lazer, Conselho Tutelar, Conselhos Municipais (CMS, COMAD, CMDCA, CMAS, CMPC), Centro de Socioeducação - CENSE, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público, entre outros.

[2] NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE MENTAL. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.

Ambulatório de Saúde mental dispõe de atendimento às crianças, adolescentes, adultos e idosos, classificados na estratificação de risco em saúde mental como MÉDIO RISCO. Tais casos são compatíveis com Transtornos Mentais considerados comuns, como os quadros ansiosos, depressivos e somatoformes.

O serviço conta com equipe multiprofissional com: 1 psiquiatra, 1 clínico geral com especialização em psiquiatria, 7 psicólogos, 4 fonoaudiólogas, 1 assistente social, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenação, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos.

Há demanda reprimida no serviço do Ambulatório de Saúde Mental, que totaliza aproximadamente 884 pessoas aguardando em fila de espera para atendimento. Desse total, na data de 25 de agosto de 2021, 302 aguardam por consulta com médico psiquiatra, 309 aguardam atendimento de psicologia e 273 aguardam por fonoaudiologia.

Centro de Atenção Psicossocial Dr. Jorge Niisidi "Lugar Possível" - CAPSII que possui estrutura cedida pelo próprio município. No CAPS II, são atendidos pacientes adultos, com transtorno mental severo e persistente, estratificados como ALTO RISCO em saúde mental. O serviço contem os seguintes profissionais: 1 assistente social, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médico psiquiatra, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenadora, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos.

O CAPS II tem atualmente 520 pacientes cadastrados como ativos. O serviço realiza atendimentos individuais, coletivos através de grupos e oficinas terapêuticas (jogos de mesa, arte com fios, orquídeas, pintura em MDF, lava auto, relaxamento e ansiedade, sabonete, construindo a juventude, arte terapia), atendimento à família, visitas domiciliares, atendimentos à família e atendimento com auriculoterapia como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS).

Fila de espera por acolhimento, na data de 25 de Agosto de 2021, é de 66 pacientes, sendo que o mais antigo aguarda desde maio de 2021. O acolhimento é o primeiro atendimento realizado no serviço de saúde mental, para avaliação do caso e elaboração do PTS. Essa fila é reflexo do aumento no número de encaminhamentos ao serviço, principalmente de pacientes jovens (entre 18 e 30 anos de idade).

A estrutura física do CAPS II é mesma há 15 anos, a qual neste momento, se apresenta como insuficiente às demandas dos pacientes e

equipe. O serviço possui carro próprio, que atende as necessidades de deslocamento da equipe.

Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas- CAPS AD que realiza atendimento em imóvel alugado. O serviço do CAPS AD atende pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, possui como público-alvo: adultos, classificados como MÉDIO e ALTO RISCO em saúde mental. Cabe ressaltar que no período entre 2009 e agosto de 2021 também realizava atendimento à população de crianças e adolescentes com dependência química, os quais a partir de setembro de 2021 passarão a ser atendidos pelo serviço do CAPS i.

Os profissionais que atuam nesse serviço são: 2 psicólogas, 1 psiquiatra, 2 técnicos de enfermagem, 1 assistente social, 1 clínico geral, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente administrativo, 1 assistente em desenvolvimento social (educadora social), 2 estagiários atuando como assistente administrativo.

Atualmente, estão cadastrados em atendimento, 469 pacientes ativos. O serviço funciona em casa alugada há 12 anos, adaptada para as demandas de atendimento de CAPS, carecendo de uma sede própria. O serviço possui carro próprio, para os atendimentos em domicílio e outros descolamentos necessários.

O serviço do CAPS AD no atendimento aos dependentes químicos, realiza um trabalho singular que demanda empenho da equipe de profissionais, na atenção ao paciente e muitas vezes, apenas á família, devido resistências ao tratamento, de modo que além do tratamento voluntário, também ocorrem orientações e encaminhamentos para tratamento involuntário de desintoxicação. Para o tratamento voluntário, além do acompanhamento no serviço, pode ser encaminhado para desintoxicação no SIM PR - CAPS AD III regional, aos interessados também é possível indicação de comunidades terapêuticas que existem no município, e internamento via CRL. Todos os casos de tratamento involuntário, além de acompanhamento à família, é avaliada a necessidade de internamento de desintoxicação via CRL.

Enquanto atividades de grupos e oficinas terapêuticas, estão disponíveis pintura em tecido, pintura em mandala, filtro dos sonhos, tecidos e linhas, jogos, arte em EVA e grupo de Dança Circular como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS).

Caps Infantil – Implantado em 2019, atende crianças e adolescente de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, estratificados como de ALTO RISCO em saúde mental. A partir de setembro de 2021, esse serviço também passou

a atender os transtornos mentais incluindo os relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, com MÉDIO e ALTO RISCO em saúde mental, nos termos da legislação vigente e projeto técnico de criação do serviço.

Atualmente há 366 pacientes ativos no serviço. Há ainda 61 pacientes em lista de espera aguardando por acolhimento, que é o primeiro atendimento no serviço para definição do plano terapêutico, sendo que o paciente mais antigo aguarda desde 01 de março de 2021.

É importante ressaltar que atualmente o CAPS i é o serviço de saúde para o qual são referenciados todos os pacientes com suspeita e com laudo de Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo que esse serviço deveria atender apenas os TEA com alto risco em saúde mental. Hoje a demanda dos pacientes autistas representa metade de todo público atendido no serviço (154 crianças e adolescentes), os quais requerem atendimentos individualizados e específicos, contando a equipe apenas com a terapeuta ocupacional, o psiquiatra, a fonoaudióloga e uma educadora social com formações especializadas para atendimento nessa área. Devido a alta demanda e falta de outros pontos de atendimento as demandas de baixo e médio risco (como uma clínica escola, um Centro Especializado de Reabilitação - CER), há uma fila de espera pelos atendimentos de alguns desses profissionais: 50 pacientes aguardam por terapia ocupacional, 54 pacientes aguardam fonoaudiologia, e 49 pacientes aguardam psicologia.

A estrutura do serviço é própria e requer ampliação já preconizada no projeto técnico de implantação do serviço desde 2019, contando com um amplo terreno para essa expansão do espaço de atendimento. Outra demanda do serviço é quanto a aquisição de um carro, para facilitar o deslocamento das equipes para atendimentos e visitas domiciliares, como também estudos de caso e apoio matricial para os serviços da rede de Atenção Primária em Saúde e rede intersetorial.

A equipe do CAPS i é formada atualmente pelos seguintes profissionais: 1 assistente social, 2 psicólogas, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 1 fonoaudióloga, 1 psicopedagoga, 1 assistente administrativo, 2 assistentes em desenvolvimento social (educador social), 1 coordenadora, 2 estagiários atuando como assistentes administrativos, 1 auxiliar em serviços gerais.

São oferecidos neste serviço oficinas de artes plásticas, artesanato, artes, brinquedos e brincadeiras, filmes, games, jogos em tabuleiros, grupos psicoterapêuticos com adolescente e pais.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Buscando atender a demanda de Urgência e Emergência, o município conta com duas Unidades de Pronto Atendimento, a UPA 24 horas da Vila Becker e o PAM 24horas da Vila Pioneiro que atualmente é referência para casos suspeitos de COVID-19. São serviços que atendem a baixa e media complexidade, utilizando para tanto o Protocolo de Manchester que classifica os pacientes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente. **o** Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU OESTE o qual possui uma Unidade de Suporte Básico e uma Unidade de Suporte Avançado e é administrado pelo CONSAMU, via Central de Regulação do município de Cascavel-Pr e um heliponto anexo ao PAM, que presta atendimento aéreo.

Para dar suporte a toda essa rede, o município conta com a atenção hospitalar da Casa de Saúde Bom Jesus – HOESP que é porta aberta às gestantes do SUS, sendo os demais cidadãos acolhidos através da Central de Leitos do Estado do Paraná, que possui hospitais conveniados em todo o Estado. Os hospitais exercem um importante papel na rede de assistência à saúde, uma vez que concentram os serviços de média e alta complexidade prestados pelo Sistema Único de Saúde. A Instituição hospitalar Bom Jesus, é reconhecido como Hospital Amigo da Criança.

Além de toda a rede de saúde apresentada, o município de Toledo é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná – CISCOPAR e da 20ª Regional de Saúde. A 20ª Regional de Saúde, possui um corpo técnico, que é composto por profissionais das diversas áreas do conhecimento, com atuação junto às equipes municipais, dos consórcios intermunicipais de saúde e da rede SUS, no apoio, articulação e desenvolvimento da política de saúde da SESA. À Regional de Saúde cabe desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Na área de Vigilância em Saúde, o município possui o serviço da Vigilância à Saúde – VISA, que congrega ações de: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador e Endemias. Este serviço tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Para abordar o direito à vida e à saúde da criança e do adolescente, a perspectiva adotada foi a de centrar a análise em indicadores

produzidos no âmbito das ações do SUS, com dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde compilado a partir dos sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A escolha dos indicadores deu-se a partir da reflexão sobre a capacidade de discriminação dos mesmos. Investiu-se em indicadores que abrangessem aspectos de cuidados básicos e especiais voltados a apreender situações que destaquem a condição de saúde da criança e do adolescente, desde o acompanhamento da gestação, abrangendo aspectos que possam indicar riscos ou situações que exigem especial atenção. As informações utilizadas foram:

1. Mortalidade materna;
2. Consultas de pré-natal;
3. Cobertura vacinal;
4. Mortalidade infantil (menores de 01 ano) e em menores de 05 anos;
5. Gravidez na Adolescência.

Mortalidade Materna: A mortalidade materna, vem diminuindo em ritmo lento. Mais de 65 mulheres em cada 100 mil parturientes morrem no Brasil em decorrência de problemas na gestação ou no parto. E esse número pode ser maior devido à notificação incorreta. O Brasil avançou, mas não atingiu a meta de reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna. Segundo estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), a razão de mortalidade materna em 1990 era de 141 por 100 mil nascidos vivos, em 2015 caiu para 68 por 100 mil nascidos vivos porém a meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Dados recentes (2021) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), apresentam que ocorre 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, número bem acima das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU).

De todos os pontos referentes à assistência na gravidez e nascimento, o alto índice de cesarianas é considerado preocupante. Nos dias atuais conseguir mudar a escolha envolve sua condição cultural, familiar, além de ser influenciada pela sociedade – tem sido um grande desafio, pois implica mudança de paradigma sociocultural.

No Município de Toledo nos últimos quatro anos, 2017 à 2020, ocorreram 4 óbitos maternos, conforme se apresenta na tabela 02.

TABELA 03 – PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO CAUSA (CID-10 3C) NO PERÍODO DE 2017 À 2020. TOLEDO.

MORTALIDADE MATERNA	2017	2018	2019	2020
Nº de Óbitos Maternos	0	0	2	2
Taxa de Mortalidade Materna/100.000	0	0	93,37	101,2

Fonte: Vigilância Epidemiológica/2020

Consultas de Pré-natal: Atualmente, no Brasil, é reconhecida a importância de se ter um acompanhamento abrangente no pré-natal, que inclua não só as questões biológicas, mas, também, outros aspetos relevantes ao desenvolvimento infantil, como a saúde emocional da mãe, o apoio que ela encontra nos familiares, no trabalho, na escola e na comunidade, bem como orientações sobre a importância da construção do vínculo com o bebê e da participação do pai.

O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais.

A assistência do pré-natal bem estruturada pode promover a redução dos partos prematuros e de cesárias desnecessárias, de crianças com baixo peso ao nascer, de complicações de hipertensão arterial na gestação, bem como da transmissão vertical de patologias como o HIV, sífilis e as hepatites.

Em Toledo, o número de consultas pré-natal, apresenta-se nos últimos anos conforme pode ser observado na tabela 03.

QUADRO 05. NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL – 2017 À 2020.

CONSULTAS PRÉ-NATAL	**2017**	**%**	**2018**	**%**	**2019**	**%**	**2020**	**%**
NENHUMA	02	0,09	03	0,14	02	0,15	06	0,29
1-3 CONSULTAS	27	1,25	11	0,54	20	1,06	16	0,80
4-6 CONSULTAS	187	9,20	106	5,22	131	6,33	112	5,70
7E+ CONSULTAS	1.943	89,46	1.910	94,10	1.912	92,46	1.841	93,21
TOTAL	2.159	100	2.031	100	2.068	100	1.975	100

Fonte: Relatórios apresentados em Audiência Pública. 2021

De acordo Com o Ministério de Saúde, para garantir um pré natal de qualidade, deve ser disponibilizado a gestante sete ou mais consultas de pré-natal. O parâmetro Estadual e mesmo o Nacional, é de que 80% das gestantes realizem sete ou mais consultas. Neste sentido, o

município vem atingindo a média superior a essa marca, porém conforme Plano Municipal de Saúde 2018-2021 se pretende atingir 96% até final de 2021. Após esse período será avaliado esse indicador.

Cobertura vacinal: A vacinação, ou imunização é uma atividade da atenção Básica e orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, constituindo uma das ações coletivas mais relevantes da Saúde Pública, devido ao caráter estratégico na redução de morbidades e mortalidades por doenças transmissíveis (BUENO; MATIJASEVICH, 2011).

Para demonstração da cobertura vacinal foram analisados 5 tipos de vacinas separadamente, ministradas em crianças até um ano de idade, no período de 2017 a 2020: Poliomielite – Sabin, BCG, Hepatite B, Tetravalente bacteriana e Tríplice viral.

QUADRO 06 - COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE, COM AS VACINAS BCG, TETRAVALENTE, SABIN,ROTA VIRUS, HEPATITE B, MENIGITE C, PENEUMO 10 VALENTE E FEBRE AMARELA DE 2012 A 2016 - TOLEDO.

VACINAS	ANO			
	2017	2018	2019	2020
BCG	106,1%	89,4%	93%	86,3%
TETRAVALENTE	103,4%	96,8%	80%	91%
SABIN (POLIOMIELITE)	130,4%	96,4%	90,6%	85,3%
ROTA VIRUS	105,5	91,9%	92,5%	87,2%
MENINGO C	106,7	93,5%	92,6%	89,7%

PNEUMO 10	107,9	93,4%	93,2%	87%
FEBRE AMARELA	95,03%	97%	85,3%	61,8%

Fonte: SVS – Vigilância Epidemiológica – API. 2021

Os dados apresentados no quadro 04, percebemos uma alta cobertura vacinal no ano de 2017, que se justifica em função da meta estar de acordo os números estimados pelo Ministério da Saúde maiores que a realidade do município, justificando assim a porcentagem excedente.

Em 2020, houve uma queda na cobertura de vacinação, fato justificado pela situação de pandemia pelo COVID-19.

Mortalidade Infantil : A taxa de mortalidade infantil se refere a população > de 01 ano por mil nascidos vivos. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos em 2010 foi de 15,6, taxa menor que a meta prevista para 2015, que era de 15,7 por mil nascidos vivos.

Em relação a população abaixo de 5 anos, o Brasil vem apresentando um decréscimo de óbitos desta população nos últimos anos. Em 2010 apresentou uma taxa de 18,6 e em 2018 chegou a 15,2, isso segundo dados do Ministério da Saúde.

QUADRO 07. SÉRIE HISTÓRICA DA TAXA DE ÓBITOS DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E MENORES DE CINCO ANOS EM TOLEDO-PR, 2017-2020.

PERÍODO	**Nº DE NASCIDOS VIVOS**	**Nº DE ÓBITOS EM > DE 01 ANO**	**TAXA DE MORTALIDADE EM > DE 01 ANO**	**Nº DE ÓBITOS EM > DE 5 ANOS**	**TAXA DE MORTALIDADE EM > DE 05 ANOS**
2017	2.162	21	9,7	29	13,41

2018	2.034	29	15,25	32	15,73
2019	2.071	22	10,63	26	12,55
2020	1.977	15	7,59	16	8,09

Fonte: Site da SESA/Pr. 2021.

Em relação aos óbitos infantis, observa-se através do quadro 05, que ocorreu um aumento significativo nos anos de 2018 e 2019. Como nos anos anteriores, as más formações prevalecem como causas de óbito, sendo consideradas causas não preveníveis.

Os indicadores demonstram que tanto as taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos) e infantil (menores de 1 ano) vem apresentando queda no período onde atingimos a meta de um dígito de coeficiente de mortalidade infantil, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

A mortalidade infantil tem sido um grande desafio, pela oscilação de sua taxa ao longo dos últimos 8 anos, e neste sentido as ações preventivas devem continuar periodicamente e a rede de atenção à gestante e à criança ser garantida.

Gravidez na Adolescência: A adolescência é um fenômeno que se caracteriza em cada sociedade e cultura de forma diferenciada, determinada por aspectos históricos, sociais, políticos e culturais, e que devem ser considerados no momento de se pensar em uma ação concreta para este público.

No Brasil, a idade média de iniciação sexual está entre 13 a 15 anos, ou seja, em idade escolar, o que justifica a necessidade de realizar ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/AIDS á população de adolescentes e jovens escolares, assim como ações de promoção da saúde, visando o enfrentamento das suas vulnerabilidades.

A participação dos jovens e sua integração na sociedade requer que estes estejam aptos a lidar com a vida reprodutiva de forma responsável e informada. “Saber sobre a própria sexualidade leva o adolescente, a saber, mais sobre si, a uma melhor autoestima, a uma maior

responsabilidade nos seus atos e faz com que o encontro com o outro seja de sentimentos positiva" (GONÇALVEZ/GODÓI, 2002, p.67).

Nos últimos 20 anos, o Brasil registrou queda de 37,2% no número de adolescentes grávidas, segundo estudo[3] realizado pela ginecologista Denise L. M. Monteiro da Febrasgo[4]. Apesar da queda, o número ainda é preocupante. Dados do DataSUS/Sinasc apontam que a cada dia ocorrem cerca de 1.150 nascimentos de filhos de adolescentes.

A queda no número de adolescentes grávidas está relacionada a vários fatores como, expansão do programa Saúde da Família, que aproxima os adolescentes dos profissionais de saúde, mais acesso a métodos contraceptivos e ao programa Saúde na Escola que oferece informação de educação em saúde. O Ministério da Saúde tem implementado ações para reduzir ainda mais esse percentual, com a divulgação de ações em educação sexual e direitos reprodutivos. Hoje 66% da gravidez em adolescentes são indesejadas.

Para reduzir os casos de gravidez não planejada, o Ministério da Saúde investe em políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo. Uma das iniciativas é a distribuição das Caderneta de Saúde de Adolescentes (CSA), com as versões masculina e feminina. A caderneta contém os subsídios que orientam o atendimento integral dos jovens, com linguagem acessível, possibilitando ao adolescente ser o protagonista do seu desenvolvimento.

QUADRO 8- PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS, CUJAS MÃES TINHAM 19 ANOS OU MENOS, SOBRE O TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE TOLEDO – 2017 A 2020.

PERÍODO	NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS	NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS CUJAS MÃES TINHAM 19 ANOS OU MENOS	PERCENTUAL
2017	2.162	231	10,68

[3] https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/gestacao-na-adolescencia-cai-37-em-20-anos-diz-estudo. Publicado em 30/07/2021 - 17:43 Por Agência Brasil - São Paulo

[4] Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

2018	2.034	182	8,94
2019	2.071	164	7,91
2020	1.977	141	7,13

Fonte: TABNET – SESA/Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

No período em análise ocorreu uma diminuição significativa do percentual de gravidez de mulheres com idade inferior a 19 anos. Em 2013 foram registrados 15,80% de adolescentes grávidas e em 2016 caiu para 12,50%. No Brasil, no ano de 2015, esse percentual foi de 18% dos nascidos vivos de mães com essa mesma faixa etária. De 10,68% em 2017 para 7,13% em 2020.

A busca de parcerias entre áreas afins é um dos meios utilizados pelo município de Toledo-PR, para amenizar algumas expressões da questão social, como por exemplo, a gravidez na adolescência.

Acreditamos que esta redução está relacionada aos esforços realizados pelas equipes de Atenção Básica, especificamente, as equipes da Estratégia Saúde da Família, que tem seu foco de atuação com atividades de promoção e prevenção.

8.4. ESPORTE

No âmbito a que se refere ao atendimento da criança e do adolescente, a Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo, segue 3 linhas de trabalho para o atendimento à população do município, sendo; Lazer e Recreação, Programas de iniciação esportiva, e Programa de atendimento ao Rendimento no Esporte.

O setor de lazer e recreação, desenvolve o Programa RecreAção com atividades que atendem crianças e adolescentes de 01 à 17 anos. Contando com uma estrutura de equipamentos de recreação, com cama-elástica e brinquedos infláveis, proporciona atividades recreativas em Escolas Municipais e bairros e distritos do município, além de realizar atividades recreativas em festas gastronômicas e eventos oficiais do município

O Setor de Iniciação Esportiva, compreende o maior volume de atendimentos à crianças e adolescentes, o trabalho desenvolvido baseia-se na oferta de atividades esportivas nos núcleos de atendimento da Secretaria de Esportes, proporcionando a população acesso ao esporte através de profissionais de Educação Física formados, em estruturas físicas adequadas, próximas aos locais que demandam estas atividades, preferencialmente onde crianças e adolescentes possam estar em risco social. Sendo as atividades desenvolvidas por este setor, voltadas aos conceitos de “Esporte Formador e Transformador”, conceitos estes que visam a formação de cidadãos responsáveis, com saúde e fisicamente ativos.

Complementando as atividades desenvolvidas pela Secretaria de Esportes e Lazer, o setor de Rendimento no Esporte, atende a demanda de crianças e adolescentes que se destacam no setor de iniciação, e que podem ter um futuro promissor no esporte, as atividades executadas em núcleos específicos do município e que visam a participação destes adolescentes nas modalidade esportivas como “atletas” representantes do município em competições oficiais de nível, municipal, regional e estadual.

Para atendimento à população a SMEL conta com uma estrutura de 48 professores de educação física, 1 motoristas, 2 técnicos administrativos e1 5 auxiliar de serviços gerais.

A estrutura física da Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo está distribuída nos bairros de Toledo, contando com 11 campos de futebol, pista de skate e pista de bicicross, 10 Ginásios Poliesportivos, 2 quadras poliesportivas, 3 pistas de caminhada, 1 pista de atletismo (anexa ao estádio municipal), 2 piscinas públicas, 3 quadras de areia, 1 estádio municipal, 1 centro olímpico, 11 campos sintéticos.

QUADRO 9 - ESPAÇOS FÍSICOS ESPORTIVOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE.

NOME	TIPO	ENDEREÇO	CEP
CENTRO ESPORTIVO ALDANIR ANGELO ROSSONI	GINÁSIO	AV. MINISTRO CIRNE LIMA N° 4180	85904-460

CENTRO ESPORTIVO ADENIR JOSÉ MASSOLA	GINÁSIO	RUA RODRIGUES ALVES N°1366	85903-500
CENTRO ESPORTIVO XIV DE DEZEMBRO	PISCINA E CAMPO SINTÉTICO	RUA GUANABARA S/N°	85902-580
CENTRO OLÍMPICO ARNOLDO BOHNEN	CENTRO ESPORTIVO	RUA GUANABARA S/N°	85902-580
COMPLEXO ESPORTIVO EUZÉBIO GARCIA	GINÁSIO E PISCINA	RUA MARIO PUDELL	85909-446
CENTRO ESPORTIVO LAURI JOSE SIMON	GINÁSIO	AV. SENADOR ATTÍLIO FONTANA N°3055	85911-260
GINÁSIO DE ESPORTES DEZ DE MAIO	GINÁSIO	DISTRITO DE DEZ DE MAIO	
GINÁSIO DE ESPORTES DE NOVO SARANDI	GINÁSIO	DISTRITO DE NOVO SARANDI	
GINÁSIO DE ESPORTES ALCIDES PAN	GINÁSIO	RUA PROTÁSIO ALVES N° 1640	85905-325
GINÁSIO DE ESPORTES HUGO ZENI	GINÁSIO	RUA PROTÁSIO ALVES S/N°	85905-325
GINÁSIO ESPORTES JAIME ZENI	GINÁSIO	RUA ADILSON BIER S/N°	85906-250

CENTRO ESPORTIVO LUCIANO LAURO LONGEN	GINÁSIO	RUA VALÉRIO LAMBARÉ N° 140	85908-370
ESTÁDIO MUNICIPAL 14 DE DEZEMBRO	ESTÁDIO	RUA DA FACULDADE S/N°	85903-000

CAMPO DO JARDIM COOPAGRO	CAMPO DE FUTEBOL	RUA CLAUDIO ARECO N° 1245	85903-707
CENTRO ESPORTIVO DA VILA INDUSTRIAL	CAMPO DE FUTEBOL	RUA SANTOS DUMONT S/N°	85904-450
CAMPO DO JARDIM GISELA	CAMPO DE FUTEBOL	RUA BORGES DE MEDEIROS S/N°	85905-290
CAMPO DO JARDIM PORTO ALEGRE	CAMPO DE FUTEBOL	RUA PARANÁ ESQ. C/ RAMIRO ZIBETI	85906-120
CAMPO DOS AMADORES	CAMPO DE FUTEBOL	RUA PRESIDENTE EMÍLIO MÉDICI	85906-695
CAMPO DO JARDIM AMÉRICA	CAMPO DE FUTEBOL	RUA GENERAL CANABARRO S/N°	85908-149
CENTRO ESPORTIVO DEOLINDO CORDEIRO	CAMPO DE FUTEBOL	RUA SÃO FRANCISCO FALSO S/N°	85909-554
CAMPO DO ALIANÇA	CAMPO DE FUTEBOL	RUA 1° DE MAIO ESQ C/ GONÇALVES LEDO	85910-160

CENTRO ESPORTIVO NELSON MIGUEL SCHARDONG	CAMPO DE FUTEBOL	RUA REINALDO BARILI ESQ. AMÉRICO SARTORI	85915-010
CAMPO SINTÉTICO JARDIM COOPAGRO	CAMPO SINTÉTICO	RUA WILLY WEY N° 5311	85903-460
CAMPO SINTÉTICO DA GUARDA MUNICIPAL	CAMPO SINTÉTICO	RUA JAPÃO N°1111	85906-737
CAMPO SINTÉTICO BAIRRO BELA VISTA	CAMPO SINTÉTICO	RUA CASTRO ALVES N° 1005	85908-140
CAMPO SINTÉTICO EUROPA/AMÉRICA	CAMPO SINTÉTICO	RUA FÉLIX DA CUNHA N° 571	85908-340
CAMPO SINTÉTICO PRAÇA DAS BANDEIRAS	CAMPO SINTÉTICO	RUA 1° DE MAIO ESQ C/ GONÇALVES LEDO	85910-160
PARQUE FREI ALCEU	QUADRA DE AREIA	RUA SÃO PAULO	85906-150

PISTA DE BICICROSS	PISTA DE BICICROSS	RUA MINHAS GERAIS S/N°	85906-170
PISTA DE SKATE	PISTA DE SKATE	RUA MINHAS GERAIS S/N°	85906-170

Fonte: Secretaria Municipal de Esportes e Lazer. Novembro/2021. Esses equipamentos são utilizados por toda a população do município, e não apenas crianças e adolescentes.

8.5 CULTURA

Em 1973, foi criada a Casa da Cultura, a primeira do Estado do Paraná e em 1974, o Conselho Municipal de Cultura. A partir disso foram criados projetos de grande importância que se tornaram tradicionais no Município, como o Festival de Inverno - Festin - que transforma Toledo num grande palco de manifestação de criatividade e arte da gente toledana. Já em novembro de 1999, este mesmo Conselho elaborou, através de seus representantes, "Uma Política Cultural para o Município de Toledo".

Durante a década de 80 foram criados outros projetos que se destacaram, como o Tempo de Cultura, Concurso de Contos "Paulo Leminski" (em 2001 passou à incumbência da Secretaria da Educação de Toledo), Festival de Teatro, Encontro de Corais e outros surgiram neste cenário cultural. Os locais de realização destas atividades culturais eram adaptados em auditórios de colégios, ginásios de esportes, tornando-se comum problemas de acústica, falta de espaço e de clima, o que dificultava a vinda de expoentes nacionais para se apresentarem em Toledo.

No dia 26 de novembro de 1999, foi inaugurado o Teatro Municipal de Toledo, o 3º maior do Estado do Paraná, com a presença do Ministro da Cultura, Francisco Weffort e do Governador Jaime Lerner. A obra tem uma área total construída de 2.974,18 m², entre palco, platéia, camarins, salas de ensaio, salas administrativas e demais dependências, com capacidade para 1.022 lugares.

Atualmente, a Secretaria da Cultura oferece cursos em diferentes modalidades, como artes visuais, musicalização, teatro, desenho a crianças e jovens do município, mantendo parceria com diversas Entidades.

A Secretaria Municipal de Cultura desenvolve dentro de suas estratégias de trabalho uma série de programas e ações voltadas à criança e ao adolescente nas áreas em quem, os profissionais técnicos e servidores de carreira, atuam e são eles:

- **PROJETO VIOLÃO POR MÚSICA,** que tem por objetivo, proporcionar ao aluno o essencial para o acompanhamento do violão. Oferece também ao aluno teoria e prática musical a fim de permitir a ele executar e interpretar os repertórios da música popular brasileira e música erudita. Dentre as suas ações destacam-se aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, direcionamento para o desenvolvimento e formação da técnica violonistica. Os ensaios musicais são

realizados durante o curso, assim como apresentações culturais. Projeto desenvolvido por Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO GUITARRA POR MÚSICA** com o objetivo de proporcionar ao aluno a fundamentação para o estudo do instrumento, bem como a formação do músico instrumentalista (guitarrista). Com destaque para aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica. Executado por um Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO PRÁTICA DE CONJUNTO** que visa Contribuir para a formação de bandas musicais de Pop, Rock, Blues e Heavy Metal. Destaca- se que a partir das orientações do professor os alunos desenvolvem a disciplina musical dos integrantes, bem como a dinâmica de grupo, aperfeiçoamento técnico, formação de repertório, interpretação e desempenho. Aplicado pelo Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO SAXOFONE, FLAUTA TRANSVERSAL E CLARINETE** que busca proporcionar ao aluno o ensino dos instrumentos de sopro saxofone, flauta transversal e clarinete, tornando o aluno apto à realização da leitura de partitura musical e a percepção, entendimento e interpretação estilistica dos principais estilos musicais. Baseia-se em Exercícios de leitura de partitura, exercícios técnicos de mecanismo do instrumento, prática de interpretação os principais estilos musicais e prática de música de câmara, envolvendo todos os alunos destes cursos, e é aplicado por um Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas.

§ **PROJETO TEORIA MUSICAL** com a finalidade de fundamentar e regulamentar as relações de consonância e dissonância que são parte essencial do sistema musical tonal. Preparar o músico habilitando suas capacidades rítmicas e melódicas proporcionando uma abordagem total da estrutura musical, abordando os fundamentos da linguagem musical assim como sua estruturação e suas regras. Destacam-se aulas em grupo com orientações direcionadas, juntamente com exercícios teóricos e

práticos de leitura musical, bem como elementos da estrutura musical. Treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica da teoria musical. É aplicado pelo Técnico em Artes e Instrumentos, Bacharel em música popular - Universidade Estadual de Campinas + Pós-graduação em Docência no ensino superior - Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas.

§ **PROJETO TÉCNICA VOCAL** que busca proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes, dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal. Aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica vocal. Executada pelo Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

§ **PROJETO MUSICALIZAÇÃO INFANTIL** que visa apresentar de forma lúdica e prazerosa os princípios básicos da música como as propriedades do som, conceitos de dinâmica e andamento, instrumentos, história da música e percepção auditiva, buscando desenvolver a musicalidade da criança através de aulas dinâmicas e diversificadas utilizando o corpo, instrumentos da bandinha rítmica, instrumentos alternativos e a voz com aulas práticas em grupos com orientação individual, apresentações culturais, treinamento para o desenvolvimento e formação da técnica vocal. Realizada pelo Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

§ **PROJETO CORAL INFANTIL** proporcionar aos alunos um desenvolvimento da musicalidade e da percepção auditiva através dos vocalizes dos arranjos vocais feitos nas canções executadas e dos exercícios técnicos que trabalham a respiração, a articulação, a dicção, a afinação e a postura corporal. Trabalhar a socialização, o respeito e a responsabilidade através de jogos, canções, parlendas, trava-línguas, arranjos vocais. Aplicado pelo Técnico em Artes e Instrumentos, formada em Licenciatura em Música - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

§ **PROJETO TECLADO** que busca proporcionar ao aluno uma vivência musical através do teclado, utilizando-se da leitura musical, de forma lúdica e criativa. Partindo da compreensão de um repertório musical variado, estimulando gradualmente o

aprendizado técnico do mesmo. Conta também com Avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado), atividades em sala. Aplicado por um Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura plena em Música-Unipan/Uniban.

§ **PROJETO DEZ DEDOS NO TECLADO** que desenvolve a sensibilidade rítmica, auditiva e leitura de partituras através da utilização do teclado e piano, proporcionando assim o aprendizado do teclado nos níveis básico, intermediário e adiantado, com avaliação teórica e prática (teoria musical e teclado), atividades em sala, preparação dos alunos para o recital de fim de ano. Aplicado por Técnico em Artes e Instrumentos, formada em piano pelo curso técnico do Conservatório Carlos Gomes, Superior Bacharel em Piano - Universidade do Estado de São Paulo, Licenciatura em Música - Universidade Católica de Brasília, Mestrado em música - Universidade do Estado de São Paulo, Doutorado incompleto em música - Universidade Estadual deCampinas.

§ **PROJETO CURSO DE PINTURA EM TELA "ARTE NA TELA"** que busca desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o desenvolvimento da sensibilidade artística, desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida. Conta com aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de pintura a óleo sobre a tela em estudos variados de luz e sombra, cor, composição e texturas com referências na História da Arte e artistas consagrados. Participação em palestras, workshops, visita a exposição e apreciação de eventos culturais ampliando seu conhecimento artístico e cultural e é aplicado por uma Instrutora de Artes, qualificada em Artes Plásticas - Universidade Federal de Pelotas/RS.

§ **PROJETO INTRODUÇÃO AO DESENHO ARTÍSTICO** que visa desenvolver a sensibilidade artística através do exercício do olhar, do pensar e o fazer, proporcionando subsídio para o processo criativo e intelectual do aluno, através de estudos e reflexões que o leve a expandir seu campo de conhecimento. Explora o desenvolvimento da sensibilidade artística,

desenvolvendo a criatividade, a atenção, a concentração, a memória, a coordenação motora, bem como a autoestima, o convívio social e consequentemente a ampliação da qualidade de vida. Conta também com aulas teóricas e práticas aplicando técnicas de lápis grafite em estudos variados com linhas, hachuras e manchas; técnica de tinta guache e lápis de cor aquareláveis com estudos de cor, luz e sombra e composição através de estudos e releituras de obras de arte e estudos de observação de modelos naturais, possibilitando o aprendizado do desenho nos níveis básico, intermediário e avançado preparando o aluno para criação individual e futuras exposições. Participação de palestras, workshops, visita a exposição e apreciação de eventos culturais ampliando seu conhecimento artístico e cultural. Desenvolvido por uma Instrutora de Artes, qualificada em Artes Plásticas - Universidade Federal de Pelotas/RS.

§ **PROJETO FORMAÇÃO DO ATOR** propiciar a formação artística de crianças e adolescentes, fornecer elementos que desenvolvam a cidadania e a cultura nos nossos jovens, através de aulas em sua totalidade práticas e com um grande apelo para o público adolescente. E é desenvolvido por um Funcionário Público com Curso de Formação de Docentes da Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental na Modalidade Normal e Ator Profissional com registro junto ao SATED/PR.

§ **PROJETO VIOLÃO "AMIGOS DA CANÇÃO**" composto por um grupo de alunos entre 18 a 70 anos de idade. São alunos com maior experiência com o violão, mas que apresentam demanda por maiores conhecimentos e desenvolver novas técnicas do instrumento. O curso oferece nível avançado tanto na prática quanto na teoria. Os ensaios musicais são realizados durante o curso, assim como apresentações culturais e desenvolvido por um Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura plena em Música - Unipan/Uniban.

§ **PROJETO VIOLINO** que busca apresentar à população uma nova visão musical, tendo como principal foco o desenvolvimento da música clássico-erudita. Bem como levar o educando a vivência e compreensão da linguagem musical, propiciando a abertura de canais sensoriais, facilitando a expressão de emoções, ampliando a cultura geral, contribuindo para a formação integral do ser e ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora, e aplicado por um Técnico em Artes e Instrumentos,

Licenciatura em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO VIOLONCELO** que permite proporcionar aos alunos técnica de Violoncelo e teoria musical para ingressar futuramente na Orquestra de Câmara de Toledo. Inseri-los em uma atividade extracurricular ajudando no desenvolvimento de concentração e coordenação motora e mostrar a possibilidade de uma vida melhor através da música. Realizado por um Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO DE VIOLINO "ORQUESTRA DE CORDAS"** integrado por alunos entre 15 a 30 anos de idade que se destacam no curso de violino e desejam ampliar seus conhecimentos em nível avançado. O projeto tem o ensejo de propiciar ao aluno um estudo prático e teórico avançado no sentido de propiciar conhecimento técnico apropriado para a realização de apresentações culturais enquanto músicos profissionais. Realizado por um Técnico em Artes e Instrumentos, Licenciatura em Música – Faculdade de Artes do Paraná.

§ **PROJETO ACORDEON PARA TODOS** desenvolvido em três níveis de aprendizado: iniciante, intermediário e avançado. Realizado no Teatro Municipal de Toledo para alunos a partir de 14 anos de idade. O curso abrange tanto conhecimentos teóricos quanto práticos e é ministrado por Servidor municipal com ampla experiência artística tanto na técnica vocal quanto na prática com o acordeon.

§ **PROJETO TOO NA CAPOEIRA** é realizado no Centro de Artes e Esportes Unificados – CEU das Artes – para turmas de alunos a partir de 05 anos de idade. As aulas ocorrem duas vezes por semana em dois períodos: vespertino e noturno. A finalidade das aulas é o de desenvolver a socialização entre as crianças e adolescentes de modo a propiciar exercícios que incentivem a evolução motora, psicológica e física de modo geral, bem como, incentivar a manutenção dos valores sociais de respeito às diferenças e auxílio mútuo com os exercícios em grupo. Atua diretamente como política sociocultural em relação a ocupação benéfica do tempo ocioso de jovens e crianças em área considerada periférica do município de Toledo. Realizado por agente voluntário ligado ao Conselho Tutelar que possui formação em Licenciatura Plena em História (UNIOESTE) e é Mestre

em Capoeira pelo Grupo Senzala de Toledo.

§ **PROJETO BATERIA** voltado para alunos a partir de 12 anos de idade. O curso ocorre uma vez por semana no CEU das Artes em dois períodos: matutino e vespertino. Durante o curso, os alunos têm acesso tanto ao conhecimento teórico quanto prático, desenvolvem a coordenação motora necessária para a execução das batidas do instrumento e aprimoram a escuta em relação a ritmo e tempo de música. Projeto desenvolvido por Técnico em Artes e Instrumentos, formado em Educação Artística com habilitação em Música - Faculdade de Artes do Paraná.

QUADRO 10. EQUIPAMENTOS CULTURAIS DA SECRETARIA DA CULTURA:

LOCAL	ENDEREÇO	CONTATO
CASA DA CULTURA	RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 1638 - CENTRO	(45) 3378-4548 / CASACULTURA@TOLEDO.PR.GOV.BR
TEATRO MUNICIPAL DE TOLEDO	AVENIDA PARIGOT DE SOUZA, 2626 - CENTRO	(45) 3378-2528 / TEATROMUNICIPAL@TOLEDO.PR.GOV.BR

CEU DAS ARTES	RUA LEDI FISCHER MAAS, 1735 – JARDIM EUROPA	(45) 3252- 4088 / CEU.TOLEDO@TOLEDO. PR.GOV.BR
MUSEU HISTÓRICO WILLY BARTH	RUA GUARANI, 3843 – VILA BECKER	(45) 3277-3590 / MUSEU@TOLEDO.PR.G OV,BR

8.6 JUVENTUDE

O tema Juventude começou a ganhar projeção e complexidade no Brasil na metade dos anos de 1990. O aumento da proporção da população juvenil de 15 a 24 anos trouxe consigo o aprofundamento de desigualdades socioeconômicas a este público. A constituição de políticas públicas de juventude é muito recente, sendo este um tema inserido na agenda pública do Brasil pensando especialmente em problemas que afetam, de modo geral, a juventude brasileira: saúde, violência e desemprego (BAQUERO e NAZZARI, 2010).

Para compreender a categoria "juventude", é importante considerar a pluralidade, a diversidade de ideias, experiências, culturas e particularidades que compõem este segmento; assim, trataremos de "Juventudes". Souza, *et al* (2016) caracteriza e a condição juvenil como

> um processo em que ocorrem transformações em todas as dimensões dos indivíduos, sejam elas biológicas, sociológicas ou psicológicas. Identificar a juventude é muito mais do que delinear uma faixa etária; é, sim, olhar para um processo de construção de identidade dos indivíduos e suas múltiplas faces(…). Por isso, se faz urgente entender a juventude enquanto categoria social a ser respeitada e ouvida a partir do lugar onde vivem(…), reconhecendo suas particularidades e condições juvenis e a necessidade da troca de paradigma da sociedade. (SOUZA et al, 2016, p. 9).

As políticas públicas de juventude são resultados de um processo histórico. Ainda na década de 1980, muitos movimentos juvenis ganharam força, por estarem diretamente lutando pelo fim da ditadura militar, organização que se intensificou na retomada da democracia, quando se discutiu a Constituição Federal de 1988. “É neste contexto que na década de 90 surgem as reflexões e experiências das políticas públicas de juventude” (SOUZA et al, 2016, p. 42). As experiências nos municípios se iniciam com a participação das organizações juvenis. É importante ressaltar que todo este processo não se deu isoladamente, pois neste período também se levantaram as bandeiras com reivindicações das mulheres, da negritude, dos direitos humanos, ecologia e meio ambiente, diversidade sexual, direitos das crianças e adolescentes.

Ainda segundo Souza *et al* (2016, p. 42), somente “a partir de 2003 as políticas públicas de juventude começaram a ser reconhecidas através de várias iniciativas da sociedade civil de grupos como a Unesco, ONGs, Universidades e o Projeto Juventude”. Neste período, foram produzidas pesquisas e diálogos com movimentos juvenis, gestores, especialistas e outras organizações, a fim de discutir a temática.

Em 2003, a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude foi constituída no poder legislativo, e em 2005 o governo federal criou o Conselho Nacional de Juventude, a Secretaria Nacional de Juventude e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens: Educação, Qualificação e Ação Comunitária – PROJOVEM (BAQUERO e NAZZARI, 2010).

No ano de 2013, foi aprovada a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, que “institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE” (BRASIL, 2013a). Não podemos deixar de citar aqui o protagonismo das juventudes no processo de constituição destas políticas públicas de juventude. Desde as primeiras demandas apresentadas pela população jovem, houve sua participação.

No Município de Toledo, um marco importante nas políticas públicas de juventude foi a aprovação, em 2001, da Lei n° 1.838, que cria o Conselho Municipal da Juventude de Toledo (COMJUTO). Este órgão, que tem caráter deliberativo, consultivo e fiscalizador, tem como uma de suas atribuições, auxiliar na elaboração das políticas públicas locais que promovam o amplo exercício dos direitos das juventudes. Através da Lei 2.210, de 26 de setembro de 2015, o COMJUTO foi regulamentado, tendo, portanto, sua primeira composição.

Em 2011, foi instituída a Secretaria Municipal de Juventude (SMJ), considerada um grande avanço nas ações, programas e projetos para o segmento juvenil. A SMJ possui como principal política pública os Centros de Juventude (CJUs), sendo eles o *CJU Mariana Luiza von Borstel*

(Jardim Coopagro) e o CJU Márcio Antônio Bombardelli (Jardim Europa), construídos, equipados e inaugurados no ano de 2012**.** Os espaços são destinados a adolescentes e jovens de 12 a 29 anos, prioritariamente em situação de vulnerabilidade social, com capacidade para atender 500 jovens por dia, através de projetos e atividades, pautando-se na proposta socioeducacional de desenvolvimento integral do jovem através da pedagogia freiriana, conforme a Deliberação do CEDCA Nº 04/2009.

Os Centros da Juventude têm como objetivo constituir-se como espaços de referência para as juventudes, devendo ser acessíveis, abertos e democráticos, que possibilitem a adolescentes e jovens produzirem e acessarem bens culturais e artísticos; participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes; desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional, social e política.

O atendimento nos Centros da Juventude acontece de segunda a sexta-feira, no período matutino (das 08h15min às 12hrs) e no período vespertino (13hrs às 17hrs). O atendimento noturno acontece de forma diferenciada: no CJU Europa, de segunda a sexta-feira, das 18hrs às 22hrs, e no CJU Coopagro nas segundas e quartas-feiras, neste mesmo horário. O Programa Centro da Juventude oferta atendimento por meio de acolhida, atividades de formação, de esporte e lazer, e de cultura e arte, acompanhamento e orientação Psicossocial, encaminhamento para a rede de atendimento, eventos, cessão do espaço para o desenvolvimento de atividades próprias de organização comunitária, cultural ou social.

A fim de promover o desenvolvimento integral do público atendido, a proposta do Centro da juventude está alicerçada em três pilares:

Da cidadania: pela organização de atividades que promovam a elevação da consciência política, a participação ativa, a organização, a mobilização e formação de lideranças juvenis (através de rodas de conversa, oficinas psicossociais, palestras, fóruns, visitas institucionais, participação no Conselho Gestor, entre outros);

Da convivência: por se caracterizar como espaço de encontro e de pertencimento, numa dinâmica que combine liberdade e respeito para com colegas e os profissionais do equipamento, propiciando um ambiente sem discriminação de gênero, etnia/raça, religião e/ou classe social;

Da formação: pelo elenco de atividades ofertadas que objetivam aprendizagem no âmbito das relações pessoais, do mundo do trabalho e da produção cultural e artísticos; participar de atividades esportivas, tecnológicas e profissionalizantes, desenvolver e participar de ações que favoreçam a formação pessoal, profissional e política.

A proposta socioeducacional do programa Centro da Juventude pauta-se na Pedagogia de Paulo Freire, marco conceitual construído e

apresentado na Deliberação Nº 004/2009 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Paraná (CEDCA/PR, 2009). Esta proposta socioeducativa enfatiza os princípios que constituem o método de Paulo Freire:

O primeiro princípio nos remete à *politicidade do ato educativo*, ou seja, não existe educação neutra. A educação é vista como construção e reconstrução contínua de significados de uma dada realidade. O segundo princípio do Método diz respeito à *dialogicidade do ato educativo*, em que a base da pedagogia é o diálogo. A relação pedagógica necessita ser, acima de tudo, uma relação dialógica, seja entre educador e educando, entre educando e educador e o objeto do conhecimento, entre natureza e cultura.

No Centro da Juventude, as bases da educação popular devem ser vistas como sustentação para um processo político pedagógico, que visa fortalecer a consciência da cidadania e busca emancipar os sujeitos sociais, através da autorreflexão de sua história.

Neste sentido, buscando dar diretrizes para nortear a política de juventude em nosso Município, em 2021 foi instituído o Programa Bora Lá, agregando uma maior organização das ações voltadas às juventudes. As ações promovidas pelo Programa também vêm no sentido de ampliar o horizonte dos/das jovens, mostrar caminhos para sua atuação social, profissional e cidadã.

O Programa visa a garantia dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Juventude (Lei 12.852/2013), promovendo aos jovens o direito à sua formação integral, autonomia e protagonismo nas esferas política, social, econômica e cultural. Em consonância, tal Programa objetiva o fortalecimento do jovem com seu projeto de vida, trabalhando de maneira intersetorial com outras políticas públicas do Município.

O Programa Bora Lá contempla onze frentes de atuação. A partir destes eixos, são definidos os projetos a serem executados pelos profissionais referenciados a cada área (esporte, cultura, saúde, profissionalização, educação social e outras), através de metodologias ativas. Assim, os projetos se organizam da seguinte maneira:

1. **Protagoniza:** Direito à Cidadania, à Participação Social e Política e à Representação Juvenil;
2. **Jovem na Universidade:** Direito à Educação;
3. **Bora trabalhar:** Direito à Profissionalização, ao Trabalho e à Renda;
4. **RESPEITO (respeito, equidade social, paz e igualdade para todos**): Direito à Diversidade e à Igualdade;
5. **Amorescer**: Direito à Saúde;

6. **#TôNaÁrea:** Direito à Cultura;
7. **Comunica:** Direito à Comunicação e à Liberdade de Expressão;
8. **Jovem em Movimento:** Direito ao Desporto e ao Lazer;
9. **Oportuniza:** Direito ao Território e à Mobilidade;
10. **Juventude no Meio:** Direito à Sustentabilidade e ao Meio Ambiente;
11. **#TMJ - Tamo Junto:** Direito à Segurança Pública e ao Acesso à Justiça.

CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Em 2008, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Juventude, com o tema "Levante sua Bandeira". É importante lembrar que neste momento da história, ainda não havia legislação específica que regulamentasse os direitos dos jovens, sendo que um dos objetivos principais era identificar as demandas para regulamentar a discussão sobre essas políticas públicas. (BRASIL, 2008).

Em 2011, aconteceu a segunda Conferência Nacional de Juventude, desta vez com o tema "Conquistar Direitos, Desenvolver o Brasil". Neste momento, a política de juventude apresentava sua constituição de forma mais organizada, mas ainda necessitava de um norte para cumprir a agenda pública. (BRASIL, 2011).

Em 2015, tivemos a 3ª Conferência Nacional de Juventude com o tema "as várias formas de mudar o Brasil". Este momento foi guiado pelos 11 direitos estabelecidos pelo Estatuto da Juventude, aprovado no ano de 2013, a fim de contemplar uma das propostas prioritárias da conferência de 2011. (BRASIL, 2015).

Em todos os momentos, o Município de Toledo teve suas etapas municipais. No ano de 2019, foi realizada a IV Conferência Municipal Democrática de Juventude, que discorreu sobre “Juventude e garantia de direitos”, convocada por meio de mobilização popular, tendo em vista a ausência de convocação desta nas esferas governamentais.

8.7 SECRETARIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO PARA INFÂNCIA E JUVENTUDE, MULHER, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, PESSOA IDOSA, IMIGRANTES E OUTROS GRUPOS VULNERABILIZADOS – SMDH.

A necessidade de constituir a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano para Infância e Juventude, Mulher, Pessoa com Deficiência, Pessoa Idosa, Imigrantes e outros Grupos Vulneráveis (SMDH), se coloca num contexto de reestruturação do formato administrativo atual de governança municipal.

Um dos objetivos da Municipal de Desenvolvimento Humano para Infância e Juventude, Mulher, Pessoa com Deficiência, Pessoa Idosa, Imigrantes e outros Grupos Vulneráveis (SMDH) é fortalecer a articulação intersetorial das políticas públicas no âmbito do Município, entre as quais, as políticas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar, Cultura, Esporte e Lazer, Habitação, Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Segurança. Este objetivo contribuirá para a efetivação da intersetorialidade, com eficiência, eficácia e efetividade às políticas setoriais, resultando em ganhos para a população e para a Administração Pública.

A defesa de direitos será um dos objetivos centrais da SMDH, voltada a atenção a diversos segmentos vulnerabilizados da sociedade, de forma a contribuir com maior visibilidade das necessidades e favorecer o acessos a serviços públicos.

Assim, a SMDH será organizada em dois grandes eixos, sendo eles: Infância e Juventude, e, Políticas de Cidadania e Desenvolvimento Humano.

No eixo *Departamento de Políticas para Infância e Juventude* serão articuladas as políticas públicas que atendem crianças e adolescentes, prioridade absoluta conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente. E contemplando em tal eixo o fortalecimento da articulação ao segmento Juventude, mantendo vinculado a estrutura da SMDH a administração dos dois Centros da Juventude já existentes no Município – Jardim Coopagro e Jardim Europa (atualmente administrados pela Secretaria de Juventude).

Os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Juventude, também serão vinculados administrativamente a SMDH, estando sob responsabilidade da Secretaria garantindo a infraestrutura necessária à sua manutenção. Ainda, estará vinculado à SMDH, o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – FMDCA.

Os Conselhos Tutelares também serão vinculados administrativamente à SMDH, tendo dotação orçamentária específica para a manutenção dos mesmos (visto que sua execução é autônoma e não jurisdicional).

Portanto, no eixo das Políticas de Infância e Juventude, serão realizadas a estruturação de duas Coordenadorias, sendo um específico para operacionalização da Política da Criança e do Adolescente, com equipe específica, sendo a referência na articulação intersetorial desta Política, bem como da articulação e suporte no andamento dos trabalho do CMDCA. A outra Coordenadoria refere-se a Política da Juventude, estando sob este setor a manutenção dos CEJUS com suas respectivas Coordenações, bem como, a articulação para andamento dos trabalho do COMJU.
No que concerne ao eixo *Políticas de Cidadania e Desenvolvimento Humano*, este se desmembrará numa gama complexa de Políticas nos seguintes segmentos: Políticas para Mulher, Políticas para Pessoa Idosa, Políticas para Pessoa com Deficiência, Defesa de Direitos e Políticas para Imigrantes e outros Grupos Vulneráveis. Cada um desses segmentos trabalhará as articulações com as demais políticas públicas e sediará os respectivos Conselhos daquele segmento afim, além do atendimento à população que necessite de encaminhamentos e orientações.

No que concerne a Política para Mulher, a *Coordenadoria de Políticas para Mulheres* além de primar pela articulação intersetorial visando a garantia dos direitos sociais de mulheres, implementará Programas e Projetos já existentes entre os quais voltados a valorização da mulher do campo, e serão implantados novos Programas e Projetos, voltados a fortalecimento da autonomia e valorização das mulheres, e a formação profissional e acesso ao mundo do trabalho. Quanto ao atendimento para mulheres em situação de violência, será realizado na Política de Assistência Social, conforme Tipificação dos Serviços Socioassistenciais. A Coordenadoria de Políticas para Mulheres desempenhará papel central na contribuição junto ao CMDM.

A *Coordenadoria de Políticas para Pessoa Idosa*, contará com equipe para realizar a articulação necessária a implementação da Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, atendimentos com orientações e encaminhamentos necessários para garantia dos acessos a bens e serviços, tendo com centralidade defesa de direitos da população idosa do Município, especialmente articulação com as áreas de Saúde, Esporte e Lazer, Cultura e Assistência Social. A Coordenadoria de Políticas para Pessoa Idosa desempenhará papel central na contribuição junto ao CMDI. Também estará vinculado à SMDH o Fundo Municipal dos Direitos do Idoso – FMDI.

A *Coordenadoria da Política para Pessoa com Deficiência*, contará com equipe e tem entre suas atribuições articular intersetorial e junto

com CMPCD a elaboração e implantação da Política Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizando diagnóstico do Município no que concerne a censo e demandas das várias expressões de desigualdade da população com deficiência e de suas famílias. Neste segmento também a elaboração de Programas voltados ao desenvolvimento humano, acesso a formação para o mundo do trabalho dos vários segmentos de pessoas com deficiência, observadas as necessidades particulares e singularidades de cada segmento de PcD. Esta Coordenadoria tem um papel importante na defesa de direitos e de articulação visando contribuir com acesso a bens e serviços das demais políticas públicas, bem como o suporte e fortalecimento do CMPCD.

A *Coordenadoria de Proteção e Defesa de Imigrantes e Outros Grupos Vulnerabilizados*, é um segmento que não há no âmbito do Município referência de Política Pública voltada para atenção particular as necessidades destes segmentos. Entre os objetivos estão o atendimento com acolhida, orientações e encaminhamentos, especialmente a questão da população imigrante que nos últimos anos tem migrado para a região e para Toledo, e não existe um central de referência para atendimento a esta população. Será elaborado Programas e Projetos voltadas à população imigrante e outros grupos vulnerabilizados que não tenham referência de proteção e visibilidade, sendo esta a Coordenadoria o espaço de referência para a acolhida e a articulação juntos as demais políticas públicas, visando o acesso a bens e serviços disponíveis no âmbito do município, bem como, ações voltadas a formação para o mundo do trabalho.

Neste sentido, este Governo vem propor uma nova estrutura Administrativa em que centralizará as políticas de segmentos vulneráveis em uma única Secretaria, que tem como missão contribuir com a mobilização, defesa e garantia de direitos, articulação intersetorial e oferta de Programas e Projetos voltados ao atendimento das necessidades dos diversos segmentos. Ainda, contribuirá com a visibilidade dos vários segmentos.

A SMDH iniciará seu funcionamento em 01 de janeiro de 2022. Contudo, considerando o período de revisão do presente Plano – outubro a novembro de 2021 – a SMDH já participou do processo de revisão, bem como articulou junto às diversas Políticas Públicas que compõem o presente documento a fim de organizar a construção do mesmo.

CONSELHOS TUTELARES

Conforme Estatuto da Criança e do Adolescente Art. 131 “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei”.

No município há dois Conselhos Tutelares, sendo que estes têm por objetivos: Garantir, fazer valer, na prática, os princípios estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sempre que direitos forem ameaçados ou violados, zelando pelo cumprimento efetivos diante de todas as políticas de atendimento à criança e ao adolescente remetendo-se as suas atribuições previstas no artigo 133 do ECA. Faixa etária dos atendidos é de 0 a 18 anos de idade. São realizados atendimentos aos encaminhamentos por serviços públicos/rede intersetorial e denúncias realizadas.

9. LEVANTAMENTO DA REDE DE PROGRAMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Neste item, realizar-se-á o Mapeamento circunstanciado da situação da criança e do adolescente, no qual serão apresentados todos os equipamentos e programas de atendimento à criança e ao adolescente das áreas de Assistência Social, Educação, Saúde, Esporte, Cultura e Juventude.

Espera-se que essas informações sejam utilizadas por toda a rede socioassistencial, para além do conhecimento dos Serviços e Programas existentes, proporcionar também aproximação e interação entre os equipamentos.

Ressalta-se ainda, que os números de atendimentos realizados pelos diversos equipamentos abaixo relacionados, em todas as áreas em questão nesse Plano de Ação são variáveis, podendo ocorrer rotatividade nos atendimentos, uma vez que a realidade é dinâmica e existe variáveis como mudança de endereço ou de município, desistência, alcance de idade máxima permitida, privação de liberdade, óbito, dentre outras circunstâncias.

9.1. PROGRAMAS DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Os serviços de assistência social ofertados na área da criança e do adolescente são estruturados conforme orienta a Política Nacional de Assistência Social/2004, Sistema Único de Assistência Social / SUAS, Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais/2009, e de acordo com os eixos de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, de Média e Alta Complexidade, como já explicitado anteriormente. Importante ressaltar que todos os Programas de assistência social estão em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme o artigo 90, Capítulo II (Com a modificação de redação dada pela Lei nº 12.010, de 2009), que trata das entidades de atendimento.
São desenvolvidos pela Secretaria de Assistência Social e Organizações da Sociedade Civil, os seguintes Programas: orientação e apoio

sociofamiliar; apoio socioeducativo em meio aberto e acolhimento institucional.

Os Programas voltados à crianças e adolescentes são apresentados a seguir:

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL I - CRAS I VILA PIONEIRO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL II - CRAS II EUROPA CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL III - CRAS III COOPAGRO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL IV - CRAS IV PANORAMA CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL V - CRAS V SANTA CLARA CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL VI - CRAS VI ITINERANTE	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA

ENDEREÇO:	RESPONSÁVEL:
CRAS I: RUA. LOPEÍ, 65, ESQUINA COM RUA. FELIPE CAMARÃO - VILA PIONEIRO CRAS II: RUA CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE, 667 - JARDIM EUROPA CRAS III: RUA JOSÉ AYRES DA SILVA, 746 - JARDIM COOPAGRO CRAS IV: RUA CARLOS SBARAINI, 2251 - JARDIM PANORAMA CRAS V: RUA LEDI FISHER MAAS, 1180 - SANTA CLARA IV CRAS VI: RUA DR. CIRO FERNANDES DO LAGO, 167 - VILA PIONEIRO	CRAS I: FRANCIELE DE SOUZA CRAS II: CARLA PATRÍCIA RADTKE CRAS III: CÍNTHIA REGINA BRUM CRAS IV: FERNANDA BONFIM ROCHA CRAS V: LEANDRO HENRIQUE BONOTTO CRAS VI: JAQUELINE NADIR DA SILVA
TELEFONE:	E-MAIL:
CRAS I: FONE: 3378-8636 / CELULAR: 9156-2292 CRAS II: FONE: 3252-7585 / CELULAR: 9 9103-2019 CRAS III: FONE: 3278-3125 / CELULAR: 9 9154-7753 CRAS IV: FONE: 3252-7958 / CELULAR:9 9121-8458 CRAS V: FONE: 3278-7287 / CELULAR: 9 9129-6058 CRAS VI: FONE: (45) 3378-8618 / CELULAR: (45) 99138-7214	CRAS I: CRASPIONEIRA@HOTMAIL.COM CRAS II: CRASEUROPA@HOTMAIL.COM CRAS III: CRASCOOPAGRO@HOTMAIL.COM CRAS IV: CRAS4PANORAMA@YAHOO.COM.BR CRAS V: CRAS.SANTACLARA@HOTMAIL.COM CRAS VI: CRAS.ITINERANTE@HOTMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO / CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS[5]	DEMANDA REPRIMIDA[6]
CIDADANIA PROJETO CEGONHA FELIZ	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	CRAS I CRAS II CRAS III CRAS IV CRAS V CRAS VI	CAPÍTULO III, ART.19	OFERECER UM ESPAÇO DE ACOLHIDA E ESCUTA QUALIFICADA, E PROPORCIONAR MOMENTOS DE DIÁLOGOS COLETIVOS E INDIVIDUAL COM GESTANTES, VISANDO O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO FAMILIAR.	ADOLESCENTES E ADULTAS	550 [7]	550 GESTANTES	NÃO POSSUI

[5] REFERÊNCIA DE ATENDIDOS DO MÊS DE OUTUBRO DE 2021;

[6] REFERÊNCIA DA DEMANDA REPRIMIDA MÊS DE OUTUBRO DE 2021;

[7] META E ATENDIDOS REFERENTE AO PROJETO CEGONHA FELIZ LEVOU-SE EM CONSIDERAÇÃO O NÚMERO DE BENEFÍCIO EVENTUAIS CONCEDIDOS NO ANO DE 2021, JANEIRO A OUTUBRO, 481 FOI LANÇADO A MÉDIA DE CONCESSÕES PARA CHEGAR NO NÚMERO DE 550 GESTANTES.

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
PROJOVEM ADOLESCENTE	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	CRAS I CRAS II CRAS III CRAS IV CRAS V	INCISOS I E II, CAP. II, ARTIGO 90	PROMOVER A SOCIALIZAÇÃO E CONVIVÊNCIA POR MEIO DA CRIAÇÃO DE ESPAÇOS DE REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DAS FAMÍLIAS NA PROTEÇÃO DE SEUS MEMBROS E DO ESTÍMULO E ORIENTAÇÃO DOS USUÁRIOS NA CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DE SUAS HISTÓRIAS E VIVÊNCIAS INDIVIDUAIS E COLETIVAS, NA FAMÍLIA E NO TERRITÓRIO.	15 A 17 ANOS	190	107	19

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **UNIDADE SOCIAL SÃO FRANCISCO - USSF**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA OSVALDO ARANHA, Nº 500 - SÃO FRANCISCO	RESPONSÁVEL LEGAL: ANIZELI SILVIA GONÇALVES - COORDENADORA
TELEFONE: 3278-7956	E-MAIL: UNIDADESAOFRANCISCO@GMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO / CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
PROGRAMA CRESCER	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	UNIDADE SOCIAL SÃO FRANCISCO	ART. 87 INCISO II;	ATENDER CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE ATRAVÉS DE ATIVIDADES LÚDICAS, ESPORTIVAS E DE LAZER PROPORCIONANDO MOMENTOS DE APRENDIZAGEM E INTERAÇÃO COM OUTROS USUÁRIOS.	06 A 15	200	60	28

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **UNIDADE SOCIAL COOPAGRO - USC**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA LUIZ ANTONIO BASSO, 781 - JARDIM COOPAGRO	RESPONSÁVEL LEGAL: CRISTINA VOELKL - COORDENADORA
TELEFONE: 3378-8393	E-MAIL: UNIDADESOCIALCOOPAGRO@HOTMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO / CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	UNIDADE SOCIAL COOPAGRO	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	06 A 14	120	51	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **NÚCLEO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE - NACA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R. LOPEÍ, 65, ESQUINA COM R. FELIPE CAMARÃO - VILA PIONEIRO	RESPONSÁVEL LEGAL: SALETE DE ALMEIDA - COORDENADORA
TELEFONE: 3277-1836	E-MAIL: NACA.TOLEDO@HOTMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/ CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
SEMENTES DO AMANHÃ	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	NACA	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	07 A 15	80	25	14

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESPAÇO VIDA - FLORIR TOLEDO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA CORBÉLIA, Nº 830 - JARDIM SANTA MARIA	RESPONSÁVEL LEGAL: LUIZ CARLOS RUCKS
TELEFONE: (45) 3379-1588	E-MAIL: FLORIRTOLEDO@HOTMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO / CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
Florir Toledo	Proteção Social Básica	Espaço Vida	Art. 87 inciso II;	Complementar o trabalho social com a família, prevenindo a ocorrência de situações de risco social e fortalecendo a convivência familiar e comunitária e possibilitar acessos a experiências e manifestações artísticas , culturais, esportivas e de lazer com vistas ao desenvolvimento de novas sociabilidades.	13 a 17 anos	60	34	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO BENEFICENTE DE EDUCAÇÃO INFANTIL LEDI MAAS LIONS**	NATUREZA: ( ) GOVERNAMENTAL (X) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA OLÍVIA LEONARDI, 196 – VILA BRASIL CEP 85909-620	RESPONSÁVEL LEGAL: OSMAR HENRI VANZELLA
TELEFONE: 3252-4021	E-MAIL: CBLEDIMAAS@YAHOO.COM.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
PROGRAMA DE INCENTIVO AO PROTAGONISMO INFANTIL – PRÓ CRIANÇA	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA, SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE ÍNCULOS’	CENTRO BENEFICENTE DE EDUCAÇÃO INFANTIL LEDI MAAS LIONS	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	6 A 14 ANOS	30	31	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ORGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **AÇÃO SOCIAL SÃO VICENTE DE PAULO**	NATUREZA: ( ) GOVERNAMENTAL (X) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO, 637 – CENTRO	RESPONSÁVEL LEGAL: IR. LUIZA MENIN
TELEFONE: (45) 2103 2900	E-MAIL: ASVPAULO@ASVPAULO.ORG.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
PROCESSO DO CONHECIMENTO –ENINOS E MENINS DE FUTURO	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	NO ENDEREÇO SUPRACITADO	ART. 87 INCISO II;	PROPICIAR À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE AQUISIÇÃO PROGRESSIVA DE MÚLTIPLOS CONHECIMENTOS, DE ACORDO COM SEU CICLO DE VIDA, A FIM DE COMPLEMENTAR O DESENVOLVIMENTO PESSOAL/EDUCACIONAL, FAMILIAR E SOCIAL, RECEBENDO ATENDIMENTO SOCIAL, PEDAGÓGICO E PSICOLÓGICO.	06 A 17 ANOS	300	322	00

PRÁTICAS DO CRESCER MENINOS E MENINAS DE FUTURO	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	NO ENDEREÇO SUPRACITADO	ART. 87 INCISO II;	OFERECER CURSOS EM DIFERENTES ÁREAS, CAPACITANDO PARA A ENTRADA NO MERCADO DE TRABALHO TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES DE FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES COM COMPETÊNCIA E HABILIDADE. PREPARAR PARA A CONVIVÊNCIA NA COMUNIDADE NA TRANSFORMAÇÃO DO CONHECIMENTO ADQUIRIDO PARA CRESCIMENTO PRÓPRIO E DA SOCIEDADE	12 A 17 ANOS	150	130	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CIRCO DA ALEGRIA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R. FÉLIX DA CUNHA, 589-661 - JARDIM EUROPA	RESPONSÁVEL LEGAL: ARLINDO SANCHEZ GUERRA
TELEFONE: 3055-8757	E-MAIL: ESCOLA.ANITA@TOLEDO.PR.GOV.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
CIRCO DA ALEGRIA	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	ESCOLA MUNICIPAL ANITA GARIBALDI	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER, EM ESPECIAL ATIVIDADES CIRCENSES, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	06 A 14 ANOS	100	104	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **APM – ESCOLA MUNICIPAL OSVALDO CRUZ**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA: BENTO GONÇALVES, 720 – VILA NOVA – TOLEDO PR.	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIMARA GIACOMINI
TELEFONE: (45)3269-1417	E-MAIL: ESCOLA.OSVALDOCRUZ@TOLEDO.PR.GOV.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS	DEMANDA REPRIMIDA
SCFV	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	ESCOLA MUNICIPAL OSVALDO CRUZ	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	06 A 14 ANOS	30	16	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **APM – ESCOLA MUNICIPAL ORLANDO LUIZ BASEI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA SÃO LUIZ, 1421 – NOVO SARANDI	RESPONSÁVEL LEGAL: MARCIA CLENIR HENNING FOLLMANN
TELEFONE: (45) 3273-1501	E-MAIL: ESCOLA.LUIZBASE@TOLEDO.PR.GOV.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
SCFV	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	ESCOLA M. ORLANDO LUIZ BASEI – NOVO SARANDI	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	06 A 14 ANOS	40	40	00

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CASA DE MARIA – ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**	NATUREZA: ( ) GOVERNAMENTAL (X) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA GENERAL CÂMARA, 833	RESPONSÁVEL LEGAL: MARIA INÊS BORGES MÂNICA
TELEFONE: (45) 3252-5040	E-MAIL: DIRECAO@CASADEMARIATOLEDO.ORG.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METASA ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
CONSTRUINDO A VIDA	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	CASA DE MARIA ASSISTÊNCIA A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	ART. 87 INCISO II;	POSSIBILITAR À CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL DECORRENTE DA POBREZA, A OPORTUNIDADE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL, ASSEGURANDO-LHE UM ESPAÇO INSTITUCIONALIZADO SADIO, EM JORNADA AMPLIADA, QUE LHE POSSIBILITE O DESPERTAR DE VALORES, CAPACIDADES E TALENTOS E FORTALECER A FUNÇÃO PROTETIVA DA FAMÍLIA, PREVENINDO A RUPTURA DOS SEUS VÍNCULOS, VISANDO O FORTALECIMENTO DAS FAMÍLIAS USUÁRIAS NUM ESPAÇO DA PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA.	6 A 14 ANOS	400	425	18

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO SOCIAL E EDUCACIONAL ALDEIA INFANTIL BETESDA**	NATUREZA: ( ) GOVERNAMENTAL (X) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA LEON DINIZ, 320 - JARDIM PANCERA	RESPONSÁVEL LEGAL: JOSE ALVES DE SOUZA
TELEFONE: (45)3252-1754	E-MAIL: ALDEIATOLEDO@UOL.COM.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/ CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
PROGRAMA OCUPACIONAL ALTERNATIVO	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	SEDE DE ENTIDADE	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	6 A 14 ANOS	80	80	0

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - APAE**	NATUREZA: ( ) GOVERNAMENTAL (X) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA BONFIM - 1621 - CENTRO	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIMAR RECALCATTI VIEIRA
TELEFONE: 45 -3252-3984	E-MAIL: TOLEDO@APAEPR.ORG.BR

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
SCFV	PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	NO DOMICILIO	ART. 87 INCISO II;	COMPLEMENTAR O TRABALHO SOCIAL COM A FAMÍLIA, PREVENINDO A OCORRÊNCIA DE SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL E FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA E POSSIBILITAR ACESSOS A EXPERIÊNCIAS E MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS , CULTURAIS, ESPORTIVAS E DE LAZER COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DE NOVAS SOCIABILIDADES.	06 A 14 ANOS	10	10	0

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS I**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA DR. CYRO FERNANDES DO LAGO, Nº 167, VILA PIONEIRO	RESPONSÁVEL LEGAL: JULIANA ALVES MÁXIMO
TELEFONE: (45) 3378-8334	E-MAIL: CREAS1@TOLEDO.PR.GOV.BR

PROGRAMA	EIXO DECOMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER*	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
PROGRAMA DE CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA EM MEIO ABERTO	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	CREAS I	ART. 112 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVA E ART. 101 MEDIDAS PROTETIVAS;	ACOMPANHAMENTO DOS ADOLESCENTES QUE CUMPREM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA EM MEIO ABERTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO A COMUNIDADE E LIBERDADE ASSISTIDA;	O PÚBLICO ALVO DO SERVIÇO SÃO ADOLESCENTES DE 12 A 18 ANOS INCOMPLETOS, OU JOVENS DE 18 A 21 ANOS;	50 INDIVÍDUOS/FAMÍLIAS	14	10

PROGRAMA DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	CREAS I	ART. 101 MEDIDAS PROTETIVAS;	CONTRIBUIR PARA A RECONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS, O FORTALECIMENTO DE POTENCIALIDADES E AQUISIÇÕES E A PROTEÇÃO DE FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DE RISCO PESSOAL E SOCIAL, POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS;	FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS QUE VIVENCIAM VIOLAÇÕES DE DIREITOS	50 INDIVÍDUOS/FAMÍLIAS	50	68

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS II**					NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA				
ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO LEONARDI, 1081, CENTRO					RESPONSÁVEL LEGAL: CLÁUDIA MARINÊS SIEBERT PADILHA				
TELEFONE: (45) 3378-1267					E-MAIL: CREAS2@HOTMAIL.COM				
Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER*	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA

1	PROGRAMA DE CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA EM MEIO ABERTO	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	CREAS II	ART. 112 MEDIDAS SOCIOEDUCATIVA; ART. 101 MEDIDAS PROTETIVAS;	REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DOS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA EM MEIO ABERTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO A COMUNIDADE E LIBERDADE ASSISTIDA;	ADOLESCENTES E JOVENS ENTRE 12 A 21 ANOS	50 INDIVÍDUOS/FAMÍLIAS	25	0
2	PROGRAMA DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS - PAEFI	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	CREAS II	ART. 101 MEDIDAS PROTETIVAS	FORTALECER OS VÍNCULOS FAMILIARES, CONTRIBUINDO PARA O DESEMPENHO DE SUA FUNÇÃO PROTETIVA, BEM COMO A INCLUSÃO DAS FAMÍLIAS NO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL E NOS SERVIÇOS PÚBLICOS;	CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS	50 INDIVÍDUOS /FAMÍLIAS POR EQUIPE[8]	104	99

[8] No CREAS II há duas equipes que realizam atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência.

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CASA ABRIGO MENINO JESUS - UNIDADE I**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SIGILOSO	RESPONSÁVEL LEGAL: PREFEITO MUNICIPAL
TELEFONE: (45) 3378-8628	E-MAIL: ABRIGOSTOLEDO@GMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	CASA ABRIGO MENINO JESUS -UNIDADE I	ART 101 ECA	OFERECER ACOLHIMENTO PROVISÓRIO A CRIANÇAS AFASTADAS DO CONVÍVIO FAMILIAR EM FUNÇÃO DE ABANDONO OU CUJAS FAMÍLIAS OU RESPONSÁVEIS ENCONTREM-SE TEMPORARIAMENTE IMPOSSIBILITADOS DE CUMPRIR SUA FUNÇÃO DE CUIDADO E PROTEÇÃO.	CRIANÇAS DE 06 A 12 ANOS	20 CRIANÇAS	CONFORME DEMANDA	0

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CASA ABRIGO MENINO JESUS - UNIDADE II**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SIGILOSO	RESPONSÁVEL LEGAL: PREFEITO MUNICIPAL
TELEFONE: 3378-8628	E-MAIL: ABRIGOSTOLEDO@GMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	CASA ABRIGO MENINO JESUS -UNIDADE II	ART 101 ECA	OFERECER ACOLHIMENTO PROVISÓRIO A CRIANÇAS AFASTADAS DO CONVÍVIO FAMILIAR EM FUNÇÃO DE ABANDONO OU CUJAS FAMÍLIAS OU RESPONSÁVEIS ENCONTREM-SE TEMPORARIAMENTE IMPOSSIBILITADOS DE CUMPRIR SUA FUNÇÃO DE CUIDADO E PROTEÇÃO.	CRIANÇAS DE 0 A 06 ANOS	20 CRIANÇAS	CONFORME DEMANDA	0

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CASA ABRIGO PARA ADOLESCENTES**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SIGILOSO	RESPONSÁVEL LEGAL: PREFEITO MUNICIPAL
TELEFONE:3378-8628	E-MAIL: ABRIGOSTOLEDO@GMAIL.COM

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	CASA ABRIGO PARA ADOLESCENTE S	ART 101 ECA	OFERECER ACOLHIMENTO PROVISÓRIO A CRIANÇAS AFASTADAS DO CONVÍVIO FAMILIAR EM FUNÇÃO DE ABANDONO OU CUJAS FAMÍLIAS OU RESPONSÁVEIS ENCONTREM-SE TEMPORARIAMENTE IMPOSSIBILITADOS DE CUMPRIR SUA FUNÇÃO DE CUIDADO E PROTEÇÃO.	ADOLESCENTES DE 12 A 18	8 ADOLESCENTES	CONFORME DEMANDA	0

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E PROTEÇÃO À FAMÍLIA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SIGILOSO	RESPONSÁVEL LEGAL: PREFEITO MUNICIPAL
TELEFONE:3378-8628	E-MAIL:

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
EMANCIPAR	ALTA COMPLEXIDADE	VINCULADO À EQUIPE TÉCNICA DA CASA ABRIGO PARA ADOLESCENTES	ART 101 ECA	GARANTIR O TENDIMENTO AOS JOVENS EGRESSOS DO SERVIÇO DE COLHIMENTO INSTITUCIONAL ATRAVÉS DO ACESSO AOS BENEFÍCIOS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA: I – ALUGUEL SOCIAL; II – BOLSA-AUXÍLIO. MEDIDA SUBSTITUTIVA AO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL NA MODALIDADE DE REPÚBLICA	18 À 21 ANOS INCOMPLETOS	CONFORME A DEMANDA		

ÁREA: ASSISTÊNCIA SOCIAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E PROTEÇÃO À FAMÍLIA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SIGILOSO	RESPONSÁVEL LEGAL: PREFEITO MUNICIPAL
TELEFONE:3378-8628	E-MAIL:

PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
CONVIVER	ALTA COMPLEXIDADE	VINCULADO ÀS EQUIPE TÉCNICAS DA CASAS ABRIGO, APOIO TÉCNICO E DIREÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	ART 101 ECA	GARANTIR O DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOLHIDOS, EM ESPECIAL ÀQUELAS COM LONGA PERMANÊNCIA INSTITUCIONAL.	0 À 18 ANOS INCOMPLETOS	CONFORME A DEMANDA	EM ANDAMENTO	NÃO HÁ

9.2. PROGRAMAS DA ÁREA DA EDUCAÇÃO

No quadro abaixo, seguem as informações dos Centros Municipais de Educação Infantil que prestam atendimento gratuito às crianças de 0 a 3 anos. As informações apresentadas se referem a dados repassados pelo CMEIS e entidades sociais à Secretaria Municipal da Educação para a elaboração do relatório de gestão. Acrescentamos que a partir do ano de 2013, com a Formalização do Termo de Ajustamento de Conduta TAC n°. 07/2013, firmado entre o Ministério Público do Estado do Paraná e o Município de Toledo, a demanda reprimida por atendimento nos Centros Municipais de Educação Infantil passou a ser dimensionada através de Lista Única de Espera, centralizada na Secretaria Municipal da Educação, e publicada mensalmente no Site Oficial do Município de Toledo.

9.2.1 Centros Municipais de Educação Infantil

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA ANA MARIA ZORZO LUCKMANN**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: AVENIDA MARIPÁ, 2291– VILA PIONEIRO	RESPONSÁVEL LEGAL: EDILAINE APARECIDA DE MORAES
TELEFONE: (45)3379-1003	E-MAIL: CMEI.ANAMARIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIDOS

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ANA MARIA ZORZO LUCKAMNN	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	62	62

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA ÂNGELA NEOLETE WESSEL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA VINICIUS DE MORAES, 814, JARDIM PANCERA	RESPONSÁVEL LEGAL: CAMILA CHAVES DOS SANTOS
TELEFONE:(45) 3252-6598	E-MAIL: CMEI.ANGELA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ÂNGELA N. WESSEL	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	85	85

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ARLINDO DE CAMPOS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: RUA TOMAS DE AQUINO, 150 – VILA BOA ESPERANÇA	RESPONSÁVEL LEGAL: ILDA C DOS SANTOS
TELEFONE: (45)3277-5901/3252-9196	E-MAIL: CMEI.ARLINDO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ARLINDO DE CAMPOS	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	69	69

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL BERTILA S.GIACOMINI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: FLORIANÓPOLIS -2060 NOVO SARANDI	RESPONSÁVEL LEGAL: SOLANGE G. DOS SANTOS HARTMANN
TELEFONE: (45) 3273-1554	E-MAIL: CMEI.BERTILA @TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CANTINHO DA ALEGRIA	CAPITULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	53	53

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CANTINHO DA ALEGRIA - CAIC**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES, 1896 – JARDIM MARACANÃ	RESPONSÁVEL LEGAL: ANA CLAUDIA RODRIGUES
TELEFONE: (45) 3055-8786 - 32785415	E-MAIL: CMEI.ALEGRIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CANTINHO DA ALEGRIA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	107	107

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CANTINHO FELIZ**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: AVENIDA MAUÁ, 310 – JARDIM PARANÁ	RESPONSÁVEL LEGAL: ANDRESSA MAYARA AMORIM DE OLIVEIRA
TELEFONE: (45) 3378-4200	E-MAIL: CMEI.CANTINHOFELIZ@HOTMAIL.COM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDA DE DO ATENDIMENT O	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CANTINHO FELIZ	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	79	79

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA CONSTANTINA HENKEL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA LUIZ ANTONIO BASSO, 384, JARDIM FACHINI	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIANA CADAMURO
TELEFONE: (45) 3339-2433	E-MAIL: CMEI.CONSTANTINA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CONSTANTINA HENKEL	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	88	88

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA CLEUSI APARECIDA BERGER**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: NOSSA SENHORA DA LUZ Nº167	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIVANIA FRAZÃO

TELEFONE: (45) 3277-5874	E-MAIL: CMEI.CLEUSI @TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CRESCER E APRENDER	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	79	79

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CRESCER E APRENDER**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: CARLOS DRUMOND DE ANDRADE, 320 – JD. BELA VISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: SANDRA APARECIDA SATELES FISCHER
TELEFONE: (45) 3252-8118	E-MAIL: CRECHE.CRESCER@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL CRESCER E APRENDER	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	70	70

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL DALVA WEINERT NOGUEIRA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: URUGUAI, 393, JARDIM GISELLI	RESPONSÁVEL LEGAL: ELIANE TERESINHA M DE FREITAS OLIVEIRA
TELEFONE: (45) 3378-2160	E-MAIL: CMEI.DALVA@TOLEDO.PR.GOV.BR – WEINERTNOGUEIRA@HOTMAIL.COM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL DALVA NOGUEIRA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	79	79

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL DIVA BORDIN FONTANA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: GENERAL FLORES DA CUNHA, 491 – BAIRRO PANORAMA	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIANA BENEDITA FRANSCISCO
TELEFONE: (45) 3252-6366	E-MAIL: CMEI.DIVA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL DIVA B. FONTANA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	157	157

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ELIZIA RIBEIRO CARRARO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA ELDORADO, 41 – VILA BOA ESPERANÇA	RESPONSÁVEL LEGAL: MARIA APARECIDA DA COSTA G. DE LIMA
TELEFONE: 45 – 3252-0508	E-MAIL: CMEI.ELIZIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ELIZIA R. CARRARO	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	49	49

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **EVERALDO CESAR ADORNO DE CARVALHO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R. AVELINO NIEDERAUER, 31 – LOT. SCHNEIDER ESPERANÇA	RESPONSÁVEL LEGAL: FERNANDA NATALÍCIA G. MENEGAZZO
TELEFONE: 45 – 3378-1933	E-MAIL: CMEI.EVERALDO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDA DE DO ATENDIMENT O	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL EVERALDO A. CARVALHO	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	44	44

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNIPAL DE EDUCAÇÃO FANI MATILDE BILIBIO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA BENTO GONÇALVES, 2.540 - VILA NOVA	RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIELE C.DOS SANTOS VICENTIN
TELEFONE: 32691377	E-MAIL: CMEI.FANIBILIBIO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL FANI M. BILIBIO	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	49	49

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO HILDA ÂNGELA DE MARCHI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA: EUGENIO COMIM, 674, JD. BRESSAN	RESPONSÁVEL LEGAL: CLAUDIA APARECIDA KUSMA
TELEFONE: 32776828	E-MAIL: CMEI.HILDA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL HILDA A. DE MARCHI	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	81	81

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA IRACI DE SOUZA BATISTA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA MARIO PUDELL, 312, VILA PIONEIRA	RESPONSÁVEL LEGAL: SUELEN SODEIRO MORASSUTTI SCHEUER
TELEFONE:(45) 3277-9762	E-MAIL: CMEI.IRACI@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDA DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL IRACI S. BATISTA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	82	82

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL JENNY DONADUZZI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: PROTASSIO ALVES, 3019 – BAIRRO TOCANTIS	RESPONSÁVEL LEGAL: VANDERLEI LUIZ L. LENZ
TELEFONE: 3278-1044	E-MAIL: CRECHE. JENI@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL JENNY DONADUZZI	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	100	100

ÁREA: EDUCAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL KARINE MAURUAN KRENCZYNSKY**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: HENRIQUE BOMBARDELLI, 428 – J	RESPONSÁVEL LEGAL: MONICA BARBARA BUZIN GRANDE
TELEFONE: (45) 3278-6764	E-MAIL: CMEI.KARINE@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL KARINE	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	72	72

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL KATIUSCIA GAYARDO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA JOÃO PESSOA, SN, JARDIM EUROPA	RESPONSÁVEL LEGAL: VALDINÉIA FERNANDES DE SOUZA DA SILVA
TELEFONE: (45) 3252-4849	E-MAIL: CMEI.KATIUSCIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL KATIUSCIA GAYARDO	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	87	87

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NONA GEMA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO:RUA REINALDO BARILLI, 5965, BNH SÃO FRANCISCO	RESPONSÁVEL LEGAL: LILIAN JUCIANE SOUSA FONESI
TELEFONE: (45) 3277-2256	E-MAIL: CRECHE.NONAGEMA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NONA GEMA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	102	102

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NONO GIACOMAZZI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA AMELIA BIANCA, 95, VILA PAULISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: LEILA DE SOUZA BOENO
TELEFONE:(45) 32524035	E-MAIL: CRECHE.GIACOMAZZI@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL NONO GIACOMAZZI	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	44	44

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA OTÍLIA STEDILE**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA BENJAMIN CONSTANT, 319. VILA PEDRINI	RESPONSÁVEL LEGAL: VILMA LEONTINO
TELEFONE: (45) 3055-8727	E-MAIL: CMEI.OTILIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL OTÍLIA STEDILE	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	46	46

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PINGO DE GENTE**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA JULIO WERNER, 1337, JARDIM MODELO	RESPONSÁVEL LEGAL: JANAINA ALVES DE OLIVEIRA DO AMARAL
TELEFONE: (45) 3055-8787-3278-6992	E-MAIL: CMEI.PINGODEGENTE@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PINGO DE GENTE	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	82	82

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL RITA LUCIANE FRANCESCON**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: ELIO GABOARDI, 1583 – SANTA CLARA IV	RESPONSÁVEL LEGAL: ELENICE LEDUR
TELEFONE: (45) 3278-3961	E-MAIL: CMEI.RITA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL RITA L. FRANCESCON	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	94	94

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ROSANE PERIPOLLI FONTES**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R: MARCO ANTÔNIO OCHOA, 707. JARDIM DAS ORQUÍDEAS	RESPONSÁVEL LEGAL: JAQUELINE ALVES EBERHARDT
TELEFONE: (45) 3252-5755	E-MAIL: CMEI.ROSANEFONTES@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ROSANE PERIPOLLI FONTES	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	55	55

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL PROFESSORA ROSÂNGELA ANDREOLI DOS SANTOS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA SÃO FRANCISCO FALSO, 70. VILA PAULISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: ANNELISE RODRIGUES DE ALMEIDA
TELEFONE: (45) 3252-9984	E-MAIL: CMEI.ROSANGELA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL ROSÂNGELA ANDREOLI DOS SANTOS	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	52	52

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO SUELI DOROTI VARASCHIN GRUBER**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA CARLOS ABEL MUNARETTO, N° 721	RESPONSÁVEL LEGAL: NADIR DE FÁTIMA DOS SANTOS KRESKO
TELEFONE: 3252-8328	E-MAIL: CMEI.SUELIGRUBER@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL SUELI GRUBER	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	76	76

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL VÓ THARCILA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA RODRIGUES ALVES, 1110, JARDIM COPAGRO	RESPONSÁVEL LEGAL: MARLENE HORN

TELEFONE: (45) 3055-8754	E-MAIL CRECHE.VOTHARCILA@TOLEDO.PR.GOV.BR - COORDENADORAVOTHARCILA@HOTMAIL.COM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL VÓ THARCILA	CAPÍTULO IV ARTIGO 54 PARÁGRAFO IV	(LDB) ART. 29 A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA, TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ SEIS ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	0 A 3	74	74

9.2.2 Escolas Municipais

O atendimento à criança e ao adolescente é oferecido pela Secretaria Municipal da Educação de Toledo em trinta e seis escolas, nominadas na tabela a seguir. Nessas instituições são atendidos 13.738 alunos, entre a Educação Infantil e o Ensino Fundamental. São 3.080 crianças na faixa de 4 e 5 anos, e 8.161 crianças na faixa de 6 a 15 anos, atendidas de segunda a sexta-feira, num período de 4 horas, com exceção das escolas de tempo integral, em que algumas crianças ficam por aproximadamente 9 horas (Esc. Mun. Ivo Welter, Esc. Mun. José Pedro Brum /CAIC, Esc. Mun. Waldyr Luiz Becker, Esc. Mun. Walmir Grande e Esc. Mun. Carlos João Treis); 198 atendimentos nas Salas de Recursos e Salas

Multifuncionais; atendimentos na Psicopedagogia no âmbito Escolar; 48 atendimentos no CAEDV (Centro de Atendimento Especializado em Deficiência Visual); 61 Atendimentos Complementares e 89 alunos na EJA (Educação de Jovens e Adultos). Todos os atendimentos acima citados são atendidos em 609 turmas. Contamos também com o trabalho do Circo da Alegria que funciona junto com a Escola Mun. Anita Garibaldi e, o Circo da Magia junto a Escola Mun. Waldyr Luiz Becker, que atendem crianças e adolescentes com atividades circenses.

Além do trabalho com o Ensino Comum, possuímos parcerias com: Secretaria Mun. de Esportes (escolinhas nas mais diversas modalidades, como: Escola de Esportes), SESI (GR, GA,), SESC, Secretaria Mun. da Cultura, Secretaria Mun. da Assistência Social, Sicoob, palestras com a Secretaria Mun. de Saúde que desenvolve o Programa Saúde na Escola e Saúde Mental. Contamos com nutricionistas que trabalham no Programa de Educação Alimentar e Nutricional e atividades através das Tecnologias Educacionais, onde desenvolvemos trabalhos em todas as disciplinas do Núcleo Comum e parte Diversificada. Também desenvolvemos atividades constantes com a Secretaria do Meio Ambiente com atividades relacionadas com a Educação Ambiental e o Meio Ambiente.

Contamos também com o PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência), é um Programa de Educação Preventiva ao uso de Drogas, que tem por objetivo evitar que as crianças e adolescentes iniciem o seu uso. Esse Programa ensina técnicas centradas na resistência à pressão dos companheiros, auxílio para as crianças dizerem não às drogas e à violência. O PROERD é um programa eminentemente preventivo, estratégico, tendo como objetivo principal educar as crianças em seu meio natural, a escola, com auxílio de policiais fardados e professores. Dá ênfase especial em alcançar as crianças no 5º ano do ensino básico, mostrando-lhes os efeitos das drogas e ensinando as habilidades necessárias e motivação para manterem-se longe desse mal. O programa também busca oferecer aos estudantes uma chance de ver os adultos como amigos e pessoas em quem eles podem confiar. Permite às crianças desenvolverem uma atitude positiva em relação às autoridades e respeito às leis. O PROERD é aplicado em parceria nas escolas e é direcionado para crianças de 09 a 12 anos, durante 10 semanas, com 01 (uma) aula ministrada por semana, ao longo de um semestre letivo. Os instrutores PROERD, que são policiais fardados, auxiliados pela cartilha PROERD, contam com a ativa participação dos professores, os quais atuam como divulgadores das ideias do programa para as demais salas de aula e dos pais que alcançam o programa na família. As lições objetivam o desenvolvimento da autoestima,

controle das tensões, civilidade, além de ensinar técnicas de autocontrole e resistência às pressões dos companheiros e às formas de oferecimento das drogas por pessoas estranhas ao convívio das crianças e adolescentes. O sucesso do programa depende de um perfeito entrosamento entre escola, família e polícia. O Programa é ofertado anualmente para um número aproximado de 1.702 alunos dos 5ºs anos da rede municipal de ensino. No entanto, neste ano em particular, devido a pandemia da Covid-19, foram atendidas as crianças do interior do município por terem retornado totalmente no presencial desde o início do ano letivo. É desenvolvido em parceria com Secretaria Municipal da Educação e Polícia Militar do Paraná.

A SMED desenvolve junto a todas as escolas um trabalho voltado para a redução da infrequência escolar no município de Toledo, preocupa-se com o atendimento do aluno dentro de sua realidade social. Lembrando que o direito à educação, como direito humano fundamental, tem sido discutido ao longo da história por inúmeros documentos e movimentos, e é afirmado no Artigo 205 da Constituição Federal de 1988: ―*A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho*.

Para tanto, é necessário que se criem mecanismos que mantenham a criança e o adolescente na escola, viabilizando aos alunos e pais a compreensão sobre a importância da educação como via de emancipação humana, ressaltando que com a Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação n° 9.394/96 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as faltas sem justificativa e a evasão escolar passam a infringir os direitos das crianças e dos adolescentes, cabendo à instituição escolar valer-se de todos os recursos dos quais dispõe para garantir a permanência dos alunos na escola. Não obtendo o retorno, à SMED compete informar o Conselho Tutelar para que tome as medidas cabíveis e caso seja necessário, encaminhe para o Ministério Público. Neste sentido, cabe à escola diagnosticar o que leva à evasão e infrequência escolar e atuar nas causas do problema. Os fatores da infrequência e evasão escolar podem estar ligados ao risco social que a criança está exposta, à condição socioeconômica da família, ao lugar de residência, ao trabalho infantil, à dificuldade na aprendizagem entre outros fatores, cabendo realizar encaminhamentos à rede socioassistencial através de equipe multiprofissional, trabalhos de prevenção e mudanças de metodologia com a finalidade de estimular espaços de inclusão e tornar a educação relevante na vida do aluno.

Possuímos parceria com a UNIOESTE/Toledo como Projeto COM QUÍMICA, com a UTFPR/Toledo com o Projeto de MATEMÁTICA, com a UFPR/Toledo com o Curso de Medicina para o levantamento de dados sobre a pandemia Covid-19, com o BIOPARK e a Prati Donaduzzi no UNIVERSO DA CIÊNCIA para desenvolver trabalho com as crianças de altas habilidades/superdotação e/ou talentos em alunos regularmente matriculados nas Escolas Municipais de Toledo, com o intuito de, identificação, orientação, suplementação, enriquecimento curricular, encaminhamento para o AEE (Atendimento Educacional Especializado) Sala de Recursos Multifuncional, Instituições de Ensino Superior e Institutos voltados ao desenvolvimento e promoção da pesquisa, das artes e dos esportes. Além dos projetos descritos possuímos uma gama de atividades diferenciadas que são desenvolvidas ao longo dos 200 dias letivos.

Na sequência, será apresentado o número de atendimentos na rede de ensino nos serviços disponibilizados, sendo que os dados apresentados sobre a Educação Infantil, Ensino Fundamental e o Atendimento Educacional Especializado advém do Sistema Estadual de Registro Escolar - SERE e o Relatório de Gestão apresentado no Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, as informações quanto ao atendimento da Psicopedagogia são repassados pelas escolas que apresentam o serviço.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ALBERTO SANTOS DUMONT**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PARANÁ, 299. JARDIM PORTO ALEGRE.	RESPONSÁVEL LEGAL: FRANCIELI HEIN SUZIN
TELEFONE: (45) 32785833	E-MAIL: ESCOLA.SANTOS@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	75	75
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	239	239

3	ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	38	38
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICOS ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	-	-

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL AMÉLIO DAL BOSCO**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA GUAÍRA, N° 2225, CENTRO.	RESPONSÁVEL LEGAL: CLAUDIA CRISTINA DE ARRUDA SCHONS
TELEFONE: (45) 3252 0875	E-MAIL: ESCOLA.AMELIO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	56	56

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	142	142
3	ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	18	18

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	-	-

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ANDRÉ ZENERE**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA GENERAL CAMARA, N°1191. JARDIM BELA VISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: SOLANGE BRITO DE CARVALHO AMARAL
TELEFONE: (45) 3252-3781	E-MAIL: ESCOLA.ANDREZENERE@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	184	184
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	428	428

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	41	41
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	15	15

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ANITA GARIBALDI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA FÉLIX CUNHA, N°687. JARDIM EUROPA	RESPONSÁVEL LEGAL: VIVIAN PATRICIA VARGAS
TELEFONE: (45) 3277-2182	E-MAIL: ESCOLA.ANITA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	113	113
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	313	313

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	07	07
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	04	04

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ANTÔNIO SCAIN**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PRES. DEODORO DA FONSECA, N° 655. JARDIM FILADÉLFIA	RESPONSÁVEL LEGAL: JOSLAINE BARBIERI FOSCHARINI
TELEFONE: (45) 32770931	E-MAIL: ESCOLA.ANTONIOSCAIN@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	69	69

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	191	191
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	23	23

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	15	15

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ARI ARCASSIO GOSSLER**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA VILA LOBOS, N° 230. JARDIM SANTA MARIA	RESPONSÁVEL LEGAL: CHRISTIANNE FÁTIMA LOMEU
TELEFONE: (45) 30558761	E-MAIL: ESCOLA.ARIARCASSIO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	133	133
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	429	429

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	41	41
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	19	19

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ARSÊNIO HEISS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA ADILSON BIER, N° 242. JARDIM MODELO	RESPONSÁVEL LEGAL: MARIA DE FÁTIMA CARDOSO UTZIG
TELEFONE: (45) 3055-8759	E-MAIL: ESCOLA.ARSENIOHEISS@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	107	107
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	273	273

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	134	134
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 A 15	15	15

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL DR. BORGES DE MEDEIROS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA VILA LOBOS, N° 230. VILA INDUSTRIAL	RESPONSÁVEL LEGAL: ANDRÉIA MENUCI
TELEFONE: (45) 3055-8766 3378-6236	E-MAIL: ESCOLA.BORGES@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	107	107

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	261	261
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	32	32

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	11	11
5	CAEDV		ESCOLA	CAP. ART. 59. IV 53	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 17	46	46

2

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO / /INSTITUIÇÃO / EQUIPAMENTO **ESCOLA MUNICIPAL CARLOS FRIEDRICH**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA

ENDEREÇO: RUA LEONARDO FRANCISCO NOGUEIRA, Nº. 448, JARDIM COOPAGRO	RESPONSÁVEL LEGAL: JOCELAINE NASCIMENTO DE MATTOS
TELEFONE: 3277-6776 3055-8770	E-MAIL: ESCOLA.CARLOSF@TOLEDO.PR.GOV.BR

º	PROGRAMA	IXO DE OMPLEXIDADE DO TENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	AIXA ETÁRIA OS ATENDIDOS	ETAS A TENDER	º DE TEND.
1	DUCAÇÃO NFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	143	143

2	NSINO UNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	346	346
3	TENDIMENTO SICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	50	50

4	TENDIMENTO DUCACIONAL SPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	12	12
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	FICINA DE RTES	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. 54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	05 A 10		
	TLETISMO APOEIRA				AS ATIVIDADES DE ESPORTE E LAZER SÃO BASEADAS EM PRÁTICAS CORPORAIS, LÚDICAS E ESPORTIVAS, ENFATIZANDO O RESGATE DA CULTURA LOCAL, BEM COMO AS VIVÊNCIAS TRABALHADAS NA PERSPECTIVA DO ESPORTE EDUCACIONAL, DEVEM SER VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ESTUDANTE.	05 A 10		
	OGOS				VISA OPORTUNIZAR A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DESAFIADORAS, POSSIBILITANDO LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES, ESTRATÉGIAS, PLANEJAMENTO QUE EMBASARÃO A TOMADA DE DECISÃO NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.	05 A 10		

	D. AMBIENTAL				VISA A CONSTRUÇÃO DE VALORES SOCIAIS, DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES, DE COMPETÊNCIAS E DE ATITUDES VOLTADAS PARA A CONQUISTA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL.	05 A 10		
	NFORMÁTICA				VISA À INSTRUMENTALIZAÇÃO METODOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES E, ELAS DEVEM SER DIRECIONADAS A CADA ÁREA DO CONHECIMENTO.	05 A 10		
	COMPANHAMENT PEDAGÓGICO ORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	05 A 10		
	COMPANHAMENT PEDAGÓGICO ATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICO MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	05 A 10		
	IVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	05 A 10		

	NCENTIVO A EITURA				VISA DESENVOLVER A COMPETÊNCIA LEITORA DOS PEQUENOS ESTUDANTES, POSSIBILITANDO A VIVÊNCIA DE EMOÇÕES, O EXERCÍCIO DA FANTASIA, DA CRIATIVIDADE E DA IMAGINAÇÃO, ALÉM DE AJUDÁ-LOS A CONHECER DIFERENTES GÊNEROS TEXTUAIS.	05 A 10		
	SICOMOTRICIDAD				TRABALHAR A RELAÇÃO ENTRE CORPO E MENTE DE FORMA ARTICULADA POR MEIO DA PSICOMOTRICIDADE, BUSCANDO CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO GLOBAL DE CRIANÇAS, LEVANDO A VIVÊNCIAS SIGNIFICATIVAS TANTO MOTORAS QUANTO COGNITIVAS.	05 A 10		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL CARLOS JOÃO TREIS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA TOMAZ GONZAGA, S/Nº. VILA PAULISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: LUZMERE APARECIDA CARVALHO
TELEFONE: (45) 3252-6867	E-MAIL: ESCOLA.JOAOTREIS@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	72	72

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	176	176
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	34	34

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	OFICINA DE ARTE	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. 54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	05 A 10		
	JOGOS				VISA OPORTUNIZAR A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DESAFIADORAS, POSSIBILITANDO LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES, ESTRATÉGIAS, PLANEJAMENTO QUE EMBASARÃO A TOMADA DE DECISÃO NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.	05 A 10		
	FILOSOFIA				ESSE PROGRAMA EDUCACIONAL VISA A INICIAÇÃO FILOSÓFICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, A EDUCAÇÃO PARA O PENSAR E A PREPARAÇÃO PARA UMA CIDADANIA RESPONSÁVEL.	05 A 10		

	ED. AMBIENTAL				VISA A CONSTRUÇÃO DE VALORES SOCIAIS, DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES, DE COMPETÊNCIAS E DE ATITUDES VOLTADAS PARA A CONQUISTA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL.	05 A 10		
	TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS				VISA À INSTRUMENTALIZAÇÃO METODOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES E, ELAS DEVEM SER DIRECIONADAS A CADA ÁREA DO CONHECIMENTO.	05 A 10	119	119
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO PORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	05 A 10		
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO MATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICO MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	05 A 10		

	DIVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	05 A 10		
	DANÇA				TRABALHAR COM A DANÇA VISANDO COMO EIXO PRINCIPAL O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM CORPORAL NOS ALUNOS ATRAVÉS DAS ATIVIDADES APLICADAS E DA APRESENTAÇÃO DE UMA COREOGRAFIA.	05 A 10		
	INCENTIVO A LEITURA				VISA DESENVOLVER A COMPETÊNCIA LEITORA DOS PEQUENOS ESTUDANTES, POSSIBILITANDO A VIVÊNCIA DE EMOÇÕES, O EXERCÍCIO DA FANTASIA, DA CRIATIVIDADE E DA IMAGINAÇÃO, ALÉM DE AJUDÁ-LOS A CONHECER DIFERENTES GÊNEROS TEXTUAIS.	05 A 10	119	119

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL DUQUE DE CAXIAS – ED. INF. ENS FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA

ENDEREÇO: RUA: ANA RAMISCH, N° 536 – CONCÓRDIA DO OESTE	RESPONSÁVEL LEGAL: MARLI ROSSETTO ZANETTE
TELEFONE: (45) 3376-1101	E-MAIL: ESCOLA.DUQUE@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	26	26

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	67	67
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15		

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	20	20

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL EGON WERNER BERCHT - ED. INF. ENS. FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA OLAVO BILAC, 390 – JARDIM PARANÁ	RESPONSÁVEL LEGAL: ROSANGELA CRISTINA FOLLMANN DECARLI
TELEFONE: (45) 3378-3828	E-MAIL: ESCOLA.EGON@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	72	72
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	208	208

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	17	17
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	09	09

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUN. PROFESSOR HENRIQUE BROD**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA BATISTA LUZARDO, 510. JARDIM PANORAMA	RESPONSÁVEL LEGAL: ADRIANE JAQUELINE KUERTEN
TELEFONE: 3277-1619	E-MAIL: ESCOLA.HENRIQUEBROD@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	188	188
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	533	533

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	25	25
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	12	12

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC.MUN. IVO WELTER-ED.INF. E. FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA ARTUR MAZZAFERRO, N°6150 SANTA CLARA IV	RESPONSÁVEL LEGAL: ROSÂNGELA KRUG BELEGANTE
TELEFONE: 45-3378-6034	E-MAIL: ESCOLA.IVOWELTER@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	167	167

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA,	06 A 15	408	408

					DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.			
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	79	79
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO	03 À 15	07	07

					DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.			
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	OFICINA DE ARTES	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. .54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	05 A 10		
	ATLETISMO /JUDÔ/ BASQUETE/NATAÇÃO				AS ATIVIDADES DE ESPORTE E LAZER SÃO BASEADAS EM PRÁTICAS CORPORAIS, LÚDICAS E ESPORTIVAS, ENFATIZANDO O RESGATE DA CULTURA LOCAL, BEM COMO AS VIVÊNCIAS TRABALHADAS NA PERSPECTIVA DO ESPORTE EDUCACIONAL, DEVEM SER VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ESTUDANTE.	05 A 10		

	JOGOS MENTE INOVADORA				VISA OPORTUNIZAR A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DESAFIADORAS, POSSIBILITANDO LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES, ESTRATÉGIAS, PLANEJAMENTO QUE EMBASARÃO A TOMADA DE DECISÃO NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.	05 A 10		
	CULINÁRIA				DESENVOLVER O HABITO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMPREENDER A ORIGEM DO ALIMENTO, SEU VALOR NUTRICIONAL, PROPORCIONAR ÀS CRIANÇAS A FAMILIARIZAÇÃO DE COM DIFERENTES ALIMENTOS.	05 A 10		
	FILOSOFIA				ESSE PROGRAMA EDUCACIONAL VISA A INICIAÇÃO FILOSÓFICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, A EDUCAÇÃO PARA O PENSAR E	05 A 10		

					A PREPARAÇÃO PARA UMA CIDADANIA RESPONSÁVEL.			
	ED. AMBIENTAL				VISA A CONSTRUÇÃO DE VALORES SOCIAIS, DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES, DE COMPETÊNCIAS E DE ATITUDES VOLTADAS PARA A CONQUISTA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL.	05 A 10		
	TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS				VISA À INSTRUMENTALIZAÇÃO METODOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES E, ELAS DEVEM SER DIRECIONADAS A CADA ÁREA DO CONHECIMENTO.	05 A 10	145	145

	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO PORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	05 A 10		
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO MATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICO MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	05 A 10		
	DIVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	05 A 10		

	DANÇA				TRABALHAR COM A DANÇA VISANDO COMO EIXO PRINCIPAL O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM CORPORAL NOS ALUNOS ATRAVÉS DAS ATIVIDADES APLICADAS E DA APRESENTAÇÃO DE UMA COREOGRAFIA.	05 A 10		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DA INSTITUIÇÃO: **ESCOLA MUNICIPAL MIGUEL DEWES**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: R. SÃO LUIZ GONZAGA – N° 194 – DEZ DE MAIO.	RESPONSÁVEL LEGAL: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER
TELEFONE: 3274 -1102	E-MAIL: ESCOLA.MIGUELDEWES@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	22	22

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	54	54

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	11	11
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUN. NORMA DEMENECK BELOTTO – ED. INF. E E. FUND**.	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PRINCESA ISABEL, 350 JARDIM GISELA	RESPONSÁVEL LEGAL: ANDRÉIA CRISTINA RAMOS DA SILVA IKEDA

TELEFONE:45-3055-8777/3378-5833	E-MAIL: ESCOLA.NORMA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	53	53

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	121	121

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	14	14
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	9	9

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: ESCOLA MUNICIPAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS – ED. INF. ENS. FUND.	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA XV DE NOVEMBRO, S/Nº– OURO PRETO	RESPONSÁVEL LEGAL: DÉBORA DE ANDRADE ALVES
TELEFONE: (45) 3278-6335	E-MAIL: ESCOLA.NSGRACAS@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO	3 A 5	7	7

					DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.			
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	32	32

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	4	4
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO:	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ESCOLA MUNICIPAL OLIVO BEAL – ED. INF. ENS FUND.	

ENDEREÇO: RUA CÉZAR PEDRINI N° 363, CESAR PARQUE - TOLEDO	RESPONSÁVEL LEGAL: MARCILENE ANGELA BIET POZZEBON
TELEFONE: (45) 3277-0800	E-MAIL: ESCOLA.OLIVOBEAL@TOLEDO.PR,GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	101	101

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	273	273

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	26	26
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	08	08

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL ORLANDO LUIZ BASEI- EDUC.INF.E ENS. FUNDAMENTAL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: SÃO LUIZ , S/N – DISTRITO DE NOVO SARANDI TOLEDO – PR	RESPONSÁVEL LEGAL: ALINE WENGRAT
TELEFONE: (45) 3273 1501	E-MAIL: ESCOLA.LUIZBASEI@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	60	60

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	182	182

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	08	08
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	03	03

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL OSVALDO CRUZ – ED. INF. ENS FUND**.	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA BENTO GONÇALVES 720, VILA NOVA – TOLEDO	RESPONSÁVEL LEGAL: ROZANGELA CRISTINA PIGNATA
TELEFONE: 3269-1417	E-MAIL: ESCOLA.OSVALDOCRUZ@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	70	70

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	180	180
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	45	45

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	6	6

*O Atendimento Educacional Especializado não tem um limite de alunos estabelecidos para o atendimento.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL PRINCESA ISABEL - EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA MIGUEL DEWES FILHO, 99 – DOIS IRMÃOS	RESPONSÁVEL LEGAL: DEISI ELISA BEUTER KNAPP
TELEFONE: 45)-3375-1201	E-MAIL: ESCOLA.ISABEL@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	15	15
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	27	27

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	02	02
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL REINALDO ARROSI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA DA IGREJA, 377 VILA OPERÁRIA	RESPONSÁVEL LEGAL: LUCIANE SIMIONI
TELEFONE: 045-3055-8772/3277-1917	E-MAIL: ESCOLA.REINALDO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	76	76

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	199	199
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15		

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO – ED. INF. ENS FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA: TOLEDO S/Nº – BOA VISTA	RESPONSÁVEL LEGAL: MARLENE JLEBOVICH PAIVA
TELEFONE: (45) 3278-7317	E-MAIL: ESCOLA.SANTOANTONIO@TOLEDO.PR,GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	21	21
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE	06 A 15	42	42

					HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.			
3	ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	05	05
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SÃO DIMAS – ED. INF. ENS FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA

ENDEREÇO: RUA 1º DE MAIO - S/Nº BOM PRINCÍPIO	RESPONSÁVEL LEGAL: CLEIMIR LIMA DE ALMEIDA FRANTZ
TELEFONE: (45) 3312-1104	E-MAIL: ESCOLA.SAODIMAS@TOLEDO.PR,GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	35	35

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	67	67
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	13	13

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SÃO LUIZ - EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA QUATRO PONTES, Nº 500- SÃO LUIZ DO OESTE	RESPONSÁVEL LEGAL: INÊS ELIANE KLEINUBING DA SILVA
TELEFONE: 45-3280-1101	E-MAIL: ESCOLA.SAOLUIZ@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	30	30
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	51	51

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	12	12
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SÃO PEDRO – ED. INF. ENS FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: CERRO DA LOLA S/N° - TOLEDO	RESPONSÁVEL LEGAL: MARIA ELIZABETE MIOLO
TELEFONE: (45) 3278-8254	E-MAIL: ESCOLA.SAOPEDRO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	16	16
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	34	34

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15		
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SHIRLEY LORANDI – ED. INF. ENS FUND.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA ARMANDO LUIZ ARROSI N° 1138, CENTRO - TOLEDO	RESPONSÁVEL LEGAL: GISELLI CRISTINA VITAL DELAZERI
TELEFONE: (45) 3055-8764 / 3055-8765	E-MAIL: ESCOLA.LORANDI@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	103	103
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	354	354

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	-	-
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	21	21

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUN. WALMIR GRANDE**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA WILLY BARTH, 2985 JARDIM PANORAMA	RESPONSÁVEL LEGAL: MÔNICA APARECIDA CORRÊA DE SOUZA ROMERO CARDOSO
TELEFONE:(45)-32788047	E-MAIL: ESCOLA.WGRANDE@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	120	120

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	223	223
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	25	25

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	OFICINA DE ARTE	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. 54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	05 A 10		
	CAPOEIRA				AS ATIVIDADES DE ESPORTE E LAZER SÃO BASEADAS EM PRÁTICAS CORPORAIS, LÚDICAS E ESPORTIVAS, ENFATIZANDO O RESGATE DA CULTURA LOCAL, BEM COMO AS VIVÊNCIAS TRABALHADAS NA PERSPECTIVA DO ESPORTE EDUCACIONAL, DEVEM SER VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ESTUDANTE.	05 A 10		

	CULINÁRIA				DESENVOLVER O HABITO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMPREENDER A ORIGEM DO ALIMENTO, SEU VALOR NUTRICIONAL, PROPORCIONAR ÀS CRIANÇAS A FAMILIARIZAÇÃO DE COM DIFERENTES ALIMENTOS.	05 A 10		
	ED. AMBIENTAL				VISA A CONSTRUÇÃO DE VALORES SOCIAIS, DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES, DE COMPETÊNCIAS E DE ATITUDES VOLTADAS PARA A CONQUISTA DA SUSTENTABILIDADE SOCIOAMBIENTAL.	05 A 10	51	51
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO PORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	05 A 10		

	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO MATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICO MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	05 A 10		
	DIVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	05 A 10		
	DANÇA				TRABALHAR COM A DANÇA VISANDO COMO EIXO PRINCIPAL O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM CORPORAL NOS ALUNOS ATRAVÉS DAS ATIVIDADES APLICADAS E DA APRESENTAÇÃO DE UMA COREOGRAFIA.	05 A 10		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUL. WALDYR LUIZ BECKER**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA LUIZ WOISKI 386, JARDIM FACHINI	RESPONSÁVEL LEGAL: ALEXANDRA ANDRADE SILVA RAMIREZ
TELEFONE: 3252-9099	E-MAIL: ESCOLA.WLBECKER@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	153	153

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	457	457
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	37	37

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	05	05
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	OFICINA DE ARTE	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. .54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	05 A 10		
	ATLETISMO / CAPOEIRA/ JOGOS, RECREAÇÃO E LUTAS				AS ATIVIDADES DE ESPORTE E LAZER SÃO BASEADAS EM PRÁTICAS CORPORAIS, LÚDICAS E ESPORTIVAS, ENFATIZANDO O RESGATE DA CULTURA LOCAL, BEM COMO AS VIVÊNCIAS TRABALHADAS NA PERSPECTIVA DO ESPORTE EDUCACIONAL, DEVEM SER VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ESTUDANTE.	05 A 10	41	41

	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO PORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	05 A 10		
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO MATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICO MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	05 A 10		
	DIVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	05 A 10		

	MUSICALIZAÇÃO				DESENVOLVER ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO MUSICAL A AUTOESTIMA, SOCIALIZAÇÃO, O GOSTO DO SENSO MUSICAL DAS CRIANÇAS E QUALIDADES PRECIOSAS COMO CONCENTRAÇÃO, COORDENAÇÃO MOTORA, ACUIDADE AUDITIVA, RESPEITO A SI PRÓPRIO AE AO GRUPO, DESTREZA DE RACIOCÍNIO, DISCIPLINA PESSOAL, EQUILÍBRIO EMOCIONAL, CAPACIDADE EXPRESSIVA, CONTEÚDOS PERTINENTES À MÚSICA E INÚMEROS OUTROS ATRIBUTOS QUE COLABORAM NA FORMAÇÃO D INDIVÍDUO.	05 A 10		
	ATIVIDADE CIRCENSE				MOSTRAR E RESGATAR A IMPORTÂNCIA DO CIRCO E SUAS ATIVIDADES COMO PARTE RELEVANTE DA CULTURA CORPORAL E SOCIAL. O CIRCO SE TORNOU ALGO COM UM GRANDE VALOR SOCIOCULTURAL, UMA VEZ QUE EL POSSIBILITA A CRIAÇÃO, A IMAGINAÇÃO, SENDO ESTA, PARTE RELEVANTE DA FORMAÇÃO DA CONSCIÊNCIA.	05 A 10	41	41

	JARDINAGEM				CONSCIENTIZAR E EDUCAR AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA IMPORTÂNCIA COM O CUIDADO COM O MEIO AMBIENTE.	05 A 10		
	PRODUÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DE TEXTO				UM DOS OBJETIVOS CENTRAIS NO ENSINO DE PRODUÇÃO DE TEXTOS É TORNAR OS ALUNOS AUTOCORRETORES DE SEUS TEXTOS DANDO-LHES AUTONOMIA. DAÍ A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE REESCRITA. SERÁ REESCREVENDO, REVENDO O QUE ESCREVEU, REFORMULANDO IDEIAS, SUBSTITUINDO PALAVRAS, ADEQUANDO-AS À MODALIDADE DE ESCRITA EXIGIDA PELO CONTEXTO, QUE O ALUNO CONSEGUIRÁ MELHORAR A SUA PRODUÇÃO.	05 A 10		
	BRINQUEDOTECA				ESTIMULAR A CRIANÇA A BRINCAR LIVREMENTE, COM ACESSO A UMA GRANDE VARIEDADE DE BRINQUEDOS EM UMA AMBIENTE ESPECIALMENTE LÚDICO, NO QUAL A CRIANÇA, TEM A OPORTUNIDADE DE SE RELACIONAR COM O GRUPO DE FORMA AGRADÁVEL E LIVRE.	05 A 10		

	JOGOS MENTE INOVADORA				VISA OPORTUNIZAR A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DESAFIADORAS, POSSIBILITANDO LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES, ESTRATÉGIAS, PLANEJAMENTO QUE EMBASARÃO A TOMADA DE DECISÃO NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.	05 A 10		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL TOMÉ DE SOUZA – EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA TOMÉ DE SOUZA, 480 – VILA IPIRANGA	RESPONSÁVEL LEGAL: ANDRÉIA EDUARDO CARVALHO
TELEFONE: 45-3375-1284	E-MAIL: ESCOLA.TOMESOUZA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	12	12
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	29	29

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	02	02
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUAOTILLIA GIARETTA, N° 8338, JARDIM SÃO FRANCISCO	RESPONSÁVEL LEGAL: ROSELI GANDA DE CARVALHO
TELEFONE: (45) 3278-1715/3055-8794	E-MAIL: ESCOLA.SAOFRANCISCO@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	207	207
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	434	434

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	12	12
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	12	12

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA MONTE CARLO, 791, VILA BOA ESPERANÇA	RESPONSÁVEL LEGAL: ALESSANDRA GRACIELE RUCHEL OLIVEIRA
TELEFONE: 3277 2180	E-MAIL: ESCOLA.TANCREDO@TOLEDO.PR,GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	76	76
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	251	251

3	ATENDIMENTO PSICOPEDAGOGIA	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	29	29
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	05	05

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESCOLA MUNICIPAL JARDIM CONCÓRDIA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PAULO VI, 441 JARDIM CONCÓRDIA	RESPONSÁVEL LEGAL: NANCI DA CONCEIÇÃO BALDASSAUNE
TELEFONE: (45) 3055-8776/3278-7949	E-MAIL: ESCOLA.CONCORDIA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	62	62
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	177	177

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	03	03
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15		

*O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NÃO TEM UM LIMITE DE ALUNOS ESTABELECIDOS PARA O ATENDIMENTO.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUL. WALTER FONTANA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: MARIO PUDELL, 50 VILA PIONEIRA	RESPONSÁVEL LEGAL: ELENA MARIA BARREIRO
TELEFONE: 3252-9264/3055-8774	E-MAIL: ESCOLA.FONTANA@ TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	125	125
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	374	374

3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	43	43
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	09	09

*O Atendimento Educacional Especializado não tem um limite de alunos estabelecidos para o atendimento.

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUL. WASHINGTON LUIZ**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: WILLY BARTH, S/N, NOVO SOBRADINHO	RESPONSÁVEL LEGAL: CLEIDINARA SEHN JANK
TELEFONE: 3269-6029	E-MAIL: ESCOLA.WLUIZ@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPÍTULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	31	31

2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.	06 A 15	123	123
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	23	23

4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	03	03

*O Atendimento Educacional Especializado não tem um limite de alunos estabelecidos para o atendimento

ÁREA: EDUCAÇÃO	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **ESC. MUL. JOSÉ PEDRO BRUM**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: CAP. LEÔNIDAS MARQUES, N°1896 JARDIM MARACANÃ	RESPONSÁVEL LEGAL: JULIANA APARECIDA SANTOS FRETTA
TELEFONE: 3252-3866	E-MAIL: ESCOLA.CAIC@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCIS O /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

1	EDUCAÇÃO INFANTIL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	A EDUCAÇÃO INFANTIL, PRIMEIRA ETAPA DA EDUCAÇÃO BÁSICA TEM COMO FINALIDADE O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA ATÉ CINCO ANOS DE IDADE, EM SEUS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, INTELECTUAL E SOCIAL, COMPLEMENTANDO A AÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE.	3 A 5	162	162
2	ENSINO FUNDAMENTAL	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	FORMAÇÃO DO CIDADÃO, MEDIANTE: • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDER, TENDO COMO MEIOS BÁSICOS O PLENO DOMÍNIO DA LEITURA, DA ESCRITA E DO CÁLCULO; • – A COMPREENSÃO DO AMBIENTE NATURAL E SOCIAL, DO SISTEMA POLÍTICO, DA TECNOLOGIA, DAS ARTES E DOS VALORES EM QUE SE FUNDAMENTA A SOCIEDADE; • – O DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM, TENDO EM VISTA A AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES E A FORMAÇÃO DE ATITUDES E VALORES; • – O FORTALECIMENTO DOS VÍNCULOS DE FAMÍLIA, DOS LAÇOS DE SOLIDARIEDADE HUMANA E	06 A 15	467	467

					DE TOLERÂNCIA RECÍPROCA EM QUE SE ASSENTA A VIDA SOCIAL.			
3	ATENDIMENTO PSICOPED.	-	ESCOLA	CAP. IV ART. 53-59	OFERECER ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO AOS ALUNOS COM DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM, ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PROFESSOR E PROMOVER A REVISÃO DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA ESCOLA QUANDO FOR O CASO.	03 À 15	64	64
4	ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO		ESCOLA	CAP. IV – ART. 53 A 59.	GARANTIR AOS ALUNOS UM CONJUNTO DE ATIVIDADES E RECURSOS PEDAGÓGICOS E DE ACESSIBILIDADE ORGANIZADOS INSTITUCIONALMENTE, PRESTADO DE FORMA COMPLEMENTAR OU SUPLEMENTAR À FORMAÇÃO DOS ALUNOS PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL, MATRICULADOS NO ENSINO REGULAR.	03 À 15	12	12
5. EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL	OFICINA DE ARTE	-	ESCOLA	CAP. IV – ART. .54	VISA AO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE APRECIAÇÃO ESTÉTICA E EXPRESSÃO ATRAVÉS DAS DIFERENTES LINGUAGENS.	03 A 10	179	179

	JUDÔ/ BASQUETE/NATAÇÃO/ BADMINTON/ CAPOEIRA/ FUTSAL				AS ATIVIDADES DE ESPORTE E LAZER SÃO BASEADAS EM PRÁTICAS CORPORAIS, LÚDICAS E ESPORTIVAS, ENFATIZANDO O RESGATE DA CULTURA LOCAL, BEM COMO AS VIVÊNCIAS TRABALHADAS NA PERSPECTIVA DO ESPORTE EDUCACIONAL, DEVEM SER VOLTADAS PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DO ESTUDANTE.	03 A 10	179	179
	JOGOS EDUCATIVOS				VISA OPORTUNIZAR A VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DESAFIADORAS, POSSIBILITANDO LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES, ESTRATÉGIAS, PLANEJAMENTO QUE EMBASARÃO A TOMADA DE DECISÃO NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.	03 A 10	179	179
	CULINÁRIA				DESENVOLVER O HABITO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, COMPREENDER A ORIGEM DO ALIMENTO, SEU VALOR NUTRICIONAL, PROPORCIONAR ÀS CRIANÇAS A FAMILIARIZAÇÃO DE COM DIFERENTES ALIMENTOS.	03 A 10	179	179

	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO PORTUGUÊS				DESENVOLVER CONHECIMENTOS RELACIONADOS AOS USOS DA LINGUAGEM, POSSIBILITANDO A INTERAÇÃO SOCIAL COM O OUTRO, TER ACESSO AOS BENS CULTURAIS E AGIR EFETIVAMENTE NO MUNDO LETRADO.	03 A 10		
	ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO MATEMÁTICA				DESENVOLVER AS NOÇÕES LÓGICAS MATEMÁTICAS ATRAVÉS DE JOGOS E, OUTRAS ATIVIDADES LÚDICAS, DE MODO QUE AS CRIANÇAS POSSAM SER DESAFIADAS NA RESOLUÇÃO DE DIFERENTES SITUAÇÕES PROBLEMAS.	03 A 10		
	DIVERSIDADE				POSSIBILITAR A VIVÊNCIA DE DIFERENTES SITUAÇÕES COTIDIANAS, ONDE OS ESTUDANTES TENHAM ACESSO A UMA EDUCAÇÃO FORMAL, DEMOCRÁTICA E INCLUSIVA.	03 A 10		
	DANÇA				TRABALHAR COM A DANÇA VISANDO COMO EIXO PRINCIPAL O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM CORPORAL NOS ALUNOS ATRAVÉS DAS ATIVIDADES APLICADAS E DA APRESENTAÇÃO DE UMA COREOGRAFIA.	03 A 10		

	ARTESANATO				OPORTUNIZAR AOS ALUNOS ATRAVÉS DO TRABALHO ARTESANAL O DESENVOLVIMENTO DE SUAS HABILIDADES MANUAIS PARA QUE POSSA EXPLORAR E EXPANDIR SUA CRIATIVIDADE.	03 A 10		
	XADREZ				EXPLORAR OS VALORES EDUCACIONAIS DO XADREZ EM SEUS ASPECTOS COGNITIVO E COMPORTAMENTAL, COMO FERRAMENTA PARA POTENCIALIZAR E AUXILIAR NA MELHORA DO PROCESSO EDUCATIVO.	03 A 10		
	TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS				VISA À INSTRUMENTALIZAÇÃO METODOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES E, ELAS DEVEM SER DIRECIONADAS A CADA ÁREA DO CONHECIMENTO.	05 A 10	179	179

9.3. PROGRAMAS DA ÁREA DA SAÚDE

Artigo do ECA, inciso/capitulo: Capitulos I, Arts. 8, 11 e 14.

Nº	PROGRAMA E EIXO DE COMPLEXIDADE	LOCAL DE ATENDIMENT	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA	METAS A ATENDER	Nº DE ATENDIMENTOS NO PERÍODO DE JAN À DEZ/2020.	DEMANDA REPRIMIDA
1	ATENÇÃO MATERNO E INFANTIL/AB E MC	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.	ORGANIZAR A ATENÇÃO MATERNO INFANTIL, QUALIFICANDO O CUIDADO NAS AÇÕES DO PRÉ --NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DO PRIMEIRO ANO DE VIDA DAS CRIANÇAS.	0 - 11 MESES E 29 DIAS	- ATENDER A CRIANÇA MENOR DE UM ANO ADSCRITA NO TERRITÓRIO DA UBS, PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA.	106.406 (CONSULTAS BÁSICAS, FISIOTERAPIA E EXAMES LABORATORIAIS E NÃO LABORATORIAIS)	NÃO HÁ REGISTRO

2	ATENÇÃO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES/AB		ORGANIZAR A ATENÇÃO, A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, QUALIFICANDO O CUIDADO NAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE, COMO: IMUNIZAÇÃO, PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OUTROS. DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE; IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PSE.	1 – 18 ANOS	- ATENDER A CRIANÇA E O ADOLESCENTE ADSCRITA NO TERRITÓRIO DA UBS, PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA. - ATENDER O MAIOR NÚMERO POSSÍVEL, DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PSE. - IMPLEMENTAR A CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE, NAS UNIDADES DE ESF. - MONITORAR A SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE S BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA COM CONDICIONALI DADE SAÚDE.		

3	SAÚDE BUCAL/AB E MC	UNIDADES DE SAÚDE E CEO – CENTRO DE ESPECIALIDAD ES ODONTOLÓGIC AS	AMPLIAR O ACESSO À SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL, QUALIFICANDO AS AÇÕES E SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	00 - 18 ANOS	- PROMOVER AÇÕES QUE VISEM GARANTIR A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL (SB), PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTE S ADERIDOS AO PSE. - MOTIVAR E APOIAR AS ESB, PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO EM SB DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	15.274 (PROCEDIMENTO S)	NÃO HÁ REGISTRO
4	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	-UNIDADES DE SAÚDE -FARMÁCIA ESCOLA -UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	OFERTAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO.	00-18 ANOS	- ATENDER 100% DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE NECESSITAM DE MEDICAMENTO, CONFORME LEGISLAÇÃO DO SUS.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO NÃO PERMITE RELATÓRIO POR FAIXA ETÁRIA	

5	ATENÇÃO ESPECIALIZADA/ MC E AB.	CENTRAL DE ESPECIALIDADES, CISCOPAR E TFD	REALIZAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ACORDO COM A NEESSIDADE DE SAÚDE APRESENTADA E/OU ESTRATIFICADA, OU ATÉ MESMO CLASSIFICADA COMO RISCO.	00-18 ANOS	- ATENDER 100% DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO E/OU ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO, CONFORME PREVISTO NA LEGISLAÇÃO DO SUS.	15.313 (CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS)	4.419 (CONSULTAS E EXAMES)
6	SAÚDE MENTAL/AB E MC	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL,	REALIZAR O ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL, A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO MENTAL.	00-18ANOS	OPORTUNIZAR ADEQUADO ACESSO AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE NECESSITAM DESTE ATENDIMENTO.	10.044	466

		CAPS INFANTIL	-REALIZAR O ATENDIMENTO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS; -REALIZAR A ARTICULAÇÃO DA REDE DE APOIO PSICOSSOCIAL; - INSERIR O ADOLESCENTE, APÓS AVALIAÇÃO MEDICA, NO SISTEMA DE REGULAÇÃO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE DESINTOXICAÇÃO; REALIZAR O MATRICIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, CONFORME PROGRAMAÇÃO INTERNA.		- ENCAMINHAR PARA DESINTOXICAÇÃO CONFORME AVALIAÇÃO MEDICA, ATRAVÉS DE CENTRAL DE LEITO ESPECIFICA. REALIZAR O MATRICIAMENTO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PELO CAPS AD.	912	87

7	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/MC	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	REALIZAR ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.	00-18 ANOS	- ATENDER 100% DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CONFORME NECESSIDADE E DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.	26.696	NÃO HÁ REGISTRO

8	VIGILÂNCIA EM SAÚDE/AB		REALIZAR A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, POR MEIO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.	00-18 ANOS	- ATINGIR, NA ROTINA, COBERTURA VACINAL PRECONIZADA PELO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO - SIPNI/MS. - QUALIFICAR A REDE DE SAÚDE PARA A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, TRABALHO INFANTIL E OUTRAS FORMAS DE VIOLÊNCIA, CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	81.225 (IMUNIZAÇÃO)	NÃO HÁ REGISTRO

FONTE: Relatório bimestral da Criança e do Adolescente e SIGSS (Sistema próprio da Secretaria de Saúde de Toledo).

9.4. PROGRAMAS DA ÁREA DE ESPORTE

A Secretaria de Esportes e Lazer de Toledo é uma importante ferramenta de trabalho com crianças e adolescentes, proporcionando atividades esportivas saudáveis, ofertando as atividades em áreas onde as crianças e adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade social.

São ofertadas 15 modalidades esportivas nos naipes masculinos e femininos. Estas modalidades são distribuídas sempre levando em consideração a demanda do local onde está sendo proposta, a disponibilidade de estrutura física, de recursos humanos e materiais.

Buscando sempre seguir as orientações das políticas nacionais do esporte, os trabalhos propostos e desenvolvidos buscam nas teorias do Esporte Formador e Transformador, objetivando oferecer o esporte com opção de formação de um cidadão saudável e transformação de crianças e adolescentes que possam estar em situação de risco.

Abaixo, as tabelas com os dados do Esporte divididas por modalidade Esportiva:

ÁREA: ESPORTE	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER.**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PROTASIO ALVES , 1640	RESPONSÁVEL LEGAL: MARLI GONÇALVES COSTA
TELEFONE: 45 – 3055-8777	E-MAIL: ESPORTES@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
1	BASQUETEBOL MASCULINO FEMININO	--	G.E. JAIME ZENI	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE BASQUETEBOL, 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	300	250	NÃO TEM
1		--	G.E. ADENIR JOSÉ MASSOLA			DE 7 A 18 ANOS	30	20	NÃO TEM
1		--	G.E. LUCIANO LAURO LONGEN			DE 7 A 18 ANOS	30	20	NÃO TEM
1		--	UNIDADE SOCIAL SÃO FRANCISCO			DE 7 A 18 ANOS	30	30	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
2	CAPOEIRA	--	CENTRO ESPORTIVO ARNOLDO BOHNEN	ARTIGO 98 E	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE CAPOEIRA, 3 (TRÊS) VEZES	DE 5 A 18 ANOS	40	40	NÃO TEM

2	MASCULINO FEMININO	--	CENTRO DE ARTES MARCIAIS	100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO	DE 5 A 18 ANOS	40	22	NÃO TEM
2		--	CENTRO ESPORTIVO VAQUINHA			DE 5 A 18 ANOS	40	20	NÃO TEM
2		--	ESC. MUN. PEDRO BRUM (CAIC)			DE 5 A 18 ANOS	40	40	NÃO TEM
2		--	G.E. LAURI JOSÉ SIMON			DE 5 A 18 ANOS	40	40	NÃO TEM
2			UNIDADE SOCIAL SÃO FRANCISCO			DE 5 A 18 ANOS	40	40	

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
3	FUTEBOL	--	CAMPO SINTÉTICO JARDIM EUROPA	ARTIGO 98 E	ATENDER CRIANÇAS DE 7	DE 7 A 18 ANOS	70	45	NÃO TEM
3	MASCULIN	--	CAMPO DOS AMADORES	100	A 18 ANOS COM A MODALIDADE	DE 7 A 18 ANOS	40	30	NÃO TEM

3	O	--	CAMPO DOS EUCALIPTOS	LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990.	DE FUTEBOL DE CAMPO MASCULINO 3 (TRÊS)VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO	DE 7 A 18 ANOS	50	22	NÃO TEM
3		--	CAMPO SINTÉTICO DO PINHEIRINHO			DE 7 A 18 ANOS	30	12	NÃO TEM
3		--	CAMPO DA ASSOC. MORADORES DO CESAR PARQUE			DE 7 A 18 ANOS	50	0	NÃO TEM
3		-	CAMPO SINTÉTICO CENTRO OLIMPICO						

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
4	FUTSAL MASCULINO	--	G.E. ALCIDES PAN	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE	DE 7 A 18 ANOS	180	130	NÃO TEM

4		--	G.E. LUCIANO LAURO LONGEN	DE 13 DE JULHO DE 1990.	DE FUTSAL MASCULINO 2 OU 3 VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO	DE 7 A 18 ANOS	100	100	NÃO TEM
4		--	G.E. LAURI JOSÉ SIMON			DE 7 A 18 ANOS	100	80	NÃO TEM
4		--	G. E. ADENIR JOSÉ MASSOLA			DE 7 A 18 ANOS	50	40	NÃO TEM
4		--	G.E. JAIME ZENI			DE 7 A 18 ANOS	50	30	NÃO TEM
4		--	G.E EUZÉBIO GARCIA			DE 7 A 18 ANOS	200	150	NÃO TEM
4		--	G. E X DE MAIO			DE 7 A 18 ANOS	50	35	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
5	FUTSAL FEMININO	--	G. E. EUZÉBIO GARCIA	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE	FUTSAL FEMININO 3 (TRÊS) VEZES POR SEMANA	DE 7 A 18 ANOS	200	112	NÃO TEM

5		--		JULHO DE 1990.	NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	50	22	NÃO TEM
5		--							
5		--							
5		--							

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
6	HANDEBOL MASCULINO FEMININO	--	GINÁSIO DE ESPORTES ALCIDES PAN	ARTIGOS 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE HANDEBOL 3 (TRES)VEZES POR SEMANA	DE 7 A 18 ANOS	100	98	NÃO TEM
6		--	GINASIO DE ESPORTES LAURISIMO			DE 7 A 18 ANOS	100	56	NÃO TEM

			N		NO PERÍODO VESPERTINO				
			COL. EST. VER. GALDINO DE LIMA			DE 7 A 18 ANOS	50	0	
6		--	GINASIO DE ESPORTES EUZÉBIO GARCIA			DE 7 A 18 ANOS	100	80	
6		--	COL. EST. ESPERANÇA FAVARETO COVATI			DE 7 A 18 ANOS	50	0	
6			UNIPAR			DE 7 A 18 ANOS	100	100	

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
7	JUDÔ - MASCULINO	--	CENTRO OLIMPICO ARNOLDO BOHNEN	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE JUDÔ 2 (DUAS)	DE 7 A 18 ANOS	150	145	NÃO TEM
7	- FEMIN	--	CENTRO DE ARTES MARCIAIS			DE 7 A 18 ANOS	150	80	NÃO TEM

7	INO	--	G.E. JAIME ZENI		VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	50	40	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
8	NATAÇÃO - MASCULINO - FEMININO	--	PISCINA PÚBLICA – CENTRO ESPORTIVO IVX DE DEZEMBRO – JD. SANTA MARIA	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE NATAÇÃO 3 (TRÊS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	200	200	65
			PISCINA PÚBLICA – ALDO BELO - PIONEIRO				200	200	20

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
9	KARATÊ - MASCULINO - FEMININO	--	CENTRO OLIMPICO ARNOLDO BOHNEN	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE KARATÊ 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	50	30	NÃO TEM
9		--				DE 7 A 18 ANOS			
9		--				DE 7 A 18 ANOS	50	20	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
10	TENIS DE MESA - MASCULIN	--	CENTRO OLÍMPICO	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COMA MODALIDADE	DE 7 A 18 ANOS	100	70	NÃO TEM

10	O - FEMININO	--	CIPE	JULHO DE 1990	DE TENIS DE MESA 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	50	30	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
11	VOLEIBOL - MASCULINO - FEMI	--	GINÁSIO DE ESPORTES HUGO ZENI	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE VOLEIBOL MASCULINO E FEMININO 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO	DE 7 A 18 ANOS	200	0	NÃO TEM
11		--	G.E. LON			DE 7 A 18 ANOS	80	20	NÃO TEM
11		--	GINÁSIO DE ESPORTES LAURI SIMON			DE 7 A 18 ANOS	80	70	NÃO TEM

11	NINO	--	G.E. ADENIR JOSE MASSOLA		MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	30	20	NÃO TEM
11		--	UNIPAR			DE 7 A 18 ANOS	100	44	NÃO TEM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
12	XADREZ - MASCULINO - FEMININO	--	UNIPAR	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE XADREZ MASCULINO E FEMININO 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO	DE 7 A 18 ANOS	100	90	NÃO TEM

	-				MATUTINO E VESPERTINO.				

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS TENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
13	GA	--	GINÁSIO DA UNIPAR	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE GA.	DE 7 A 18 ANOS	100	89	NÃO TEM
13		--				DE 7 A 18 ANOS			NÃO TEM

				1990	MASCULINO E FEMININO 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.				
Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.	DEMANDA REPRIMIDA
15	ATLETISMO	--	PISTA DE ATLETISMO ESTÁDIO XIV DE DEZEMBRO	ARTIGO 98 E 100 LEI 8.069 DE 13 DE JULHO DE 1990	ATENDER CRIANÇAS DE 7 A 18 ANOS COM A MODALIDADE DE XADREZ MASCULINO E FEMININO 2 (DUAS) VEZES POR SEMANA NO PERÍODO MATUTINO E VESPERTINO.	DE 7 A 18 ANOS	100	80	NÃO TEM
		--							

9.5. PROGRAMAS DA ÁREA DA CULTURA

ÁREA: POLÍTICA CULTURAL	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA XV DE NOVEMBRO, 1638 - PRAÇA DA CULTURA "DR. WILSON CARLOS KUHN", JARDIM LA SALLE	RESPONSÁVEL LEGAL: ROSSELANE LIZ GIORDANI
TELEFONE: (45) 3378-4548	E-MAIL: CASACULTURA@TOLEDO.PR.GOV.BR

Nº	AÇÃO	META	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA,INCISO/ CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER*	Nº DE ATENDIDOS.	DEMANDA REPRIMIDA

1	PROMOVER, FORTALECER E AMPLIAR A DIVERSIDADE E A PLURALIDADE CULTURAL	PROPICIAR ATENDIMENTO À TODA COMUNIDADE, INCLUINDO CRIANÇAS, JOVENS E ADOLESCENTES NOS DIVERSOS CURSOS OFERECIDOS PELA SECRETARIA DE CULTURA, PROPORCIONAR ACESSO E DIFUSÃO ATRAVÉS DAS AÇÕES E EVENTOS PROMOVIDOS PELA SECRETARIA DA CULTURA; PROMOVER A DIVERSIDADE E A PLURALIDADE	CASA DA CULTURA; CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS – CEU ENTIDADES PARCEIRAS (CJU COOPAGRO)	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICO E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	REALIZAR ATIVIDADES ARTÍSTICO- CULTURAIS LIGADAS ÀS ARTES CÊNICAS, PLÁSTICAS, MÚSICAS, LITERATURA, PATRIMÔNIO HISTÓRICO E CULTURAL, FOLCLORE, ARTESANATO, ARTE POPULAR, ARTE DE RUA E DANÇA PARA ATENDIMENTO EM GERAL, INCLUINDO CRIANÇAS, JOVENS E ADOLESCENTES. MANTER O ATENDIMENTO GRATUITO, ATRAVÉS DE PROJETOS IMPLANTAR CURSOS DE TEATRO, CIRCO, DANÇA, MÚSICA E ARTES VISUAIS NAS COMUNIDADES. POSSIBILITAR O ACESSO, À TODA COMUNIDADE, ÀS OFICINAS E CURSOS OFERECIDOS PELA CASA DA CULTURA, CURSOS COMO, VIOLÃO, TECLADO, TÉCNICA VOCAL, TEATRO,DESENHO, PINTURA EM TELA,	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COM IDADES DE 06 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	PROMOVER, FORTALECER E AMPLIAR O CONTATO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A DIVERSIDADE E A PLURALIDADE CULTURAIS PARA QUE TENHAMOS CIDADÃOS CONSCIENTES, COM SENSO CRÍTICO, ABERTOS ÀS POSSIBILIDADES QUE O UNIVERSO PERMITE.	715 ATENDIDOS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	213 272

		CULTURAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO.							

2	PROJETO VIOLÃO POR MÚSICA	PROPORCIONAR AO ALUNO O ESSENCIAL PARA O ACOMPANHAMENTO DO VIOLÃO	CASA DA CULTURA DE TOLEDO; CEU DAS ARTES E CJU COOPAGRO	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	PROPORCIONAR AO ALUNO O ESSENCIAL PARA O ACOMPANHAMENTO DO VIOLÃO. OFERECE TAMBÉM AO ALUNO TEORIA E PRÁTICA MUSICAL A FIM DE PERMITIR A ELE EXECUTAR E INTERPRETAR OS REPERTÓRIOS DA MÚSICA POPULAR BRASILEIRA E MÚSICA ERUDITA.	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 09 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	105 ATENDIDOS A MAIORIA DESTES, SÃO ATENDIDOS NA CASA DA CULTURA	44

3	PROJETO TEORIA MUSICAL	FUNDAMENTAR AS RELAÇÕES DE CONSONÂNCIA E DISSONÂNCIA QUE SÃO PARTE ESSENCIAL DO SISTEMA MUSICAL TONAL. PREPARAR O MÚSICO HABILITANDO SUAS CAPACIDADES RÍTMICAS E MELÓDICAS PROPORCIONANDO UMA ABORDAGEM TOTAL DA ESTRUTURA MUSICAL, ASSIM COMO SUA ESTRUTURAÇÃO E SUAS REGRAS.	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	ABORDAR OS FUNDAMENTOS DA LINGUAGEM MUSICAL ASSIM COMO SUA ESTRUTURAÇÃO E SUAS REGRAS. EFETIVAR AULAS EM GRUPO COM ORIENTAÇÕES DIRECIONADAS, JUNTAMENTE COM EXERCÍCIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE LEITURA MUSICAL, BEM COMO ELEMENTOS DA ESTRUTURA MUSICAL. TREINAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO DA TÉCNICA DA TEORIA MUSICAL	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 09 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	06 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	00

4	PROJETO GUITARRA POR MÚSICA	PROPORCIONAR AO ALUNO A FUNDAMENTAÇÃO PARA O ESTUDO DO INSTRUMENTO, BEM COMO A FORMAÇÃO DO MÚSICO INSTRUMENTALISTA (GUITARRISTA).	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	PROPORCIONAR AO ALUNO A FUNDAMENTAÇÃO PARA O ESTUDO DO INSTRUMENTO, BEM COMO A FORMAÇÃO DO MÚSICO INSTRUMENTALISTA (GUITARRISTA)	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 10 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	18 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	12
5	PROJETO PRÁTICA DE CONJUNTO	CONTRIBUIR PARA A FORMAÇÃO DE BANDAS MUSICAIS DE POP, ROCK, BLUES E HEAVY METAL.	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA	DESENVOLVER A DISCIPLINA MUSICAL DOS INTEGRANTES, BEM COMO A DINÂMICA DE GRUPO, APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO, FORMAÇÃO DE REPERTÓRIO, INTERPRETAÇÃO E DESEMPENHO	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 10 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	18 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	00

				CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.				
6	PROJETO SAXOFONE, FLAUTA TRANSVERSAL	CASA DA CULTURA	PROPORCIONAR AO ALUNO O ENSINO DOS INSTRUMENTOS DE SOPRO SAXOFONE, E FLAUTA TRANSVERSAL TORNANDO O ALUNO APTO À REALIZAÇÃO DA LEITURA DE PARTITURA MUSICAL E A PERCEPÇÃO, ENTENDIMENTO E INTERPRETAÇÃO ESTILISTICA DOS PRINCIPAIS ESTILOS MUSICAIS	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	EFETIVAR EXERCÍCIOS DE LEITURA DE PARTITURA, EXERCÍCIOS TÉCNICOS DE MECANISMO DO INSTRUMENTO, PRÁTICA DE INTERPRETAÇÃO OS PRINCIPAIS ESTILOS MUSICAIS E PRÁTICA DE MÚSICA DE CÂMARA, ENVOLVENDO TODOS OS ALUNOS DESTES CURSOS	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 10 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	07 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	00

7	PROJETO TÉCNICA VOCAL	PROPORCIONAR AOS ALUNOS UM DESENVOLVIMENTO DA MUSICALIDADE E E DA PERCEPÇÃO AUDITIVA ATRAVÉS DOS VOCALIZES, DOS ARRANJOS VOCAIS FEITOS NAS CANÇÕES EXECUTADAS E DOS EXERCÍCIOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM A RESPIRAÇÃO, A ARTICULAÇÃO, A DICÇÃO, A AFINAÇÃO E A POSTURA CORPORAL	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	EXECUTAR AULAS PRÁTICAS EM GRUPOS COM ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL, APRESENTAÇÕES CULTURAIS, TREINAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO DA TÉCNICA VOCAL	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 09 A 18 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	36 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	19

8	PROJETO MUSICALIZAÇÃO INFANTIL	APRESENTAR DE FORMA LÚDICA E PRAZEROSA ÀS CRIANÇAS OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA MÚSICA COMO AS PROPRIEDADES DO SOM, CONCEITOS DE DINÂMICA E ANDAMENTO, INSTRUMENTOS, HISTÓRIA DA MÚSICA E PERCEPÇÃO AUDITIVA	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	DESENVOLVER A MUSICALIDADE DA CRIANÇA ATRAVÉS DE AULAS DINÂMICAS E DIVERSIFICADAS UTILIZANDO O CORPO, INSTRUMENTOS DA BANDINHA RÍTMICA, INSTRUMENTOS ALTERNATIVOS E A VOZ COM AULAS PRÁTICAS EM GRUPOS COM ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL, APRESENTAÇÕES CULTURAIS, TREINAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO DA TÉCNICA VOCAL	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM IDADES DE 06 A 08 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	95 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	43

9	PROJETO CORAL INFANTIL	PROPORCIONAR AOS ALUNOS UM DESENVOLVIMENTO DA MUSICALIDADE E E DA PERCEPÇÃO AUDITIVA ATRAVÉS DOS VOCALIZES DOS ARRANJOS VOCAIS FEITOS NAS CANÇÕES EXECUTADAS E DOS EXERCÍCIOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM A RESPIRAÇÃO, A ARTICULAÇÃO, A DICÇÃO, A AFINAÇÃO E A POSTURA CORPORAL.	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	EXECUTAR AULAS PRÁTICAS EM GRUPOS COM ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL, APRESENTAÇÕES CULTURAIS, TREINAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO E FORMAÇÃO DA TÉCNICA VOCAL	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	36 ATENDIDOS	00

10	PROJETO TECLADO	PROPORCIONAR AO ALUNO UMA VIVÊNCIA MUSICAL ATRAVÉS DO TECLADO, UTILIZANDO-SE DA LEITURA MUSICAL, DE FORMA LÚDICA E CRIATIVA	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA.	DESENVOLVER A COMPREENSÃO DE REPERTÓRIO MUSICAL VARIADO, ESTIMULANDO DE MODO GRADUAL O APRENDIZADO TÉCNICO DO MESMO; APLICAR AVALIAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS COM O TECLADO.	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	78 ATENDIDOS TODOS NA CASA DA CULTURA	28
11	PROJETO DEZ DEDOS NO TECLADO	PROPORCIONAR AO ALUNO UMA VIVÊNCIA MUSICAL ATRAVÉS DO TECLADO, UTILIZANDO-SE DA LEITURA MUSICAL, DE FORMA LÚDICA E CRIATIVA	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA	DESENVOLVER A COMPREENSÃO DE REPERTÓRIO MUSICAL VARIADO, ESTIMULANDO DE MODO GRADUAL O APRENDIZADO TÉCNICO DO MESMO; APLICAR AVALIAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS COM O TECLADO; EXERCITAR APRESENTAÇÕES EM PÚBLICO.	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	78 ATENDIDOS	00

				CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA				
12	PROJETO PINTURA EM TELA “ARTE EM TELA”	DESENVOLVER A SENSIBILIDADE ARTÍSTICA ATRAVÉS DO EXERCÍCIO DO OLHAR, DO PENSAR E O FAZER, PROPORCIONANDO SUBSÍDIO PARA O PROCESSO CRIATIVO E INTELECTUAL DO ALUNO, ATRAVÉS DE ESTUDOS E REFLEXÕES QUE O LEVE A EXPANDIR SEU CAMPO DE CONHECIMENTO.	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	DESENVOLVER AULAS TEÓRICAS E PRÁTICAS APLICANDO TÉCNICAS DE PINTURA A ÓLEO SOBRE A TELA EM ESTUDOS VARIADOS DE LUZ E SOMBRA, COR, COMPOSIÇÃO E TEXTURAS COM REFERÊNCIAS NA HISTÓRIA DA ARTE E ARTISTAS CONSAGRADOS. PARTICIPAÇÃO EM PALESTRAS, WORKSHOPS, VISITA A EXPOSIÇÃO E APRECIAÇÃO DE EVENTOS CULTURAIS AMPLIANDO SEU CONHECIMENTO ARTÍSTICO E CULTURAL	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	22 ATENDIDOS	07

13	PROJETO INTRODUÇÃO AO ARTÍSTICO	DESENVOLVER A SENSIBILIDADE ARTÍSTICA ATRAVÉS DO EXERCÍCIO DO OLHAR, DO PENSAR E O FAZER, PROPORCIONANDO SUBSÍDIO PARA O PROCESSO CRIATIVO E INTELECTUAL DO ALUNO, ATRAVÉS DE ESTUDOS E REFLEXÕES QUE O LEVE A EXPANDIR SEU CAMPO DE CONHECIMENTO	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	DESENVOLVER AULAS TEÓRICAS E PRÁTICAS APLICANDO TÉCNICAS DE LÁPIS GRAFITE EM ESTUDOS VARIADOS COM LINHAS, HACHURAS E MANCHAS; TÉCNICA DE TINTA GUACHE E LÁPIS DE COR AQUARELÁVEIS COM ESTUDOS DE COR, LUZ E SOMBRA E COMPOSIÇÃO ATRAVÉS DE ESTUDOS E RELEITURAS DE OBRAS DE ARTE E ESTUDOS DE OBSERVAÇÃO DE MODELOS NATURAIS, POSSIBILITANDO O APRENDIZADO DO DESENHO NOS NÍVEIS BÁSICO, INTERMEDIÁRIO E AVANÇADO PREPARANDO O ALUNO PARA CRIAÇÃO INDIVIDUAL E FUTURAS	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	42 ATENDIDOS	27

					EXPOSIÇÕES.			
14	PROJETO FORMAÇÃO DE ATOR/ATRIZ	PROPICIAR A FORMAÇÃO ARTÍSTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, FORNECER ELEMENTOS QUE DESENVOLVAM A CIDADANIA E A CULTURA NOS NOSSOS JOVENS	TEATRO MUNICIPAL DE TOLEDO	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	DESENVOLVIMENTO DE AULAS EM SUA TOTALIDADE PRÁTICAS E COM UM GRANDE APELO PARA O PÚBLICO ADOLESCENTE	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	27 TODOS ATENDIDOS NO TEATRO MUNICIPAL DE TOLEDO	05

15	PROJETO VIOLINO	APRESENTAR À POPULAÇÃO UMA NOVA VISÃO MUSICAL, TENDO COMO PRINCIPAL FOCO O DESENVOLVIMENTO DA MÚSICA CLÁSSICO-ERUDITA	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	OFERECER AO EDUCANDO A VIVÊNCIA E COMPREENSÃO DA LINGUAGEM MUSICAL, PROPICIANDO A ABERTURA DE CANAIS SENSORIAIS, FACILITANDO A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES, AMPLIANDO A CULTURA GERAL, CONTRIBUINDO PARA A FORMAÇÃO INTEGRAL DO SER E AJUDANDO NO DESENVOLVIMENTO DE CONCENTRAÇÃO E COORDENAÇÃO MOTORA	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 09 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	35 ATENDIDOS	14

16	PROJETO VIOLINO ORQUESTRA DE CORDAS	PROPICIAR AO ALUNO UM ESTUDO PRÁTICO E TEÓRICO AVANÇADO NO SENTIDO DE PROPICIAR CONHECIMENTO TÉCNICO APROPRIADO PARA A REALIZAÇÃO DE APRESENTAÇÕES CULTURAIS ENQUANTO MÚSICOS PROFISSIONAIS	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	REALIZAR ENSAIOS FORA DO HORÁRIO DO CURSO PARA APRIMORAMENTO DOS CONHECIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE NOVAS TÉCNICAS DE NÍVEL AVANÇADO	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	08	00
17	PROJETO VIOLONCELO	PROPORCIONAR AOS ALUNOS TÉCNICA DE VIOLONCELO E TEORIA MUSICAL PARA INGRESSAR FUTURAMENTE NA ORQUESTRA DE CÂMARA DE TOLEDO	CASA DA CULTURA	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA	REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE EXTRACURRICULAR AJUDANDO NO DESENVOLVIMENTO DE CONCENTRAÇÃO E COORDENAÇÃO MOTORA E MOSTRAR A POSSIBILIDADE DE UMA VIDA MELHOR ATRAVÉS DA MÚSICA	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	01	00

				CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA				
18	PROJETO TOO NA CAPOEIRA	DESENVOLVER A SOCIALIZAÇÃO ENTRE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE MODO A PROPICIAR EXERCÍCIOS QUE INCENTIVEM A EVOLUÇÃO MOTORA, PSICOLÓGICA E FÍSICA DE MODO GERAL, BEM COMO, INCENTIVAR A MANUTENÇÃO DOS VALORES SOCIAIS DE RESPEITO ÀS DIFERENÇAS E AUXÍLIO MÚTUO COM OS EXERCÍCIOS EM GRUPO	CEU DAS ARTES	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	REALIZAÇÃO DE RODAS DE CAPOEIRA EM NÍVEIS DIFERENCIADOS; PROMOVER SOCIALIZAÇÃO ENTRE AS CRIANÇAS E JOVENS; DISSEMINAR VALORES SOCIAIS DE RESPEITO ÀS DIVERSIDADES CULTURAIS POR MEIO RODAS DE CONVERSA E ATIVIDADES EM GRUPO	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	88 ATENDIDOS	10

19	PROJETO ACORDEON	PROMOVER O ENSINO DO ACORDEON TANTO POR MEIO DE CONHECIMENTOS PRÁTICOS QUANTO TEÓRICOS	TEATRO MUNICIPAL DE TOLEDO	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	DESENVOLVIMENTO DE AULAS TEÓRICAS E PRÁTICAS DO INSTRUMENTO ACORDEON; DISSEMINAÇÃO DA CULTURA TRADICIONALISTA GAÚCHA EM MEIO ÀS AULAS; VALORIZAÇÃO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E CULTURAL DO MUNICÍPIO	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	05	00

20	PROJETO BATERIA	PROPORCIONAR CONHECIMENTO TEÓRICO QUANTO PRÁTICO NA BATERIA, DE MANEIRA QUE O ALUNO POSSA DESENVOLVER A COORDENAÇÃO MOTORA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DAS BATIDAS DO INSTRUMENTO E APRIMORAM A ESCUTA EM RELAÇÃO A RITMO E TEMPO DE MÚSICA	CEU DAS ARTES	ART. 58. NO PROCESSO EDUCACIONAL RESPEITAR-SE-ÃO OS VALORES CULTURAIS, ARTÍSTICOS E HISTÓRICOS PRÓPRIOS DO CONTEXTO SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, GARANTINDO-SE A ESTES A LIBERDADE DA CRIAÇÃO E O ACESSO ÀS FONTES DE CULTURA	REALIZAR AULAS DE BATERIA DE MODO INDIVIDUALIZADO PARA QUE OS ALUNOS DESENVOLVAM SUAS APTIDÕES EM RELAÇÃO AO INSTRUMENTO; PARTICIPAÇÃO EM WORKSHOPS DE BATERIA; DESENVOLVER A ESCUTA EM RELAÇÃO A RITMOS E TEMPO DE MÚSICA; COORDENAÇÃO MOTORA PARA CORRETA EXECUÇÃO DAS BATIDAS DO INSTRUMENTO	PROGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM IDADES DE 13 A 17 ANOS, DE AMBOS OS SEXOS.	10 ATENDIDOS	04

TOTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS PELA SECRETARIA DA CULTURA EM 2021	TOTAL DA DEMANDA REPRIMIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM 2021
715	213

9.6. PROGRAMAS DA ÁREA DA JUVENTUDE

ÁREA: JUVENTUDE.	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO DA JUVENTUDE MARCIO ANTONIO BOMBARDELLI**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: AVENIDA MARIPÁ, Nº 1831. JARDIM EUROPA/ AMÉRICA	RESPONSÁVEL LEGAL: JENNIFER THAYS CHAGAS TEIXEIRA
TELEFONE: 3378-5911	E-MAIL: DE.JUVENTUDE@GMAIL.COM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

01	CENTRO DA JUVENTUDE	-	CENTRO DA JUVENTUDE MARCIO ANTONIO BOMBARDELLI	ART. 53, V, CAP. IV; ART. 59, CAP. IV; ART. 69, II, CAP. V; ART. 70, CAP. I; ART. 71, CAP. I; ART. 90, I E II, CAP. II.	CONSTITUIR UM ESPAÇO DE REFERÊNCIA PARA A JUVENTUDE, ACESSÍVEL, ABERTO E DEMOCRÁTICO QUE POSSIBILITE AOS ADOLESCENTES E AOS JOVENS PRODUZIR E ACESSAR BENS CULTURAIS E ARTÍSTICOS; PARTICIPAR DE ATIVIDADES ESPORTIVAS, TECNOLÓGICAS E PROFISSIONALIZANTES, DESENVOLVER E PARTICIPAR DE AÇÕES QUE FAVOREÇAM A FORMAÇÃO PESSOAL, PROFISSIONAL E POLÍTICA.	12 A 29 ANOS	770	363* (12 A 18 ANOS)

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO /CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

02	CENTRO DA JUVENTUDE	-	CENTRO DA JUVENTUDE MARCIO ANTONIO BOMBARDELLI	ART. 53, V, CAP. IV; ART. 59, CAP. IV; ART. 69, II, CAP. V; ART. 70, CAP. I; ART. 71, CAP. I; ART. 90, I E II, CAP. II.	OPORTUNIZAR A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CIDADÃ DOS ADOLESCENTES E JOVENS E A INCLUSÃO SOCIOCULTURAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS DENOMINADOS AGENTES DE CIDADANIA.	14 A 18 ANOS	20	5

ÁREA: JUVENTUDE.	
NOME DO ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO/EQUIPAMENTO: **CENTRO DA JUVENTUDE MARIANA LUIZA VON BORSTEL**	NATUREZA: (X) GOVERNAMENTAL ( ) NÃO-GOVERNAMENTAL ( ) MISTA
ENDEREÇO: RUA PACÍFICO DEZEN, Nº 337, JARDIM COOPAGRO	RESPONSÁVEL LEGAL: JENNIFER THAYS CHAGAS TEIXEIRA
TELEFONE: 3378-5911	E-MAIL: DE.JUVENTUDE@GMAIL.COM

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.

03	CENTRO DA JUVENTUDE	-	CENTRO DA JUVENTUD E MARIANA LUIZA VON BORSTEL	ART. 53, V, CAP. IV; ART. 59, CAP. IV; ART. 69, II, CAP. V; ART. 70, CAP. I; ART. 71, CAP. I; ART. 90, I E II, CAP. II.	CONSTITUIR UM ESPAÇO DE REFERÊNCIA PARA A JUVENTUDE, ACESSÍVEL, ABERTO E DEMOCRÁTICO QUE POSSIBILITE AOS ADOLESCENTES E AOS JOVENS PRODUZIR E ACESSAR BENS CULTURAIS E ARTÍSTICOS; PARTICIPAR DE ATIVIDADES ESPORTIVAS, TECNOLÓGICAS E PROFISSIONALIZANTES, DESENVOLVER E PARTICIPAR DE AÇÕES QUE FAVOREÇAM A FORMAÇÃO PESSOAL, PROFISSIONAL E POLÍTICA.	12 A 29 ANOS	730	314* (12 A 18 ANOS)

*Dados referentes ao Relatório Bimestral da Criança e do Adolescente (5º Bimestre).

Nº	PROGRAMA	EIXO DE COMPLEXIDADE DO ATENDIMENTO	LOCAL ONDE É PRESTADO O SERVIÇO	ARTIGO DO ECA, INCISO/CAPITULO	OBJETIVOS	FAIXA ETÁRIA DOS ATENDIDOS	METAS A ATENDER	Nº DE ATEND.
04	CENTRO DA JUVENTUDE	-	CENTRO DA JUVENTUDE MARIANA LUIZA VON BORSTEL	ART. 53, V, CAP. IV; ART. 59, CAP. IV; ART. 69, II, CAP. V; ART. 70, CAP. I; ART. 71, CAP. I; ART. 90, I E II, CAP. II.	OPORTUNIZAR A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CIDADÃ DOS ADOLESCENTES E JOVENS E A INCLUSÃO SOCIOCULTURAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ATRAVÉS DA ATUAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS DENOMINADOS AGENTES DE CIDADANIA.	14 A 18 ANOS	20	4

10. ESTABELECIMENTO DE METAS E OBJETIVOS PARA O PERÍODO DE 2022 A 2025 CONFORME PPA

Neste item será abordado o Planejamento das ações por Secretaria Municipal que executam atendimentos à criança e adolescente no município de Toledo para os anos de 2022 a 2025.

Os quadros a seguir indicam as Ações, Metas, Objetivos e Orçamento conforme Plano Plurianuais voltados à criança e ao adolescente do município de Toledo, no que concerne aos serviços ofertados, melhorias e construção de estrutura física e (re)adequação de recursos humanos. (ANEXO 01).

11. METODOLOGIA DE ARTICULAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Para realização e concretização do Plano de Ação Municipal de Atendimento à Criança e ao Adolescente ressalta-se a importância no fomento da discussão acerca da criança e do adolescente entre os órgãos envolvidos, para que todos tenham participação no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e atuem em Comissões, Grupos de Estudo e de Trabalho, visando o compromisso ético, técnico e político entre as partes envolvidas para dar continuidade à execução do plano de ação.

O acompanhamento das instâncias de controle deve estar relacionado às metas propostas junto ao PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e LOA (Lei Orçamentária) do município de Toledo, tornando as ações planejadas possíveis de realização. Com o estabelecimento das prioridades neste Plano elencadas, bem como a sua alocação no Orçamento Público, projeta a chance de concretização, sendo a fiscalização de responsabilidade de todos os envolvidos no trabalho com criança e adolescente.

O constante monitoramento das ações pelo CMDCA e a construção de um diagnóstico social pelo órgão gestor, poderá adequar, se assim se fizer necessário, perante aprovação do CMDCA, investimentos previstos no Plano de Ação. Através do CMDCA será instituída a comissão para elaboração do Plano de Monitoramento e Acompanhamento do Plano Municipal da Criança e do Adolescente.

A articulação entre ONG's, Poder Público, Poder judiciário, Conselho Tutelar e diversas outras instâncias de Controle Social supracitadas, poderão debater e conhecer a realidades para futuros investimentos e inovação.

11.1. Instâncias de controle

- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA;
- Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS;
- Conselho Municipal da Juventude - COMJUTO
- Conselho Municipal de Educação – CME;

- Conselho Municipal de Saúde – CMS;
- Conselho Municipal de Segurança;
- Controladoria Interna da Prefeitura Municipal de Toledo;
- Tribunal de Contas do Estado do Paraná;
- Poder Legislativo Municipal;
- Ministério Público.

12. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação dos Direitos da Criança e do Adolescente será acompanhado pelo CMDCA através da apresentação dos Relatórios Bimestrais, bem como por sua avaliação bianual.

13. REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social:** intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, 2000.

BATISTA, Maria do Socorro Xavier. **Os movimentos sociais cultivando uma educação popular do campo**. 29ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n° 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

BRASIL. **Lei Nº 12010, de 03 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943; e dá outras providências.

BRASIL**.** EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 65, DE 13 DE JULHO DE 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 14 de Julho de 2010.

CEDCA/PR. **Deliberação Nº 004/2009**. Pela aprovação do Programa "Centros da Juventude" que propõe a construção e equipamentação de espaços públicos voltados à realização de atividades para adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidades e direitos violados. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009.

CHAIA, Vera, TÓTORA, Silvana. **Conselhos Municipais:** descentralização, participação e limites institucionais. Cadernos Metrópole n. 8, pp. 59-86, 2º sem., 2002.

CONJUVE. Conselho Nacional da juventude. **Reflexões sobre a Política Nacional de Juventude 2003-2010.** Secretaria Nacional da Juventude. Brasília, 2011.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. Políticas de juventude: políticas públicas ou políticas governamentais? In: **Estudos de Sociologia, Araraquara**. Departamento de Antropologia, Política e Filosofia – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista – UNESP, 18/19, 193-203, 2005.

IBGE. **Censo 2010,** 2010.

IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Toledo**, 2013.

Entendendo o SUS 2007. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf>, acessado em 06/06/2010.

NETO, Olympio de Sá Sotto Maior. Ministério público e a prioridade absoluta para a infância e a juventude. Disponível em <http://www.abmp.org.br/textos/209.htm>, Acesso em 06/06/2010.

RAICHELIS, Raquel. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

TOLEDO. Relatório de Gestão Municipal de Assistência Social 2013.
http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei 12.010-2009?OpenDocument
TOLEDO. Lei Municipal "R" N° 3, de 07 de Janeiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação do Programa de Implantação, Regulamentação e Financiamento de Serviços Sócioassistenciais de Caráter Continuado do Município de Toledo.

TOLEDO. LEI Municipal "R" Nº 5, de 07 de Janeiro de 2009. Dispões sobre a regulamentação do Programa de Modernização de Gestão e de Práticas Sociais nas entidades e organização de assistência social do Município de Toledo.

TOLEDO. **Plano Municipal de Assistência Social**, 2010.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf
TOLEDO. **Plano Municipal de Educação**, 2010.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf
TOLEDO. **Plano Municipal de Saúde**, 2010.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

INDICADORES PREVINE BRASIL

PADRONIZAÇÃO MUNICIPAL DE REGISTROS NO SISTEMA

(Versão 4)

Toledo, Junho de 2022

Este manual foi construído a partir de documento disponibilizado pela MV Informática Nordeste LTDA.

Elaboração:
Alexandre Hackenhaar
Aline Claudia Ribeiro Medeiros
Juciliane Angoneze Cesaro
Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre

Colaboração:
Ana Carolina Pasini de Oliveira
Anna Luisa Finkler
Carla Caroline Campanelli Moreira
Marcos Fernando Soares
Sônia Teresinha Pessi Morante

Revisão:
Tatiane Veiga Rodriguês
Alexandre Hackenhaar
Leonardo Martins Azeredo
Vinícius Klosowski

Introdução

Este manual tem como finalidade orientar as equipes da APS do município de Toledo sobre como registrar adequadamente no Sistema SIGSS, as informações para fins de atendimento aos critérios do novo modelo de financiamento da APS estabelecidos pelo Programa Previne Brasil e o respectivo cumprimento dos indicadores considerando que o repasse de recursos da União aos Municípios, será baseado no desempenho de cada equipe de saúde.

Requisitos mínimos para atendimento aos critérios dos indicadores do Programa Previne Brasil

Na tela de cadastro do Usuário do Serviço é **OBRIGATÓRIO** o preenchimento de:

a. aba **Ficha individual**

Para os usuários residentes em micro-áreas cobertas por ACS os dados dessa Ficha estarão preenchidos automaticamente a partir do preenchimento do cadastro de imóveis e domicílios realizados pelo ACS.

Quando os dados dessa ficha não estiverem preenchidos ou não houver ACS na micro-área, a recepção deverá preencher os campos do cabeçalho: **Unidade (CNES), Profissional (CNS), CBO** e **Equipe (INE)** com os dados da equipe de referência do usuário, considerando que no campo **Profissional (CNS)** deve ser inserido o enfermeiro da equipe correspondente. (Imagem 1)

b. aba **Endereço** campo **Área/ESF a que pertence**

Para os usuários residentes em micro-áreas cobertas por ACS este campo estará preenchido automaticamente a partir do preenchimento do cadastro de imóveis e domicílios, realizado pelo ACS.

Quando esse campo não estiver preenchido, deverá ser inserido no mesmo, a equipe correspondente ao endereço do usuário. (Imagem 2)

Atenção: Os itens **a** e **b** descritos acima deverão ser verificados na recepção em todos os atendimentos.

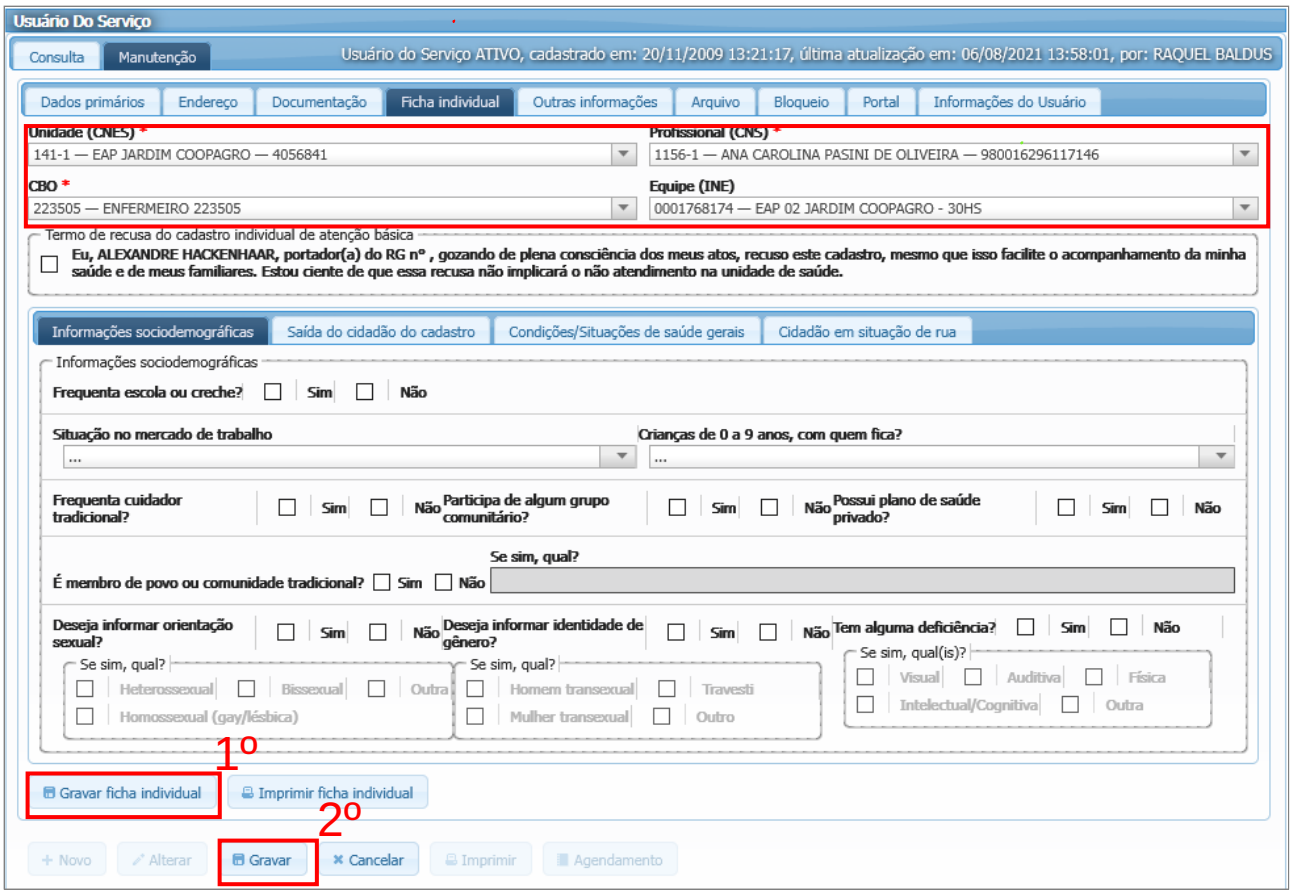


Imagem 1

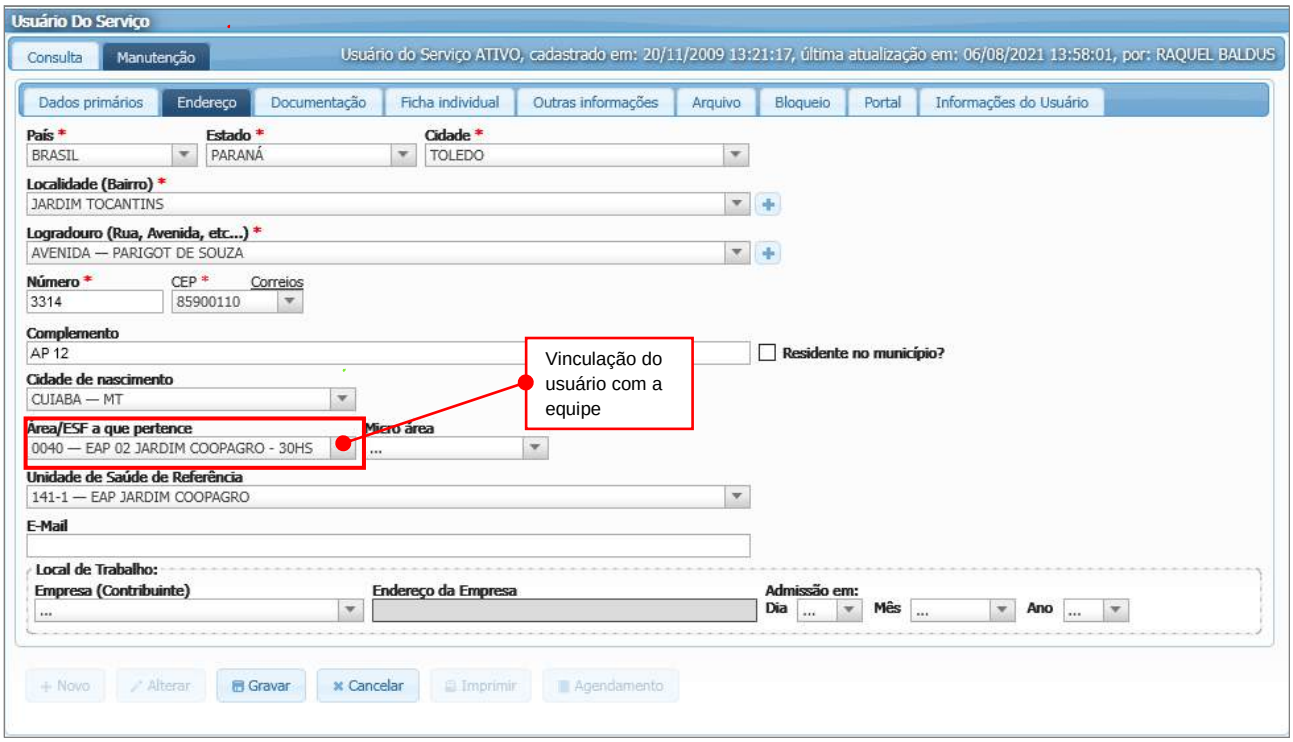


Imagem 2

Aviso importante:

- Usuário necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- O registro do CPF do usuário passará a ser obrigatório pelo Ministério da Saúde, portanto, recomenda-se iniciar a verificação/inserção deste dado no cadastro do Usuário do Serviço.

IMPORTANTE: Todos os atendimentos de consultas deverão ser realizados exclusivamente através do módulo SOAP, pois somente através desse módulo os indicadores serão contabilizados (imagem 3).



Imagem 3

1. Indicador 1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação

Este indicador verificará o número de mulheres com **gestações finalizadas** no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente à equipe, com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal. Sendo que a primeira consulta deverá ter sido realizada até a 12ª semana de gestação

IMPORTANTE: o Município de Toledo trabalha com mínimo de 7 (sete) consultas de pré-natal sendo a primeira realizada até a 12ª semana de gestação.

1.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

a. O profissional que atender a gestante (médico ou enfermeiro) deve estar vinculado no SIGSS e no CNES à equipe de saúde (eSF ou eAP) conforme descrito na introdução deste manual.
   i. No caso de a gestante ser vinculada em uma equipe e atendida por outra, este atendimento será contabilizado para equipe que realizou o atendimento, portanto, recomenda-se que as gestantes sejam atendidas pela equipe a qual é vinculada.
b. O atendimento à gestante deverá ser realizado **obrigatoriamente no módulo SOAP**;
c. Deve ter **obrigatoriamente a DUM** da Gestante e Idade Gestacional – estes valores estão disponíveis no acompanhamento pré-natal e são inseridos através do SOAP.
d. **Obs.:** Caso a gestante não saiba a DUM ou não seja possível identificá-la no momento do atendimento, o profissional deverá utilizar uma data estimada próxima a data da consulta, evitando assim o registro de um pré natal tardio, podendo atualizar a DUM em atendimento posterior em que se possa identificar com precisão esta data.
e. As gestações deverão ser finalizadas pelo módulo SOAP no prazo máximo de **até 14 dias após a DPP**. Gestações finalizadas pelo Painel de Pré-natal não serão contabilizadas para o indicador.

IMPORTANTE: Na tela de Agendamento de consulta – Rápido, a primeira consulta da gestante deverá ser agendada como **ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL INCENTIVO PHPN COMPONENTE I,** as demais consultas de acompanhamento deverão ser agendadas como **CONSULTA PRÉ-NATAL** e a puerperal como **CONSULTA PUERPERAL.**

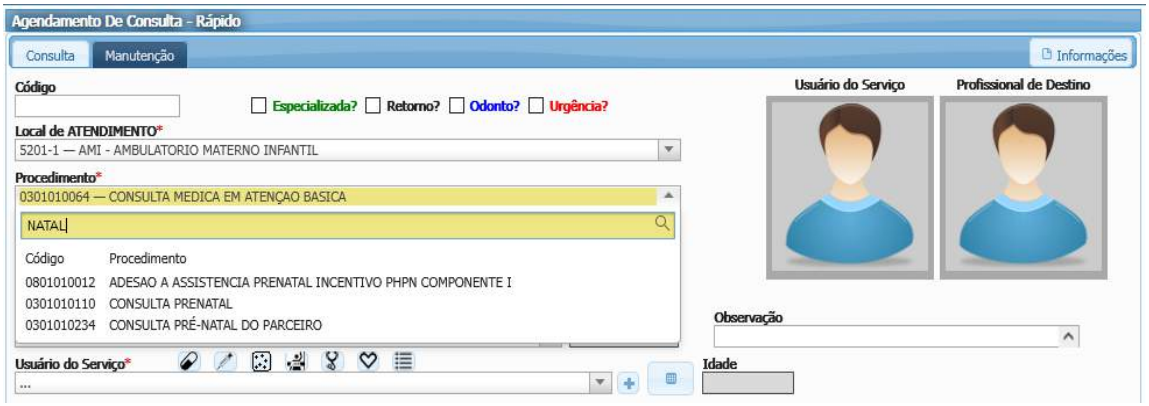


Imagem 4



Imagem 5

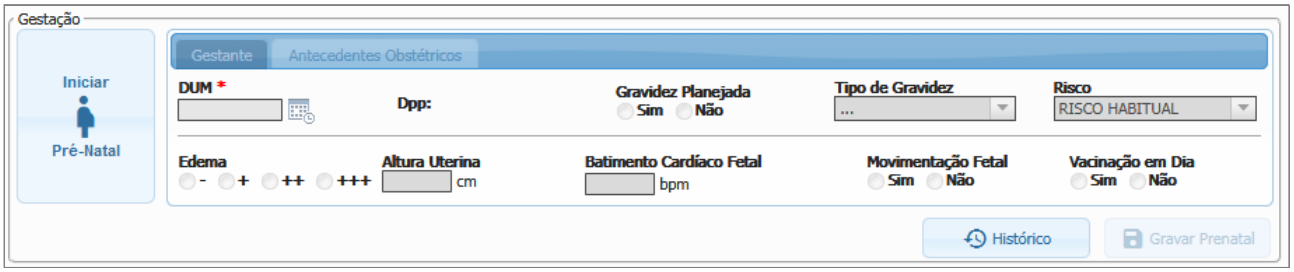


Imagem 6

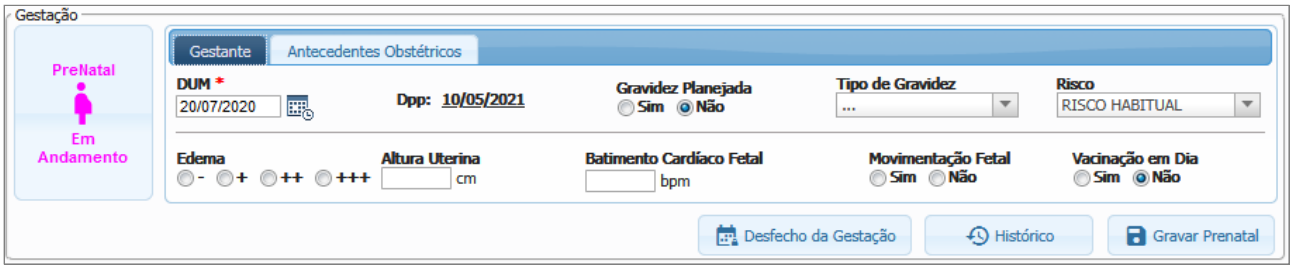


Imagem 7

Clicar sobre o botão Iniciar Pré-Natal (imagem 6) e preencher os campos da aba Gestante (imagem 7).

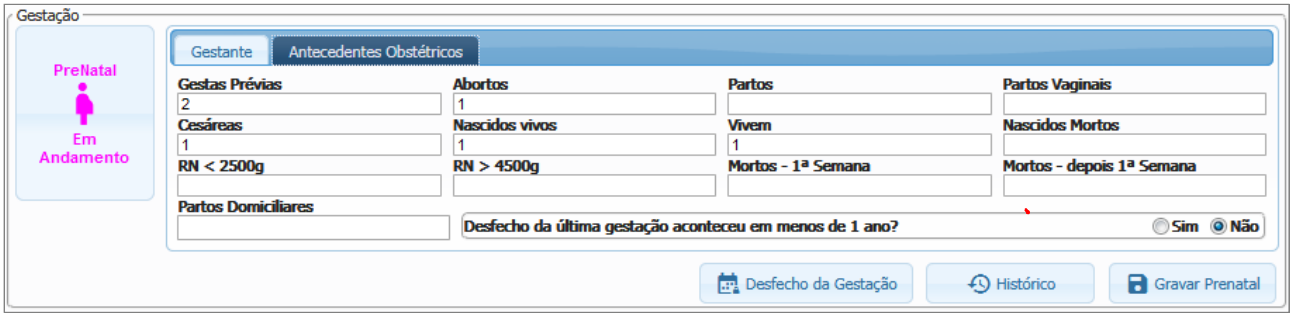


Imagem 8

Conforme a imagem 8, preencher também os campos da aba Antecedentes Obstétricos e clicar no botão Gravar Pré-natal que automaticamente será inserido na Avaliação o CIAP W78 Gravidez, podendo ser incluídos outros CIDs ou CIAPs de acordo com a necessidade.

IMPORTANTE: Em todas as consultas de pré-natal, deve-se clicar sobre o botão Pré-natal Em Andamento (“barriguinha”) para atualizar os dados do pré-natal e assim contabilizar cada consulta no Painel de Pré-Natal facilitando buscas ativas. DUM, Edema, Altura Uterina e demais campos devem ser atualizados a cada consulta conforme necessário.

2. Indicador 2 – Proporção de gestantes com exames de Sífilis e HIV

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

“Ressalta-se que será contabilizado para o indicador tanto a avaliação das sorologias como também a realização dos testes rápidos”

Este indicador verificará o número de mulheres com **gestações finalizadas** no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe, que tiveram pelo menos um exame de HIV e Sífilis durante o pré-natal.

IMPORTANTE: O Município de Toledo padronizou que as gestantes tenham a realização de todos os testes rápidos (HIV, VDRL, HBsAg e Anti HCV) em cada trimestre, porém, para este indicador, apenas serão considerados HIV e VDRL.

2.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

- A gestante necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- Para realização dos procedimentos ambulatoriais de teste rápido para HIV, e VDRL, já deve ter sido realizada a abertura do pré-natal da gestante através do módulo SOAP, podendo ser realizado na sequência da consulta clicando no botão procedimento conforme a imagem 9.

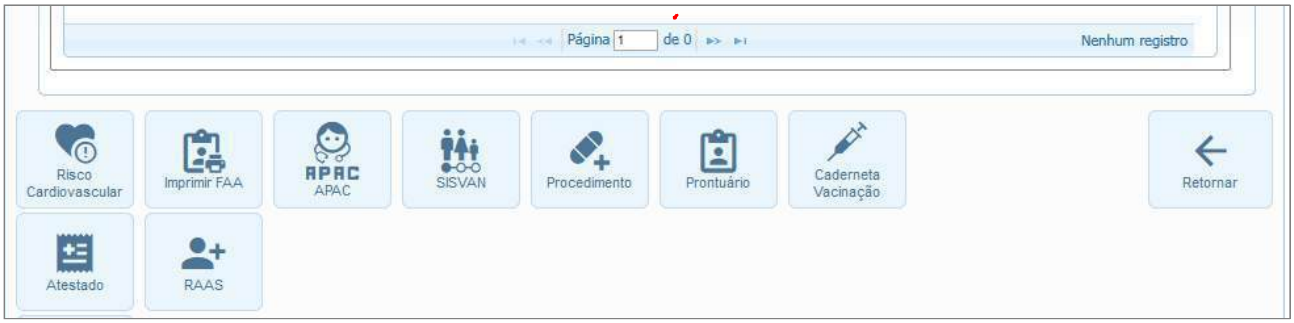


Imagem 9

Caso o procedimento seja realizado fora da agenda de atendimento de consulta, deve ser lançado diretamente na tela de Procedimento **Ambulatorial** acessada pelo menu conforme imagem seguinte.

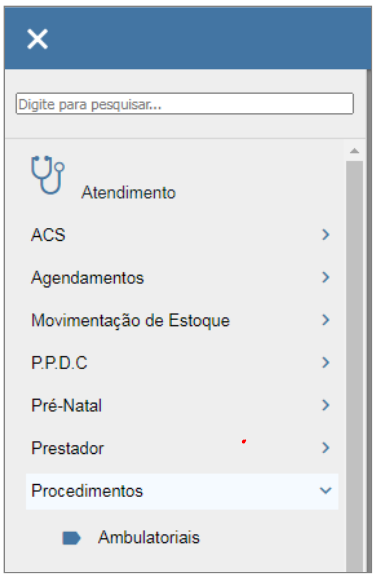


Imagem 10

Ambas as formas mencionadas direcionarão para a mesma tela de Procedimentos Realizados, onde deverão ser lançados os seguintes procedimentos:

0214010082 – TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS EM GESTANTES E OU PAI PARCEIRO
0214010040 – TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO HIV NA GESTANTES E OU PAI PARCEIRO

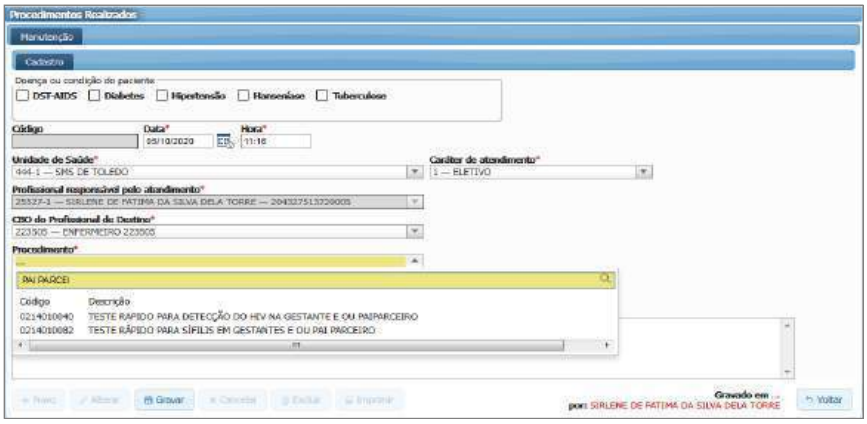


Imagem 11

Na impossibilidade de realização de Teste Rápido, os exames (sorologia) deverão ser solicitados e avaliados no atendimento de consulta.

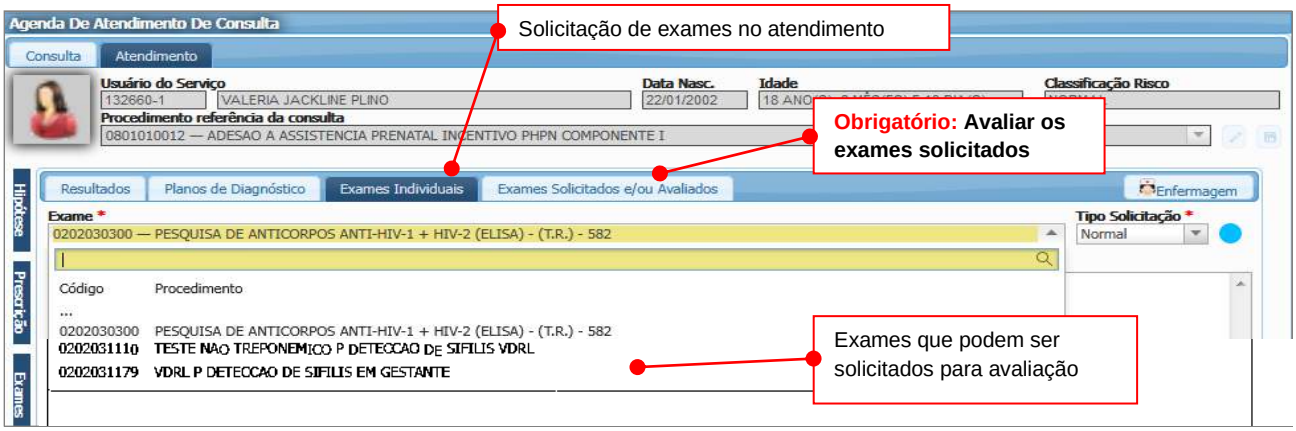


Imagem 12

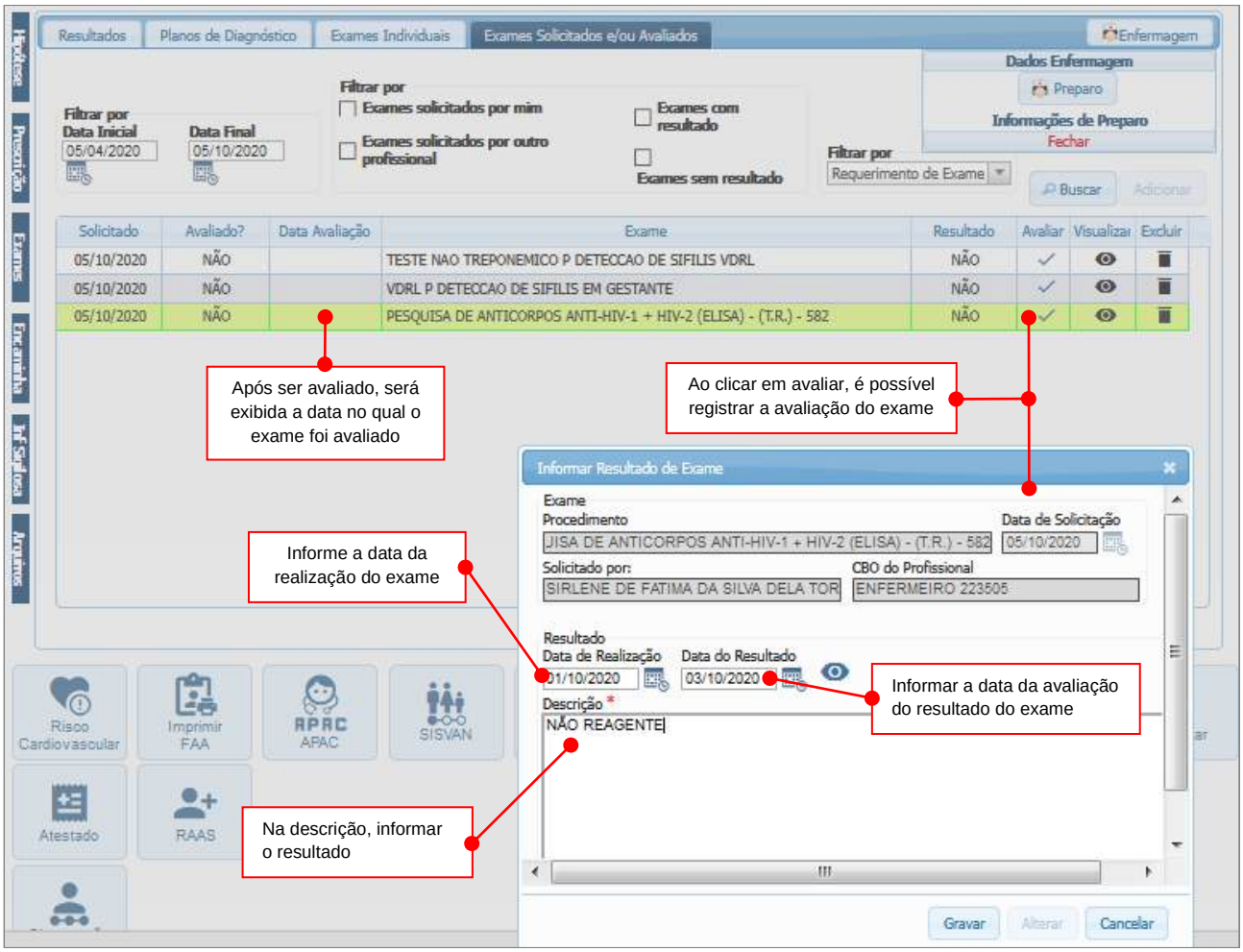


Imagem 13

Códigos SIGTAP válidos para solicitação dos exames para Sífilis
0202031110 - TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS
0202031179 - VDRL P DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Código SIGTAP válido para solicitação de exame para HIV
0202030300 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)

Atenção: **NÃO** é necessário registrar no SIGSAUDE a solicitação/avaliação dos exames e o procedimento ambulatorial simultaneamente. O município padronizou a realização de testes rápidos via procedimento ambulatorial, devendo utilizar a solicitação/avaliação de exames somente na impossibilidade da realização de teste rápido.

3. Indicador 3 – Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

Este indicador verificará o número de mulheres com gestações finalizadas no período, que realizaram uma consulta de pré-natal e um atendimento odontológico individual, ambos na APS.

3.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

- O usuário deve obrigatoriamente ser do sexo feminino;
- O usuário necessita ter o número do CNS ou CPF válido em seu cadastro, tendo preferência pelo CPF;
- Deve ter a data de nascimento correta no registro;
- Deve ter obrigatoriamente um atendimento odontológico para a gestante;
- Deve possuir um procedimento registrado no plano de tratamento do odontograma;
- Deve ter obrigatoriamente DUM da Gestante e Idade Gestacional (inserida automaticamente a partir da informação da DUM a cada atendimento ou acompanhamento de pré-natal e estes valores estão disponíveis no acompanhamento pré-natal e são inseridos por meio do SOAP;
- Registrar de forma individualizada o “Problema/Condição Avaliada” com códigos CID ou CIAP 2, correspondentes à **gravidez**. Dessa forma, o módulo de acompanhamento do pré-natal já estará habilitado no PEC.



Imagem 13

A gestante já deverá ter iniciado o pré-natal (estar com a barriguinha) para então ser realizado um procedimento odontológico.

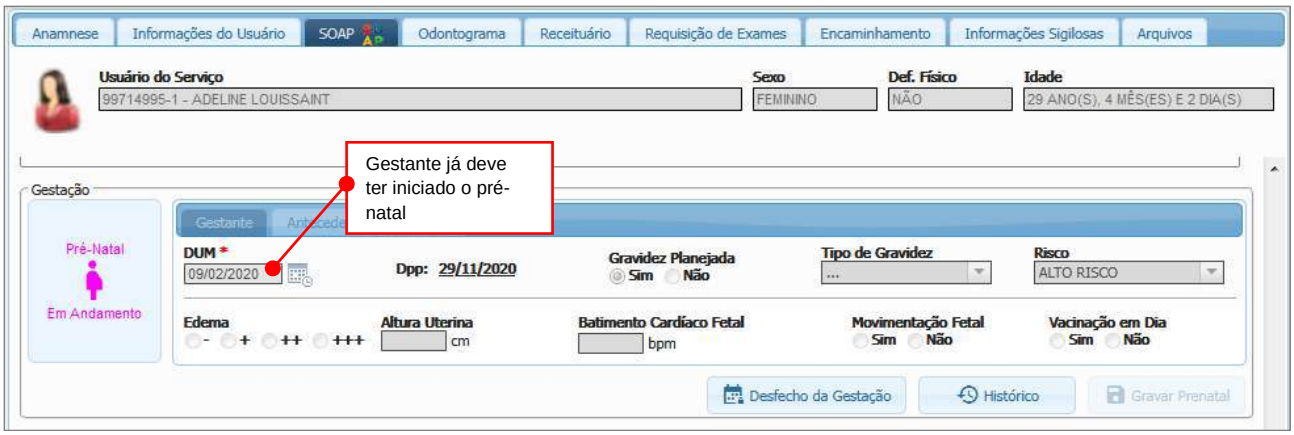


Imagem 14

Caso a gestante não tenha iniciado o pré-natal no sistema, é possível acessar a aba SOAP no módulo de Atendimento de Odonto, clicar sobre o botão Iniciar Pré-Natal e informar a DUM para que o procedimento seja validado para o indicador. Destacamos que essa não é a forma ideal, mas em situações de **EXCEÇÃO** poderá ser realizado esse processo.

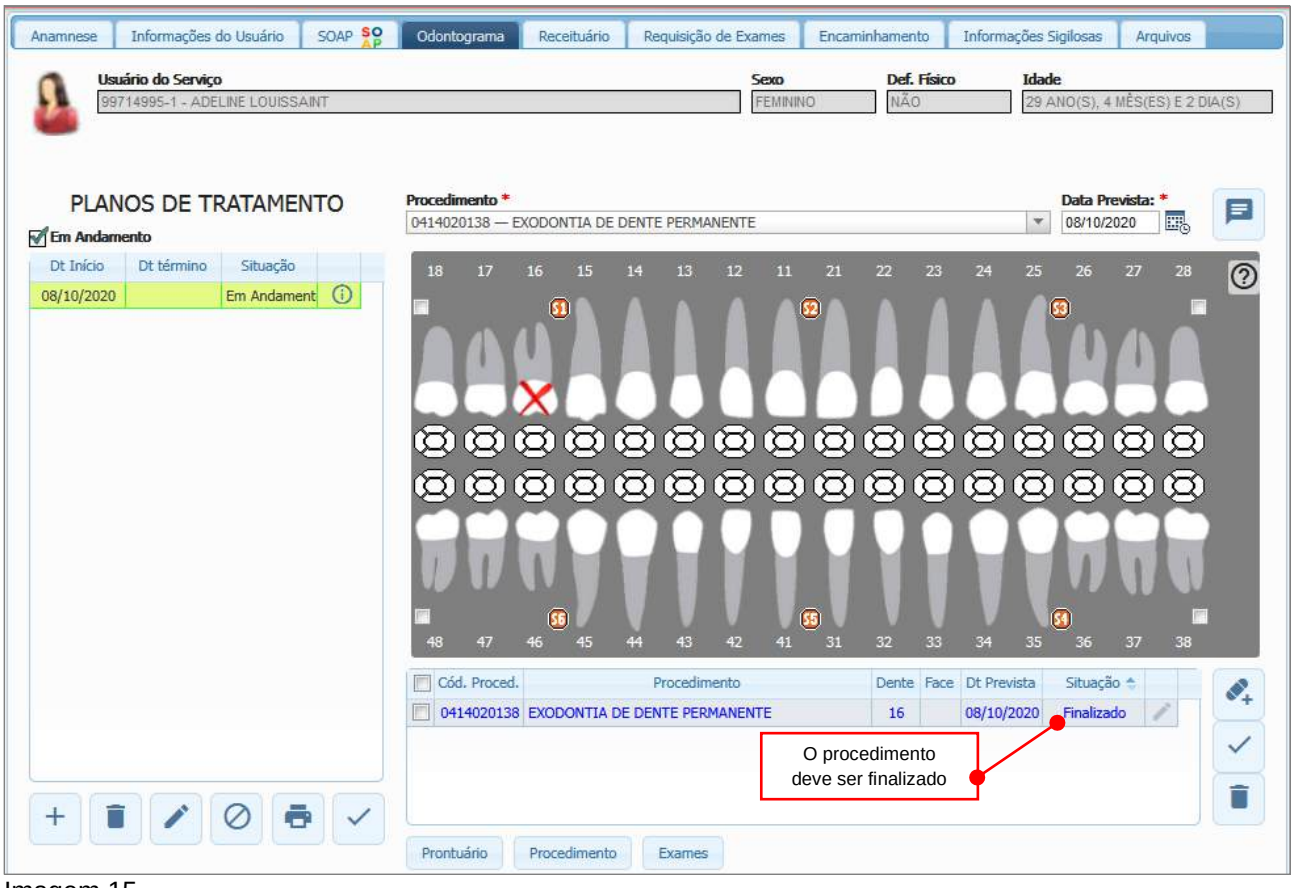
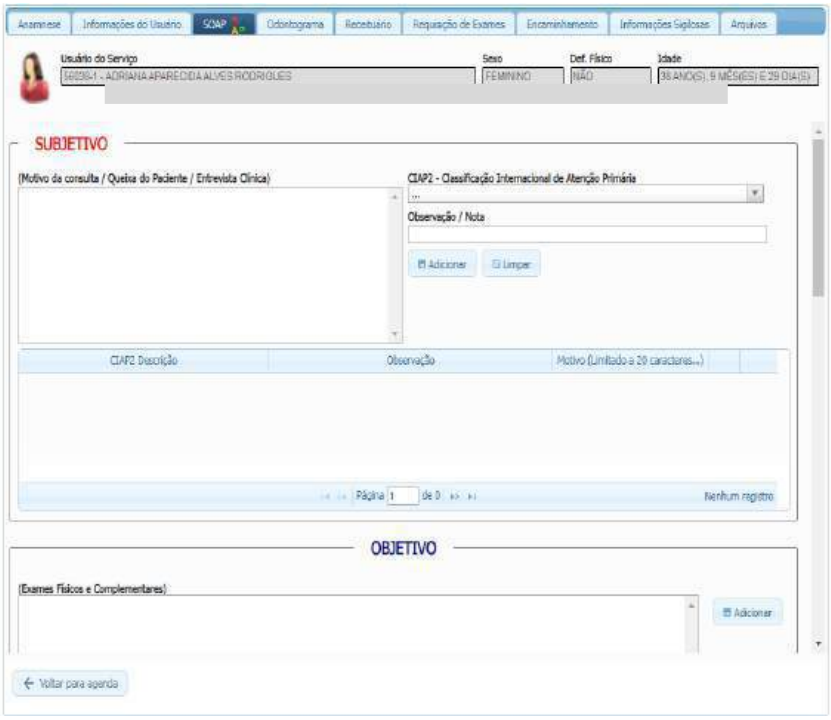


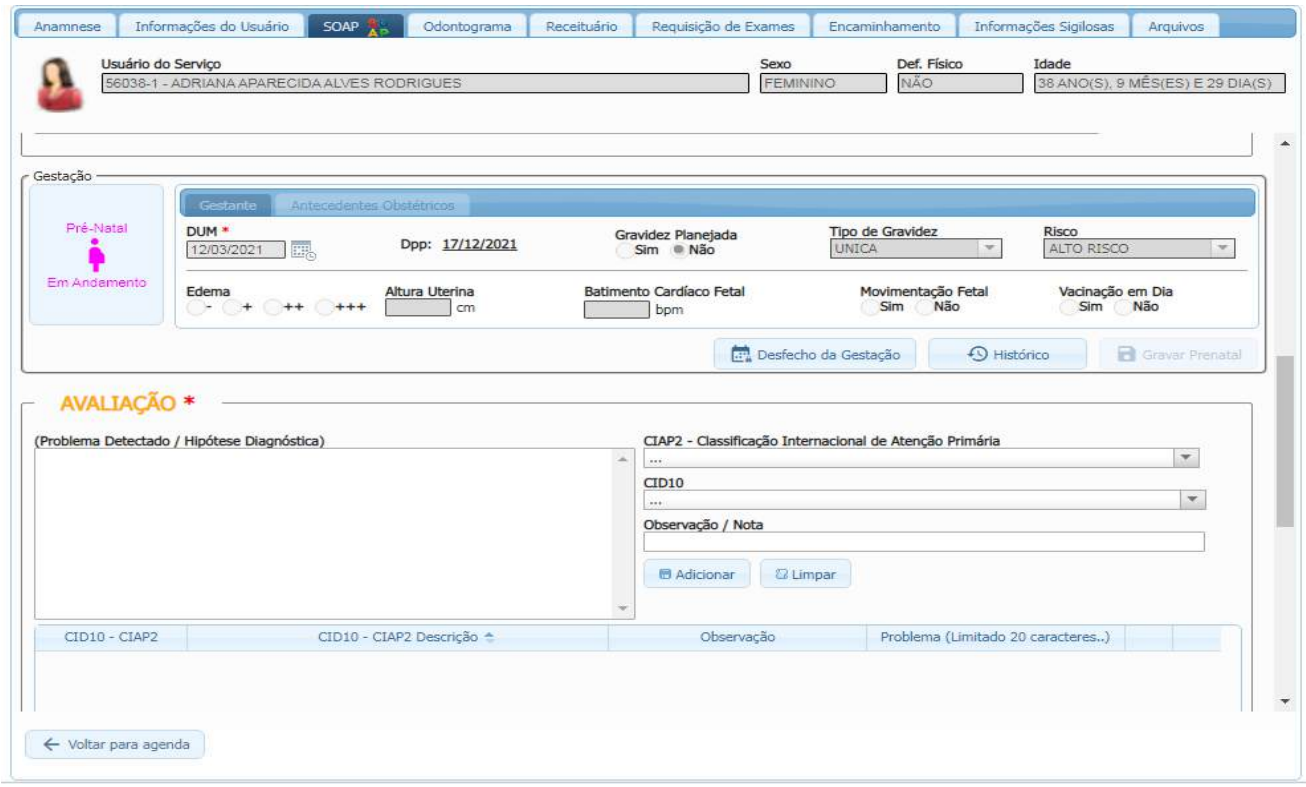
Imagem 15

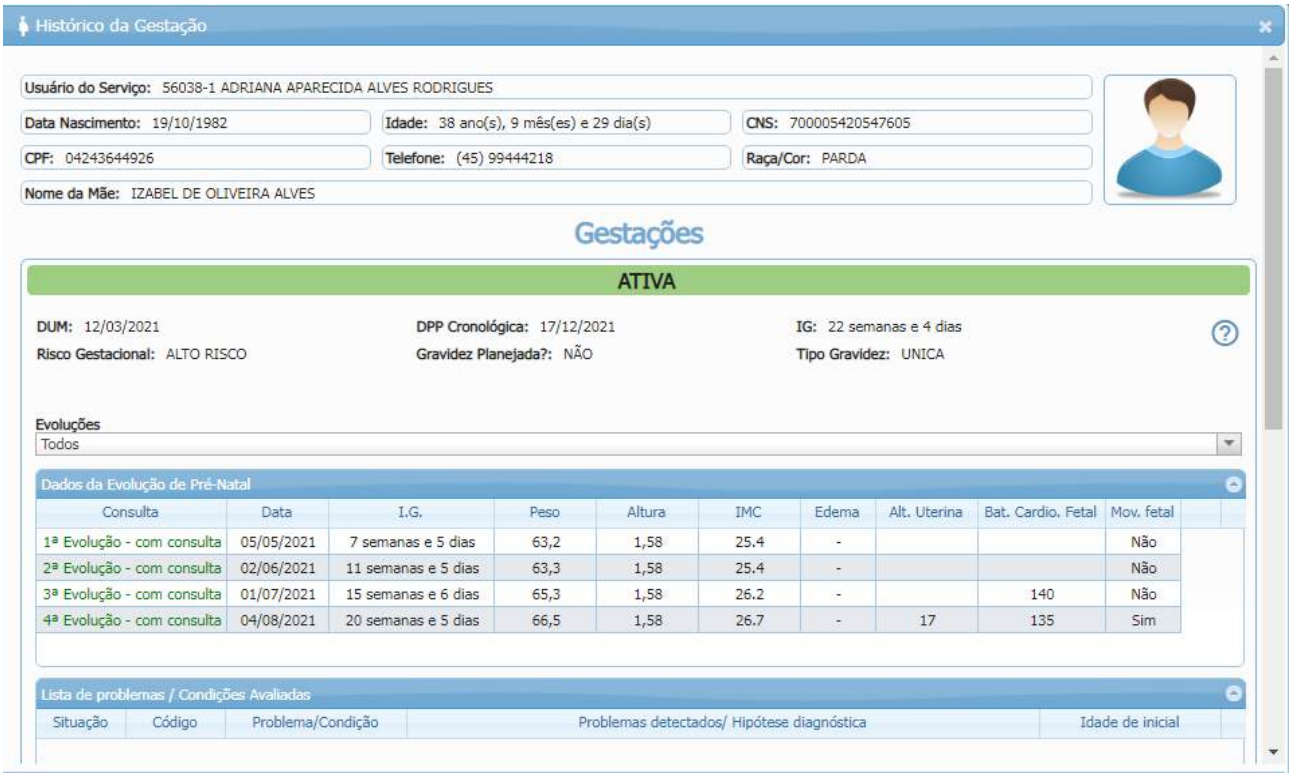
Na aba odontograma deverá ser finalizado pelo menos um procedimento para que a gestante seja contabilizada para o indicador.

3.2 Preenchimento do SOAP

O preenchimento do SOAP deve ser realizado para que o atendimento odontológico seja incluído no histórico do pré-natal.




Anamnese
Informações do Usuário
SOAP
Odontograma
Receituário
Requisição de Exames
Encaminhamento
Informações Sigilosas
Arquivos
Usuário do Serviço
56038-1 - ADRIANA APARECIDA ALVES RODRIGUES
Sexo
FEMININO
Def. Físico
NÃO
Idade
38 ANO(S), 9 MÊS(ES) E 29 DIA(S)
Gestação
Pré-Natal
Em Andamento
Gestante
Antecedentes Obstétricos
DUM *
12/03/2021
Dpp: 17/12/2021
Gravidez Planejada
Sim Não
Tipo de Gravidez
UNICA
Risco
ALTO RISCO
Edema
- + ++ +++
Altura Uterina
cm
Batimento Cardíaco Fetal
bpm
Movimentação Fetal
Sim Não
Vacinação em Dia
Sim Não
Desfecho da Gestação
Histórico
Gravar Prenatal
AVALIAÇÃO *
(Problema Detectado / Hipótese Diagnóstica)
CIAP2 - Classificação Internacional de Atenção Primária
CID10
Observação / Nota
Adicionar
Limpar
CID10 - CIAP2
CID10 - CIAP2 Descrição
Observação
Problema (Limitado 20 caracteres..)
Voltar para agenda


Histórico da Gestação
Usuário do Serviço: 56038-1 ADRIANA APARECIDA ALVES RODRIGUES
Data Nascimento: 19/10/1982
Idade: 38 ano(s), 9 mês(es) e 29 dia(s)
CNS: 700005420547605
CPF: 04243644926
Telefone: (45) 99444218
Raça/Cor: PARDA
Nome da Mãe: IZABEL DE OLIVEIRA ALVES
Gestações
ATIVA
DUM: 12/03/2021
DPP Cronológica: 17/12/2021
IG: 22 semanas e 4 dias
Risco Gestacional: ALTO RISCO
Gravidez Planejada?: NÃO
Tipo Gravidez: UNICA
Evoluções
Todos
Dados da Evolução de Pré-Natal
Consulta
Data
I.G.
Peso
Altura
IMC
Edema
Alt. Uterina
Bat. Cardio. Fetal
Mov. fetal
1ª Evolução - com consulta
05/05/2021
7 semanas e 5 dias
63,2
1,58
25.4
-
Não
2ª Evolução - com consulta
02/06/2021
11 semanas e 5 dias
63,3
1,58
25.4
-
Não
3ª Evolução - com consulta
01/07/2021
15 semanas e 6 dias
65,3
1,58
26.2
-
140
Não
4ª Evolução - com consulta
04/08/2021
20 semanas e 5 dias
66,5
1,58
26.7
-
17
135
Sim
Lista de problemas / Condições Avaliadas
Situação
Código
Problema/Condição
Problemas detectados/ Hipótese diagnóstica
Idade de inicial


Histórico da Gestação
Usuário do Serviço: 56038-1 ADRIANA APARECIDA ALVES RODRIGUES
Data Nascimento: 19/10/1982
Idade: 38 ano(s), 9 mês(es) e 29 dia(s)
CNS: 700005420547605
CPF: 04243644926
Telefone: (45) 99444218
Raça/Cor: PARDA
Nome da Mãe: IZABEL DE OLIVEIRA ALVES
Gestações
ATIVA
DUM: 12/03/2021
DPP Cronológica: 17/12/2021
IG: 22 semanas e 4 dias
Risco Gestacional: ALTO RISCO
Gravidez Planejada?: NÃO
Tipo Gravidez: UNICA
Voltar

PRINCIPAIS CÓDIGOS CIAP-2 UTILIZADOS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

A97: AUSÊNCIA DE DOENÇA

D19: SINAIS/SINTOMAS DOS DENTES/GENGIVAS: inclui: problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.

D20: SINAIS/SINTOMAS DA BOCA/LÍNGUA/LÁBIOS: inclui: mau hálito; língua saburrosa; lábios rachados; salivação; boca seca; halitose; lábios inchados; inflamação da boca.

D80: OUTRAS LESÕES TRAUMÁTICAS: inclui: traumatismos de dentes e língua

D82: DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS: inclui: cáries; abscessos; gengivite; maloclusão; perturbação da articulação temporomandibular; angina de vincent

D83: DOENÇA DA BOCA/LÍNGUA/LÁBIOS: inclui: úlcera aftosa; quilose; glossite; mucocele; parotite; cálculo salivar; estomatite; aftas.

L07 SINAIS/SINTOMAS DA MANDÍBULA

4. Indicador 4 – Cobertura de exame citopatológico

Este indicador verificará o número de mulheres cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente na equipe com idade entre 25 e 64 anos no quadrimestre analisado, que realizaram um procedimento de coleta de citopatológico de colo uterino nos últimos três anos.

4.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

- O usuário deve obrigatoriamente ser do sexo feminino
- A mulher necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- A mulher deve estar com idade de 25 a 64 anos no dia de realização do procedimento;
- A mulher deve ter vínculo com a equipe de saúde. Esta informação deve estar registrada dentro da ficha individual no cadastro de Usuário do Serviço conforme descrito na introdução e mostrado na Imagem 1;
- O profissional que realizar o exame deve ter vínculo com a equipe e a unidade que realizou o procedimento (CNES e INE);
- A mulher deve ter realizado o procedimento **(0201020033 – COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO)** nos últimos três (3) anos conforme imagem abaixo;

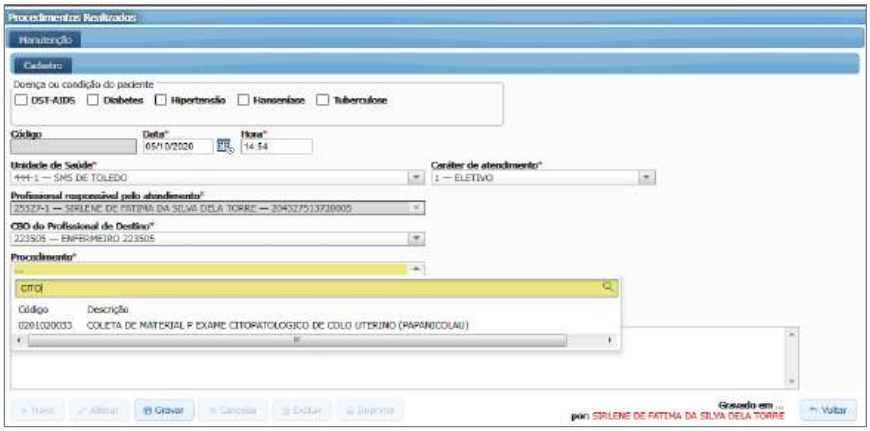


Imagem17

5. Indicador 5 – Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente

“Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada”

Este indicado verificará a cobertura vacinal de doses aplicadas das seguintes vacinas: 3ª dose de Poliomielite e 3ª dose de Pentavalente em crianças menores de um (1) ano.

OBS: A*usência da 3º dose de Pentavalente ou Hexavalente ou [Pentavalente Acelular + hepatite B].*

Segue regra de extração, no caso dos cenários excepcionais:

- *Primeiro cenário*
  2ª dose de Pentavalente + 1 (um) dos esquemas abaixo:
  a) 1 dose DTP + 1 dose hepatite B + 1 dose *haemophilus* b; ou
  b) 1 dose Tetravalente + 1 dose hepatite B; ou
  c) 1 dose Hexavalente.

- *Segundo cenário*
  1ª dose de Penta + 1 (um) dos esquemas abaixo:
  a) 2 doses DTP + 2 doses hepatite B + 2 doses *haemophilus* b; ou
  b) 2 doses Tetravalente + 2 doses de hepatite B; ou
  c) 1 dose de tetra + 1 dose de DTP + 2 doses de hepatite B + 1 dose *haemophilu*s b; ou 2 doses da Hexavalente.

5.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

Possuir cadastro de usuário de serviço com ficha individual preenchida. Esta informação deve estar registrada dentro da ficha individual no cadastro de Usuário do Serviço conforme descrito na introdução e mostrado na Imagem 1;

- A criança necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- Data de nascimento preenchida corretamente no cadastro;
- Criança deve ter menos que um (1) ano de idade no dia do registro da vacina;

A vacina deverá ser registrada no módulo SIPNI

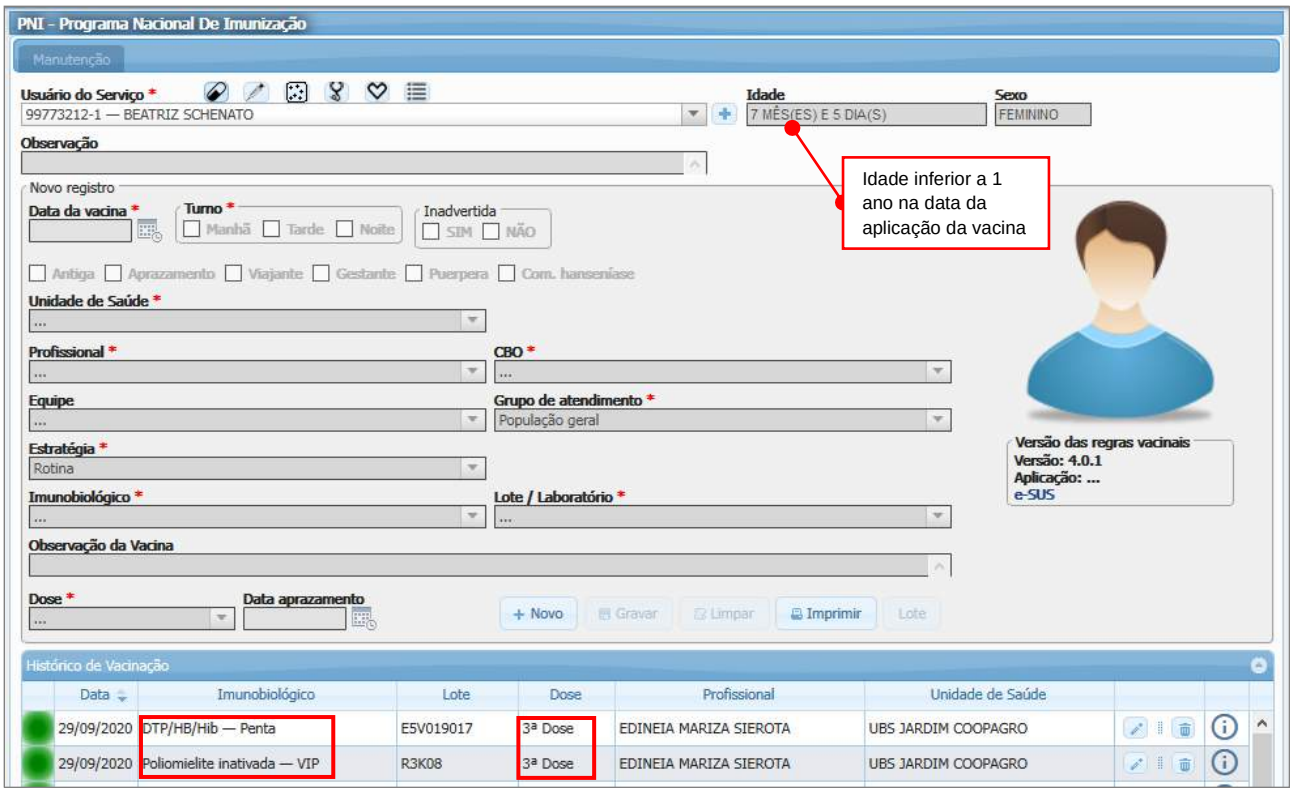

PNI - Programa Nacional De Imunização
Manutenção
Usuário do Serviço *
99773212-1 — BEATRIZ SCHENATO
Idade
7 MÊS(ES) E 5 DIA(S)
Sexo
FEMININO
Observação
Idade inferior a 1 ano na data da aplicação da vacina
Novo registro
Data da vacina *
Turno *
Manhã
Tarde
Noite
Inadvertida
SIM
NÃO
Antiga
Aprazamento
Viajante
Gestante
Puerpera
Com. hanseníase
Unidade de Saúde *
Profissional *
CBO *
Equipe
Grupo de atendimento *
População geral
Estratégia *
Rotina
Imunobiológico *
Lote / Laboratório *
Observação da Vacina
Dose *
Data aprazamento
+ Novo
Gravar
Limpar
Imprimir
Lote
Versão das regras vacinais
Versão: 4.0.1
Aplicação: ...
e-SUS
Histórico de Vacinação
Data
Imunobiológico
Lote
Dose
Profissional
Unidade de Saúde
29/09/2020
DTP/HB/Hib — Penta
E5V019017
3ª Dose
EDINEIA MARIZA SIEROTA
UBS JARDIM COOPAGRO
29/09/2020
Poliomielite inativada — VIP
R3K08
3ª Dose
EDINEIA MARIZA SIEROTA
UBS JARDIM COOPAGRO

Imagem18

6. Indicador 6 – Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre

Este indicador verificará o número de pessoas identificadas com atendimento onde o problema/condição avaliada foi a hipertensão e teve a realização do procedimento de aferição de pressão arterial uma vez a cada 6 meses dentro de um ano.

Para garantir que se atinja a meta do indicador, é necessário que seja informado um CID/CIAP relativo ao problema hipertensivo do paciente hipertenso em cada atendimento realizado, independente do motivo de consulta.

6.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

- Possuir cadastro de usuário de serviço com ficha individual preenchida;
- Manter ficha individual atualizada (áreas cobertas por ACS deverão manter atualizado o campo “Tem hipertensão arterial?” nas condições/situações de saúde da ficha);
- Cidadão necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- A ficha individual e o profissional que realizar o procedimento devem estar vinculados à equipe;
- Deve ter realizado o procedimento (**03.01.10.003-9 – AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL**) uma vez a cada seis (6) meses.

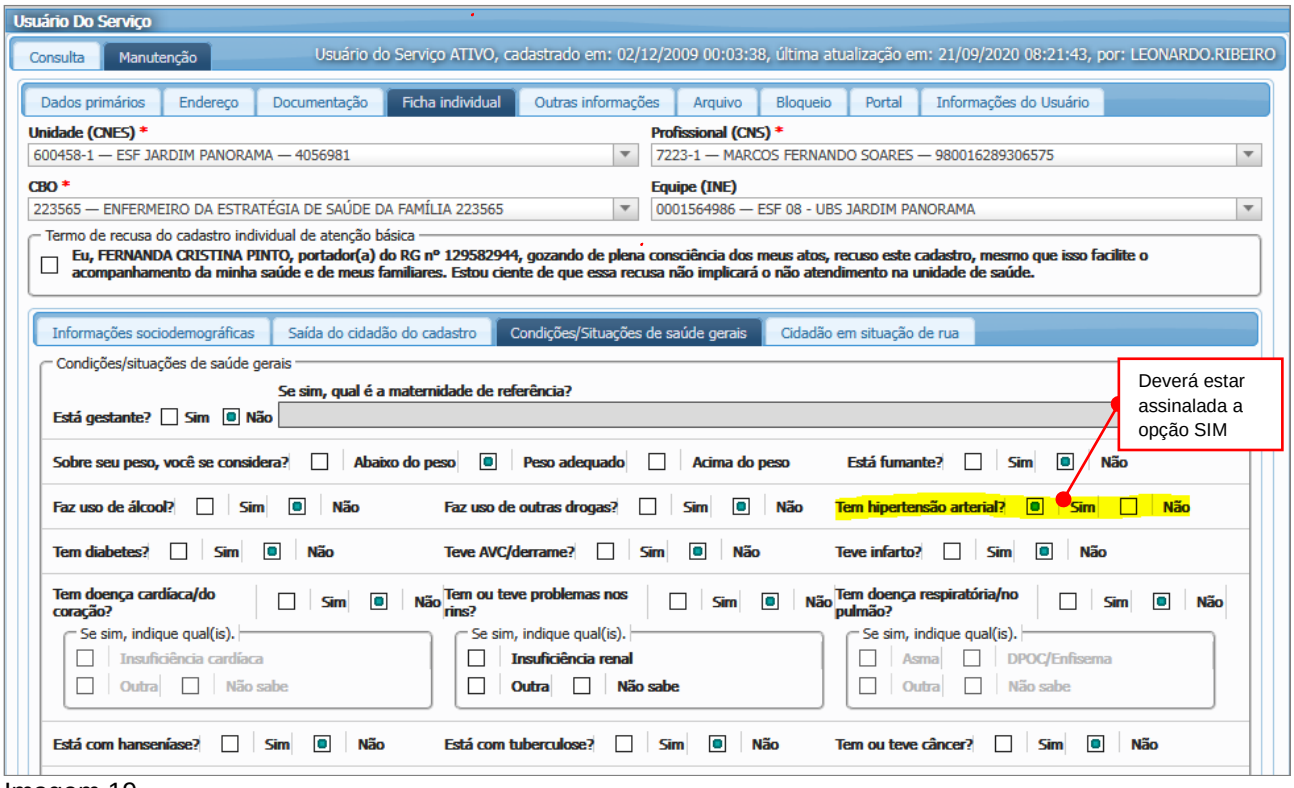


Imagem 19

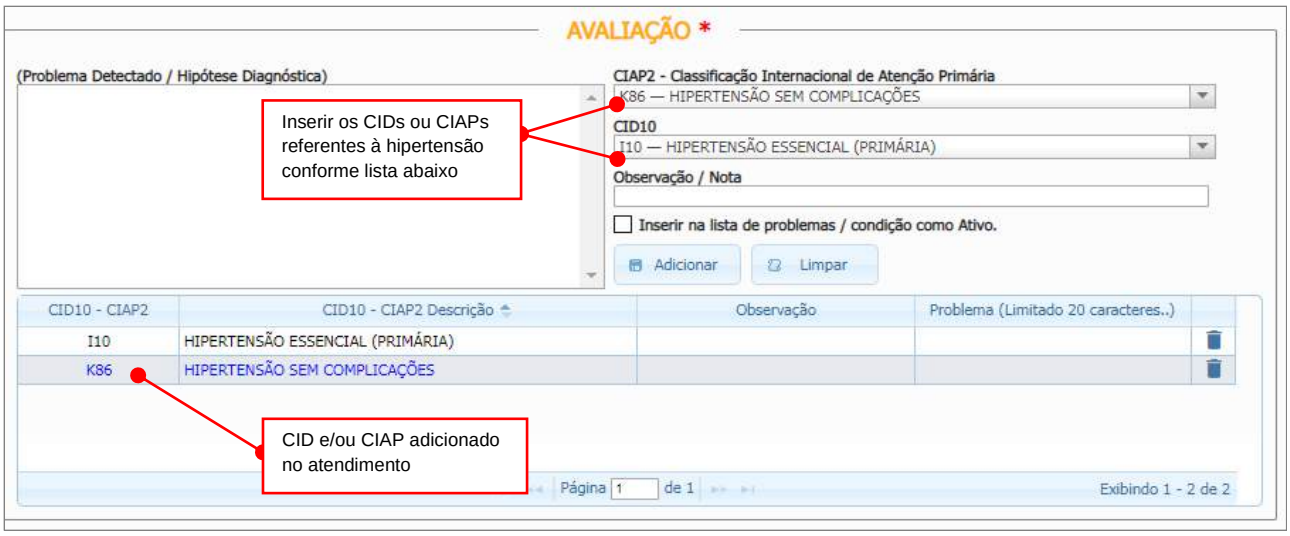


Imagem 20

Abaixo está a relação de CID e CIAP válidos para contabilizar o usuário hipertenso para este indicador.

CID	I10, I11, I110, I119, I12, I120, I129, I13, I130, I131, I132, I139, I15, I150, I151, I152, I158, I159, I270, I272, O10, O100, O101, O102, O103, O104, O109
CIAP	K86, K87, W81

7. Indicador 7 – Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

“Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre

Este indicador verificará o número de pessoas identificados com atendimento onde o problema/condição avaliada foi a diabetes mellitus com a solicitação de hemoglobina glicada no intervalo de 6 meses.

Para garantir que se atinja a meta do indicador, é necessário que seja informado um CID/CIAP relativo à diabetes do paciente diabético em cada atendimento realizado, independente do motivo de consulta.

7.1. Requisitos mínimos para atendimento ao critério deste indicador

- Possuir cadastro de usuário de serviço com ficha individual preenchida;
- Manter ficha individual atualizada (áreas cobertas por ACS deverão manter atualizado o campo “Tem diabetes?” nas condições/situações de saúde da ficha);
- Cidadão necessita ter o número do CNS válido em seu cadastro;
- A ficha individual e o profissional que realizar o procedimento devem estar vinculados à equipe;
- Deve **solicitar e avaliar** o resultado do exame (**0202010503 – HEMOGLOBINA GLICADA**) a cada 12 meses.

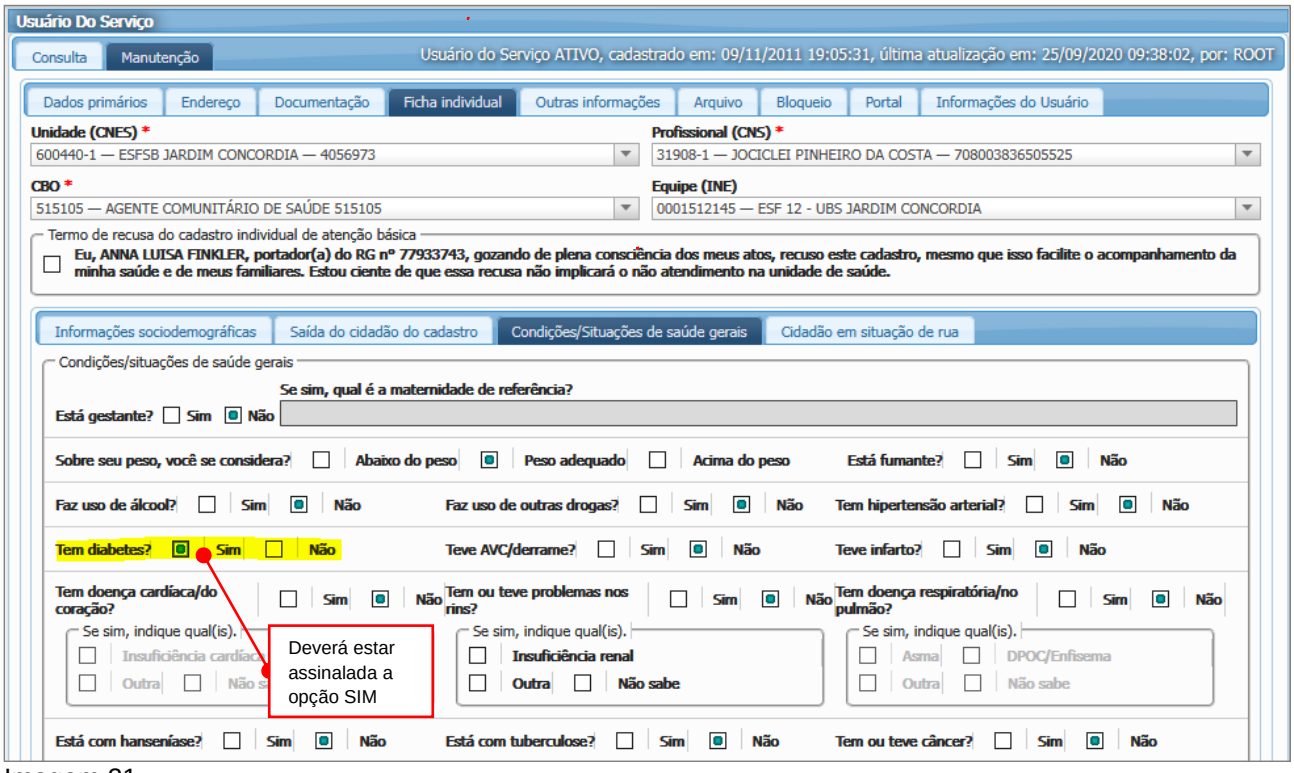


Imagem 21

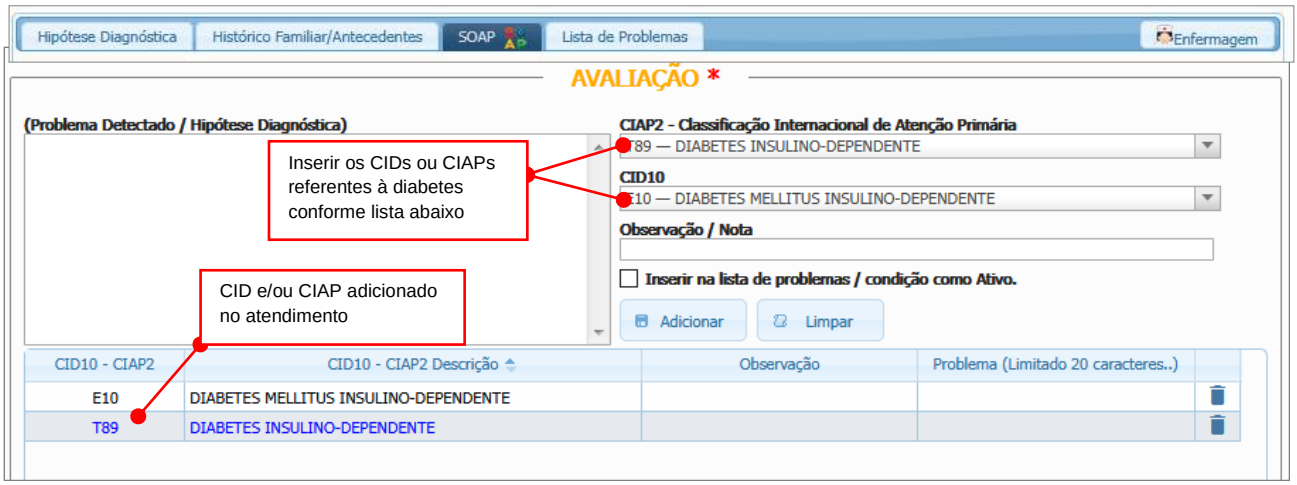


Imagem 22

Abaixo segue a relação de CID e CIAP válidos para contabilização do usuário diabético para esse indicador

CID	E10, E100, E101, E102, E104, E105, E106, E107, E108, E109, E11, E110, E111, E112, E113, E114, E115, E116, E117, E118, E119, E12, E120, E121, E122, E123, E124, E125, E126, E127, E128, E129, E13, E130, E131, E132, E133, E134, E135, E136, E137, E138, E139, E14, E140, E141, E142, E143, E144, E145, E146, E147, E148, E149, O24, O240, O241, O242, 243, O244, O249, P702
CIAP	T89, T90, W85

Para o atendimento de consulta é obrigatório a solicitação/avaliação do exame **0202010503 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOLISADA (HB1AC).**

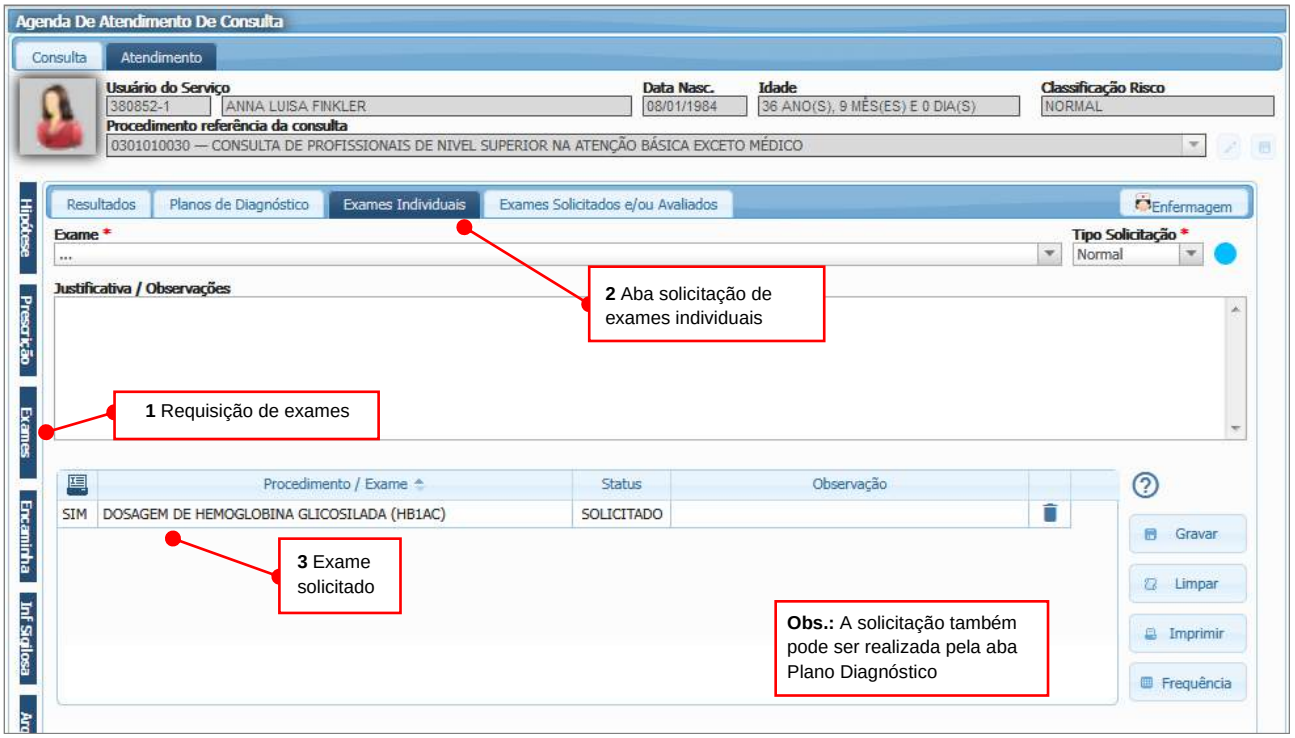


Imagem 23

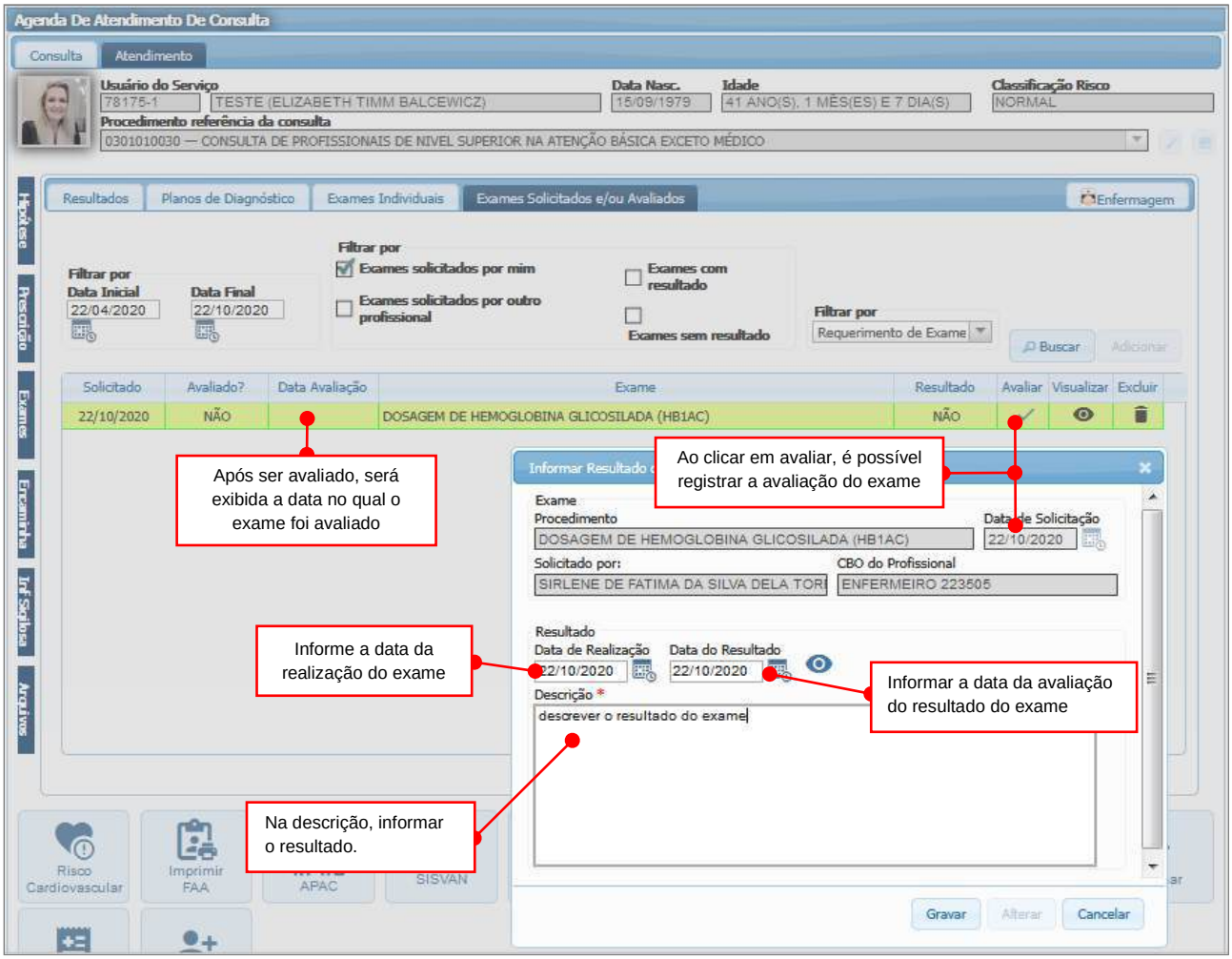

Agenda De Atendimento De Consulta
Consulta
Atendimento
Usuário do Serviço
78175-1
TESTE (ELIZABETH TIMM BALCEWICZ)
Data Nasc.
15/09/1979
Idade
41 ANO(S), 1 MÊS(ES) E 7 DIA(S)
Classificação Risco
NORMAL
Procedimento referência da consulta
0301010030 — CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA EXCETO MÉDICO
Resultados
Planos de Diagnóstico
Exames Individuais
Exames Solicitados e/ou Avaliados
Enfermagem
Filtrar por
Data Inicial
22/04/2020
Data Final
22/10/2020
Filtrar por
Exames solicitados por mim
Exames solicitados por outro profissional
Exames com resultado
Exames sem resultado
Filtrar por
Requerimento de Exame
Buscar
Adicionar
Solicitado
Avaliado?
Data Avaliação
Exame
Resultado
Avaliar
Visualizar
Excluir
22/10/2020
NÃO
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HB1AC)
NÃO
Após ser avaliado, será exibida a data no qual o exame foi avaliado
Ao clicar em avaliar, é possível registrar a avaliação do exame
Informar Resultado
Exame
Procedimento
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HB1AC)
Data de Solicitação
22/10/2020
Solicitado por:
SIRLENE DE FATIMA DA SILVA DELA TORI
CBO do Profissional
ENFERMEIRO 223505
Resultado
Data de Realização
22/10/2020
Data do Resultado
22/10/2020
Informe a data da realização do exame
Informar a data da avaliação do resultado do exame
Descrição *
descrever o resultado do exame
Na descrição, informar o resultado.
Gravar
Alterar
Cancelar
Risco Cardiovascular
Imprimir FAA
APAC
SISVAN

Imagem 24

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

I – DAS FINALIDADES

Art.1° A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é o órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e é desenvolvedor e executor das ações de controle de infecção hospitalar. A constituição da CCIH segue o disposto na Portaria nº 2616 de 12 de Maio de 1998, do Ministério da Saúde.

Parágrafo 1° As ações de controle de infecção hospitalar referem-se às ações contidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH).

II – DA COMPOSIÇÃO E ESCOLHA DOS MEMBROS

Art. 2° O controle das infecções hospitalares será feito através do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), conforme orientações da CCIRAS.

Art.3° O SCIRAS (membro executor) será composto de 1 (um) enfermeiro com carga horária de 06 (seis) horas diárias e 01 médico com carga horária de 04 (quatro) horas.

Art.4° O (s) membro (s) do SCIRAS será (ão) nomeado (s) pela Direção Administrativa.

Art 5° O mandato dos membros do SCIRAS é indeterminado, uma vez que o serviço possui caráter técnio-científico e se beneficia com a experiência profissional.

Art.6° A CCIRAS (membros consultores) será composta por membros dos seguintes Serviços:

- Representante da Direção Administrativo:
- Representante Direção Técnica Médica:
- Representante da Direção de Enfermagem:
- Representante do Serviço de Farmácia Hospitalar:
- Representante do Serviço de Microbiologia;
- Representante do SCIRAS.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

Art.7° Os membros da CCIRAS serão os profissionais responsáveis pelos Serviços que eles representam, homologados pela Direção Administrativa em Ata de Composição da CCIRAS.
Parágrafo 1° A composição mínima da CCIRAS é de 06 (seis) membros, podendo ser alterada conforme a necessidade do serviço e devidamente registrada em Ata.
Parágrafo 2° O mandato dos representantes da CCIRAS será de 1 (um) ano, podendo haver recondução.
Parágrafo 3° O coordenador da CCIRAS poderá ser qualquer dos membros, nomeado pela Direção Administrativa da unidade.

Art. 8° A Comissão reunir-se-á em caráter ordinário bimestralmente, conforme cronograma estabelecido anualmente.
Parágrafo 1° As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo (a) coordenador (a) da Comissão com no mínimo 24 hs de antecedência.
Parágrafo 2° As ausências deverão ser formalmente comunicadas ao (a) coordenador (a) da Comissão através do e-mail: ccihpamtoledo@gmail.com.
Parágrafo 3° Em caso de ausência definitiva de um dos representantes, deverá haver indicação de um novo representante pela Direção Administrativa, dentro de 30 (trinta) dias.
Parágrafo 4° Em caso de ausência sem justificativa por 3 (três) reuniões consecutivas o Coordenador indicará outro representante da mesma formação profissional.

Art. 9° A atuação dos membros da CCIRAS (membros consultores) é de caráter voluntário, porém imprescindível, não cabendo remuneração pelas atividades.

III DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10° SERÃO ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CCIRAS:

1. Executar nos prazos estabelecidos, as atividades solicitadas/necessárias;
2. Comparecer as reuniões e proferir voto ou parecer e manifestar-se a respeito de assuntos em discussão;
3. Requerer a votação de matéria em regime de urgência;

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

4. Apresentar propostas sobre as questões pertinentes à comissão;
5. Promover capacitação de pessoal no que diz respeito a prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde:
6. Definir diretrizes e protocolos institucionais e operacionais para o controle das infecções hospitalares;
7. Aprovar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;
8. Sugerir prioridades de ações para o controle das infecções hospitalares;
9. Avaliar a efetividade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
10. Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentadas pelo SCIES;
11. Deliberar sobre as normatizações e medidas de prevenção e controle de infecções, elaboradas pelo SCIES;
12. Comunicar regularmente a Secretaria da Saúde e representantes dos Serviços à situação do Controle das Infecções Hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade do PAM;
13. Cumprir, divulgar e promover o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIRAS;
14. Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão Estadual e Municipal de Saúde.
15. Manter notificação ao Serviço de Vigilância Sanitária, casos de surtos (confirmados ou suspeitos), infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados, e outras situações de caráter público.

Art. 11 SERÃO ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DO SCIRAS:

- Elaborar e manter o Programa de Controle de Infecções Hospitalares;
- Implantar e manter um sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares;
- Elaborar e divulgar relatórios periódicos, sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das infecções hospitalares, encaminhando-os à CCIRAS para apreciação e aos serviços envolvidos, quando necessários;

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares;
- Realizar auditorias internas no que diz respeito a prevenção de infecções;
- Planejar e desenvolver Programa de Treinamento de capacitação de recursos humanos nas questões temáticas envolvendo a prevenção e controle das infecções hospitalares necessárias à realidade da instituição;
- Propiciar a elaboração e a implantação de um Programa relacionado ao uso de antimicrobianos, desenvolvido pela Direção Técnica Médica e Serviço de Farmácia;
- Colaborar com o Serviço de Nutrição e Dietética nas questões que envolvem prevenção e controle de infecções, cuja propagação se faça por vias alimentares;
- Notificar aos órgãos competentes, os casos de doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no PAM, por meio de medidas de precaução e isolamento.
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção de infecções;

Art. 12° ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO EXECUTOR:

1. Realizar a Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, através do método de busca ativa;
2. Divulgar Relatório Mensal de infecções de infecções hospitalares aos diversos setores / serviços;
3. Realizar investigação de surtos;
4. Realizar treinamentos para as equipes no que diz respeito a prevenção de infecções e prevenção de acidentes com material biológico;
5. Recomendar a coleta de amostras laboratoriais para estudo microbiológico (cultura+antibiograma);

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

6. Realizar auditoria dos diversos setores e serviços buscando a detecção de irregularidades em relação à prevenção e controle de infecções;
7. Supervisionar rotinas de Isolamento;
8. Recomendar e suspender isolamento para pacientes atendidos no PAM, de acordo com normas de isolamento padronizadas pela CCIRAS;
9. Fornecer junto com os demais membros da CCIRAS/SCIRAS, parecer técnico quanto á aquisição de materiais e equipamentos, bem como, quanto às reformas de instalações prediais;
10. Participar na elaboração de normas para prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência a saúde;
11. Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto a procedimento de limpeza e desinfecção de materiais e superfícies.
12. Buscar atualização na área de controle de infecções hospitalares, participando de eventos científicos na área.
13. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 13º ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO EXECUTOR:

1. Proceder à investigação epidemiológica em controle de infecção hospitalar;
2. Supervisionar e revisar os casos levantados através de investigação epidemiológica para proceder à notificação real das infecções hospitalares;
3. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitos de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIRAS/SCIRAS;
4. Orientar condutas em casos de isolamento;
5. Assessorar o corpo clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;
6. Rever e normatizar aspectos de prevenção e controle de infecção relacionada a procedimentos invasivos, em conjunto com a CCIRAS;
7. Elaborar e desenvolver pesquisas em controle de infecção hospitalar;
8. Buscar atualizações nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;
9. Assessorar médicos e outros profissionais em condutas ligadas à infectologia, baseado em exames, culturas e antibiogramas;

10. Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIRAS;
11. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 14º ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO:

1. Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custo e frequência de uso de antimicrobianos;
2. Elaborar em conjunto com o médico da CCIRAS e outras especialidades médicas, protocolos para consumo de antimicrobianos profiláticos e terapêuticos;
3. Rever periodicamente a padronização de consumo de antimicrobianos em conjunto com a CCIRAS;
4. Atualizar-se em relação ao uso de germicidas e antimicrobianos, solicitando à CCIRAS revisão das normas e rotinas quando necessário;
5. Participara da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
6. Participar da padronização, formulação e preparo das soluções germicidas, bem como uso e controle interno da qualidade destes produtos, entre outros;
7. Implantar Central de Diluição quando necessário;
8. Participar das reuniões da Comissão de Padronização de Materiais/Germicidas/Equipamentos e Medicamentos Médico-Hospitalares;
9. Fornecer informações a respeito das questões farmacêuticas no controle das infecções;
10. Participar das investigações epidemiológicas de surtos ou suspeitos de surtos;
11. Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 15º ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR:

1. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIRAS, especificamente;
2. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;
3. Promover a convocação formal das reuniões;
4. Representar a CCIRAS em suas relações internas e externas;
5. Tomar parte nas discussões e quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

6. Indicar os membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;
7. Promover a interação do SCIRAS com a equipe multiprofissional da instituição;

Art. 16° DA ADMINISTRAÇÃO

1. Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIRAS;
2. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIRAS;
3. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/ Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
4. Informar o órgão oficial municipal quanto à composição da CCIRAS e às alterações que venham a ocorrer;
5. Apoiar ações de controle, com vistas a prevenção e controle de infecção relacionada a assistência a saúde;
6. Promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos, garantir a higienização e desinfeção semestral das caixas d'água da instituição;
7. Garantir politicas de controle de acesso nas dependências da unidade de assistência a saúde;
8. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

Art. 17° DO SERVIÇO DE MICROBIOLOGIA

1. Fornecer relatório com o perfil de bactérias da Unidade e sua resistência microbiana;
2. Auxiliar em elaboração de procedimento operacional padrão, quando solicitado;
3. Informar e discutir com a equipe o processamento dos resultados de culturas;
4. Auxiliar na educação continuada com a equipe do PAM quando solicitado;
5. Participar das reuniões periódicas da CCIRAS.

IV – DO FUNCIONAMENTO

Art. 18° A CCIRAS será dirigida por um Coordenador, podendo ser substituído por um dos membros do SCIRAS temporariamente quando necessário.

Art. 19° As reuniões ocorrerão com frequência bimestral, conforme calendário que deverá ser aprovado em reunião e registrado em ata.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (CCIRAS)

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 20° Os membros da CCIRAS, cuja função não foi evidenciada de maneira exclusiva, deverão cumprir as atividades pontuadas como atividades inerentes à CCIRAS e conforme estipulado pelo (a) coordenador (a) da Comissão.

Art. 21° A comissão deverá reunir-se ordinariamente e extraordinariamente quando necessário, com datas definidas em reunião;

Art.22° Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelos presentes.

Art.23° Este regimento interno entrará em vigor na data de sua aprovação e assinatura.

Juliana V. Lima
Diretora da Rede de Urgências e Emergências
Portaria Nº 332 de 17/06/21

Juliana Ventura Lima

Diretora do Departamento da Rede de Atenção as Urgências e Emergências

Toledo, Agosto de 2021.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DA DENGUE

PROTOCOLO Nº 3

2ª EDIÇÃO

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIAGNÓSTICO E MANEJO DA DENGUE

PROTOCOLO Nº 1

2ª EDIÇÃO

TOLEDO, MARÇO DE 2024.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Prefeito

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Vice-Prefeito

Ademar Dorfschmidt

Secretária de Saúde

Gabriela Kuscharski

Autores

Fernanda Bitencourtt - Enfermeira

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Tatiane Veiga Rodrigues - Enfermeira

Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

Revisores

Alcione Correia de Lima Basetti

Juliana Beux Konno

Marcos Fernando Soares

Mayara Bolson Salamanca

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 3
2. JUSTIFICATIVA.....4
3. OBJETIVO GERAL 4
4. EQUIPE RESPONSÁVEL 4
5. POPULAÇÃO ALVO.....4
6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO 5
7. DEFINIÇÃO DE CASO.....5
8. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE 8
9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 9
10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTAS.....11
11. HIDRATAÇÃO ORAL.....14
12. PROVA DO LAÇO 15
13. EXAMES LABORATORIAIS.....16
14. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....17
15. MONITORAMENTO DOS CASOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 19
16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 21

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

1. INTRODUÇÃO

A partir de 2014 o Brasil passou a utilizar a nova classificação de dengue. Esta abordagem enfatiza que a dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Isso significa que a doença pode evoluir para remissão dos sintomas, ou pode agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e que os óbitos não ocorram. A maior parte dos casos graves ocorre pelo extravasamento plasmático, portanto, a observação cuidadosa e o uso racional de líquidos intravenosos são essenciais; a ressuscitação do choque só é requerida em uma pequena parte dos casos.

Outras manifestações clínicas indicam gravidade, tais como hemorragias graves e comprometimento grave de órgãos. No entanto, antes que ocorra o agravamento da dengue, alguns sinais de alarme podem surgir, por meio destes sinais se tem conseguido identificar os pacientes que podem evoluir para uma forma grave da doença, com a intenção de prevenir gravidade e reduzir a mortalidade por dengue. Outra medida importante para evitar a ocorrência do óbito por dengue está na organização dos serviços de saúde, especialmente em situação de epidemia.

A implantação do acolhimento com classificação de risco é de vital importância para que o correto estadiamento ofereça tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves. Estas diretrizes também proporcionam melhor estratificação da gravidade do paciente, tendo em conta as manifestações clínicas mais comuns desta doença (extravasamento de plasma, choque inicial e tardio, hemorragias significativas) e outras manifestações que anteriormente eram consideradas incomuns (alterações no sistema nervoso central, comprometimento de outros órgãos).

A dengue é endêmica no Brasil, com a ocorrência de casos durante o ano todo e tem um padrão sazonal, coincidente com períodos quentes e chuvosos, quando são observados o aumento do número de casos e um risco maior para epidemias.

Com base na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, ficou estabelecido que os **enfermeiros podem realizar a consulta de enfermagem, prescrever e administrar medicamentos de acordo com os protocolos pactuados e aprovados em programas de saúde pública.** As orientações sobre o

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

ato de prescrever medicamentos ou solicitar exames laboratoriais foram divulgadas na Resolução COFEN 317/2007 (COFEN, 2007), devendo ser realizado mediante a elaboração efetiva da sistematização da assistência de enfermagem prevista na Resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009).

Para os tratamentos, a base será o Protocolo Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança do Ministério da Saúde (2016) e os manuais atualizados do Ministério da Saúde sobre a temática dengue.

2. JUSTIFICATIVA

A dengue representa um dos maiores desafios da saúde pública nacional, no que diz respeito ao enfrentamento e controle do agravo. A detecção de casos suspeitos em tempo hábil e resposta rápida e apropriada de todos os envolvidos são necessárias para minimizar o risco de epidemia no município.

Com o intuito de preparar e auxiliar as ações a nível local, de modo a atender situações de emergência relacionadas a circulação Dengue, deve-se acompanhar sistematicamente a evolução da incidência de casos e índices de infestação vetorial, organizar os serviços de saúde visando a prevenção de epidemias como também a redução de letalidade dos casos positivos.

3. OBJETIVO GERAL

Fornecer subsídios legais e técnicos aos profissionais enfermeiros(as) no diagnóstico e manejo da Dengue em adultos e crianças;

Padronizar o fluxo de atendimento na rede de atenção em saúde municipal para intervir precocemente diante dos casos suspeitos, evitando disseminação da doença, complicações e óbitos.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toledo-PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde atendidos nas unidades de saúde do município de Toledo-PR, com sinais ou sintomas suspeitos de Dengue.

6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO

Demanda espontânea em qualquer serviço de saúde da rede.

7. DEFINIÇÃO DE CASO

A dengue caracteriza-se por uma série de sintomas inespecíficos os quais em muitas vezes são confundidos com outros quadros virais comuns, devendo o(a) profissional enfermeiro(a) estar atento aos critérios clínicos-epidemiológico de inserção e descarte desta patologia.

A infecção pelo vírus dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. Três fases clínicas podem ocorrer: febril, crítica e de recuperação.

CASO SUSPEITO: paciente com febre aguda, com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retro-orbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema, leucopenia, petéquia ou prova do laço positiva. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de Dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti*.

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial: dengue versus zika versus chikungunya

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	Febre alta (>38°C)	Sem febre ou febre baixa (≤38°C)	Febre alta (>38°C)
Febre (duração)	2-7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge do 1º ao 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia
Mialgia	+++	++	++

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

(frequência)			
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema articuar (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema articular (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Rara	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfoadenomegalia	+	+++	++
Discreta hemorragia	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Incomum
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016), adaptado.

7.1 Sinais de alarme

Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e continua, vômitos persistentes, hipotensão postural e /ou lipotimia, Hepatomegalia >2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosas, letargia e/ou irritabilidade, diminuição de diurese, aumento repentino do hematócrito, queda abrupta de plaquetas, desconforto respiratório, hipotermia, hemorragia importante.

7.2 Dengue grave

Caso suspeito de dengue hemorrágico (FHD) é todo caso suspeito de dengue clássico que apresente também manifestações hemorrágicas variando desde a prova de laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

outros. A ocorrência de manifestações hemorrágicas variando desde sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva a suspeita de síndrome de choque.

O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração. Pode levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas ou à sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada.

7.3 Aspectos clínicos na criança

A dengue na criança pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos os critérios epidemiológicos ajudam o diagnóstico clínico.

Nos menores de 2 anos de idade os sinais e os sintomas de dor podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária.

O início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento, em geral, é mais súbito do que ocorre no adulto, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

7.4 Aspectos clínicos na gestante

Gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue. As gestantes necessitam de vigilância, independente da gravidade, devendo o profissional estar atento aos riscos para mãe e o feto. Os riscos para mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramentos (tanto no abortamento quanto no parto e pós-parto) de origem obstétrica, abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro quando for no último trimestre e incidência de baixo peso ao nascer nos bebês.

Se a gestante apresentar sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto a presença de febre ou histórico de febre nos últimos sete dias.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual àquele prescrito aos demais pacientes, de acordo com o estadiamento clínico. Durante a reposição volêmica, deve-se ter cuidado para evitar a hiper-hidratação.

A realização de exames complementares deve seguir a mesma orientação para os demais pacientes. O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclampsia, síndrome de HELPP e sepse, que não só podem mimetizar seu quadro clinico, como também estarem presentes de forma concomitante.

8. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

8.1 Anamnese

- Investigar a presença de febre – referida ou aferida –, incluindo o dia anterior à consulta.
- Investigar a presença de sinais de alarme.
- Verificar a presença de alterações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, entre outras.
- Verificar alterações do estado da consciência, como irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimia, tontura, convulsão e vertigem.
- Em relação à diurese, indagar a respeito da frequência nas últimas 24 horas, do volume e da hora da última micção.
- Pesquisar se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, assim como história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas).
- Condições preexistentes: lactentes (<24 meses), adultos >65 anos, gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras.

8.2 Exame Físico Geral

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

O exame físico deve ser realizado com revisão minuciosa de todos os segmentos e regiões corporais, de forma sistematizada, no sentido céfalocaudal, utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.

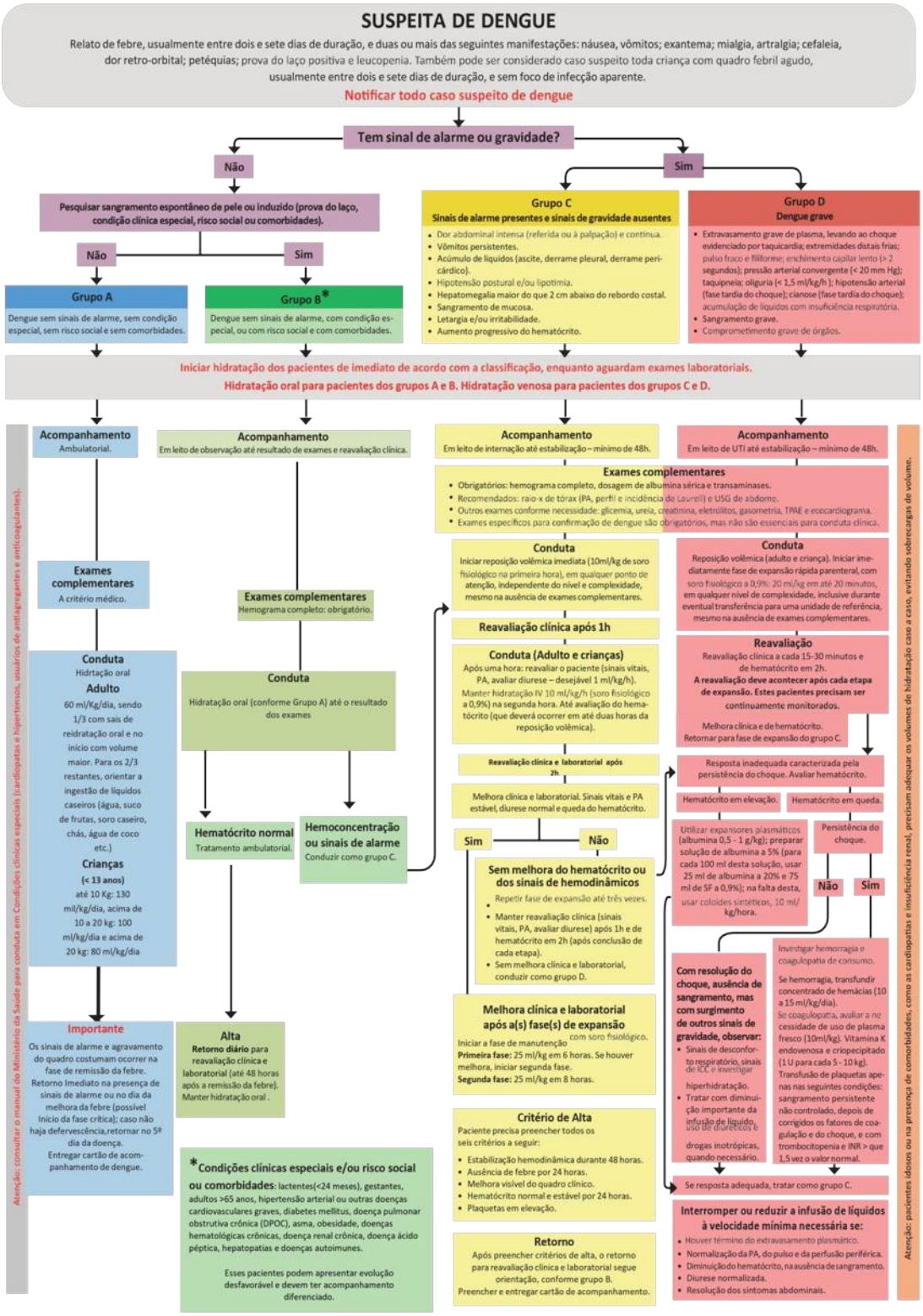
- Valorizar e registrar todos os sinais vitais e avaliar hipotensão postural através da verificação da pressão arterial sentado e em pé.
- Avaliar o estado de consciência com a escala de Glasgow.
- Verificar o estado de hidratação.
- Verificar o estado hemodinâmico por meio do pulso e da pressão arterial (determinar a PAM e a pressão de pulso ou pressão diferencial e o enchimento capilar).
- Investigar a presença de efusão pleural, taquipneia, respiração de Kussmaul.
- Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite e hepatomegalia.
- Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman (mar vermelho com ilhas brancas).
- Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas, como a prova do laço, sendo esta frequentemente negativa em caso de obesidade e durante o choque.

9. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco do paciente com dengue visa reduzir o tempo de espera no serviço de saúde. O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do reestadiamento dos casos (dinâmico e contínuo) e da pronta reposição volêmica. Segue em anexo o fluxograma de classificação de risco da dengue de acordo com a atualização do Ministério da Saúde 2024.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

FLUXOGRAMA 1 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA DENGUE



Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTAS

10.1 Grupo A

<table>
<tr><td colspan="2">Febre com duração máxima de sete dias e, pelo menos, dois dos seguintes sintomas inespecíficos:
Cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia, prostração, dor retro-orbitária.
Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes, assim como a diarreia que cursa de três a quatro evacuações por dia, cursando com fezes pastosas.
Em lactantes, sonolência, irritabilidade e choro persistente podem caracterizar sintomas como cefaleia e algias.</td></tr>
<tr><td>✓ Ausência de sangramentos
Ausência de sinais de alarme
✓ Ausência de sinais de choque
✓ Sem fatores de risco
✓ Prova do laço Negativa

Atenção Primária à Saúde</td><td>Anamnese e exame físico
Investigar sinal de alarme e comorbidades
Prescrever hidratação via oral.
Prescrever (Paracetamol e ou dipirona), se necessário.
Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides.
Orientar o paciente a não se automedicar.
Orientar pacientes/familiares e ou cuidadores sobre os sinais de alarme, principalmente no primeiro dia sem febre.
Orientar o mesmo a procurar o serviço de saúde em casos de sangramentos ou surgimento dos sinais de alarme.
Orientar tratamento em domicílio e repouso.
Preencher e entregar o Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue, se possível ir na unidade diariamente fazer o acompanhamento caso não seja possível procurar o atendimento no primeiro dia sem febre.
Caso não ocorra a diminuição/desaparecimento da febre solicitar que o paciente procure atendimento no quinto dia.
Orientar sobre a limpeza domiciliar de criadouros de Aedes Aegypti.
Preencher a ficha de notificação individual dos casos e encaminhar para Vigilância Epidemiológica imediatamente.
Reforçar o uso de repelentes em pacientes sintomáticos de dengue, pois na viremia podem ser</td></tr>
</table>

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

	fonte do vírus para mosquito e contribuir com a transmissão. • Solicitar visita domiciliar ao ACS para acompanhamento e orientações dos pacientes e familiares.

10.2 Grupo B

• Caso suspeito • Prova do laço positiva • Sangramento espontâneo de pele (petéqueias) ou induzido	
✓ Com fatores de risco ✓ Ausência de sinais de alarme ✓ Ausência de sinais de choque **Atenção Primária à Saúde ou encaminhamento se necessário para PAM/UPA**	• Anamnese e exame físico. • Investigar sinais de alarme e comorbidades • Prescrever hidratação via oral conforme grupo A. • Prescrever (Paracetamol e ou dipirona), se necessário. • Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides e corticosteroides. • Orientar o paciente a não se automedicar. • Pacientes classificados como B e estiver estável, a hidratação e observação poderá ser realizada na unidade de saúde e encaminhar para a unidade de pronto atendimento se houver complicações. • Todas as UBS devem **obrigatoriamente** solicitar hemograma completo e agendar conforme organização dos laboratórios com prioridade de realização do exame no mesmo dia e retorno para verificação do resultado final do dia de acordo com o fechamento das UBS ou no dia seguinte. • Após hidratação, avaliação e alta médica o paciente poderá realizar o tratamento no domicílio e deve ser orientado para retornar diariamente à unidade de saúde com o **Cartão de Acompanhamento do Paciente Suspeita de Dengue.** • Preencher a ficha de notificação individual dos casos e encaminhar para Vigilância Epidemiológica imediatamente • Reforçar o uso de repelentes em pacientes sintomáticos de dengue, pois na viremia podem ser fonte do vírus para mosquito e contribuir com a transmissão.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

	• Retornar imediatamente para avaliação clínica (exame físico) em caso de aparecimento de sinais de alarme. • Solicitar visita domiciliar ao ACS para acompanhamento e orientações dos pacientes e familiares. • Pacientes classificados como B que necessitem de atendimento de pronto atendimento, devem ser encaminhados conforme divisão de territórios, Upa e PAM. • Encaminhamento para consulta médica na UBS se necessário.

10.3 Grupo C

Presença de algum sinal de alarme: dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); hipotensão postural e/ou lipotímia; hepatomegalia >2 cm abaixo do rebordo costal; sangramento de mucosa; letargia e/ou irritabilidade; aumento progressivo do hematócrito.	
Unidades de atendimento terciária de Saúde com leitos de internação e ou UPA/PAM	• Se o paciente comparecer na UBS para o primeiro atendimento, providenciar acesso venoso calibroso e iniciar reposição volêmica. • Atendimento o mais rápido possível na UBS (urgência-amarelo) • Encaminhar para PAM/UPA via SAMU.

10.4 Grupo D

Sinais de choque: taquicardia, extremidades distais frias, pulso fraco filiforme, enchimento capilar lento (>2 segundos), pressão arterial convergente (<20 mmHg), taquipneia, oliguria (<1,5 ml/kg/h, hipotensão arterial (fase tardia do choque), Cianose.	
Presença de sinais de choque ✓ Sangramento grave ✓ Disfunção de Órgãos **Unidades de atendimento terciária**	• Se o paciente comparecer na UBS para o primeiro atendimento, providenciar acesso venoso calibroso e iniciar reposição volêmica imediata. • Atendimento imediato na UBS (emergência-vermelho). • Acionar SAMU.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

de Saúde com leitos de unidade de terapia intensiva	

11. HIDRATAÇÃO ORAL

Quadro 1 – Hidratação oral no adulto

A hidratação oral dos pacientes com suspeita de dengue deve ser iniciada ainda na sala de espera enquanto aguardam atendimento. Volume diário da hidratação oral:

Adultos: 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral (SRO) e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.

Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar: 60 ml/kg/dia= 60x70= 4,200ml ingerir nas primeiras 4 a 6 horas, dividas em:

- 1,4 L de líquidos (Soro de reidratação oral);
- 2,8 L de líquidos geral no restante do período.

- Especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido;
- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre;
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente.

Fonte: Ministério da Saúde, 2024

Quadro 2 – Hidratação oral na criança (< 13 anos de idade)

Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e os 2/3 restante através da oferta de água, sucos e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday-Segar, acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

- Crianças até 10 kg: 130 ml/kg/dia

- Crianças de 10 a 20 kg: 100 ml /kg/dia

- Crianças acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia

- Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 deste volume;
- Especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido.
- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre;
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente;
- O aleitamento materno dever ser mantido e estimulado.

Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

12. PROVA DO LAÇO

A prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

1. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula (PAS + PAD)/2;
2. (por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então 100+60=160, 160/2=80; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg).
3. Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.
4. Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele;
5. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças;
6. Registrar no cartão da dengue.

Atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos. Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida. A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

13. EXAMES LABORATORIAIS

Deve-se obrigatoriamente solicitar hemograma para todos os pacientes classificados com dengue tipo B no dia do atendimento. O objetivo é avaliar o hematócrito para identificar a hemoconcentração.

É considerado alterado o hematócrito da pessoa aumentado em mais de 10% acima do valor basal (valor habitual para a pessoa) ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores, sendo considerado critério para encaminhamento ao serviço de referência:

- Crianças: > 38%
- Mulheres: > 44%
- Homens: > 50%

Se o hematócrito for normal, avaliar diariamente o paciente, reclassificar o mesmo se necessário de acordo com a avaliação clinica (exame físico), solicitar exames laboratoriais diários, até as 48 horas após a queda da febre ou imediatamente se houver sinais de alarme. Se hemoconcentração ou surgimento de sinais de alarme conduzir o paciente como grupo C.

A contagem de plaquetas deve ser sempre observada. Usuários(as) com valores inferiores a 100.000 por mm3 devem ser prontamente avaliados pelo médico, bem como a queda abrupta dos valores basais verificados em exames anteriores.

O diagnóstico laboratorial dos pacientes com suspeita de dengue é de grande importância para a Vigilância Epidemiológica, pois pode sinalizar o início de uma epidemia e a circulação e/ou a reintrodução de determinado sorotipo na região.

Solicitar a critério do profissional de saúde, a partir do 6º dia do início dos sintomas sorologia para dengue (pesquisa de anticorpos IgM contra arbovírus (dengue e febre amarela), atentar-se para escrever na guia Dengue – método Elisa.

Gestantes solicitar o exame em qualquer período do inicio dos sintomas da dengue, preferencialmente antes do 5° dia para realização do exame de arbovirose e encaminhar ao LACEN.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Observação: As solicitações e os agendamentos dos exames específicos devem ser orientados conforme situação epidemiológica local.

14. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	PÚBLICO ALVO
Dipirona Sódica	Comprimido	1cp 500mg 6/6 horas	Adultos
	Gotas	20-40 gotas	
Dipirona Sódica	Gotas	*Cálculo da dosagem: 0,6 x Peso = n° gotas 6/6 horas. ***Máximo 40 gotas***	**Crianças**
Paracetamol	Comprimido	1 cp 500 mg 6/6 horas	Adultos
	Gotas	40-55 gotas	
Paracetamol	Gotas	1 gota/kilo 6/6 horas ***Máximo 40 gotas***	**Crianças**

Atenção: Intercalar dipirona e paracetamol se persistência de febre e dor.

ANTIEMÉTICOS SE NECESSÁRIO

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	PÚBLICO ALVO
Ondasetrona	Comprimido	4mg 8/8 horas	Adultos
Metoclopramida	Comprimido	10mg 8/8 horas	Adultos
Bromoprida	Comprimido	10mg 8/8 horas ou 12/12 horas	Adultos

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

ANTIPRURIGINOSO SE NECESSÁRIO

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	PÚBLICO ALVO
Dexclorfeniramina	Comprimido	2mg 6/6 horas	Adultos
Loratadina	Comprimido	10mg 1x/dia **Obs:** não administrar mais que 1cp/dia	Adultos

Atenção: Em caso de persistência dos sintomas encaminhar para avaliação médica.

HIDRATAÇÃO VENOSA

O Enfermeiro poderá prescrever hidratação venosa com Soro Fisiológico 0,9% para pacientes adultos classificados no Grupo B, desde que não tenham comorbidades associadas e que apresentem intolerância a hidratação oral.

Referência para hidratação venosa:

- 1ª e 2ª hora SF 0,9% 10ml/kg.
- 3ª a 8ª hora SF 0,9% 25ml/kg dividido pelas 6h.

Peso	Volume de SF 0,9% na 1º e 2º	Gotejamento	Volume de SF 0,9% nas 6 horas seguintes	Gotejamento
46-50kg	500ml/hr	167 gts/min	1250ml em 6 horas	69 gts/min
51-55kg	550ml/hr	183 gts/min	1375ml em 6 horas	76 gts/min
56-60kg	600ml/hr	200 gts/min	1500ml em 6 horas	83 gts/min
61-65kg	650ml/hr	217 gts/min	1625 ml em 6 horas	90 gts/min
66-70kg	700ml/hr	233 gts/min	1750ml em 6 horas	97 gts/min

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

71-75kg	750ml/hr	250 gts/min	1875ml em 6 horas	104 gts/min
76-80kg	800ml/hr	267 gts/min	2000ml em 6 horas	111 gts/min
81-85kg	850ml/hr	283 gts/min	2125ml em 6 horas	118 gts/min
86-90kg	900ml/hr	300 gts/min	2250ml em 6 horas	125 gts/min
91-95kg	950ml/hr	317 gts/min	2375ml em 6 horas	132 gts min
96-100kg	1000ml/hr	333 gts/min	2500ml em 6 horas	139 gts/min

FONTE: Nota técnica Nº 001/2024-COFEN

15. MONITORAMENTO DOS CASOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Garantir aos pacientes observação e hidratação adequada;
- Realizar notificação no primeiro atendimento;
- Dar seguimento conforme evolução do caso segundo fluxo de atendimento;
- Preencher/atualizar e orientar o paciente a manter em seu poder o cartão de acompanhamento do paciente suspeito de dengue e apresentá-lo nas consultas de retorno;
- Atentar-se que após a fase febril (virêmia) o paciente pode se recuperar ou avançar para a fase crítica.
- O prurido na dengue pode ser extremamente incômodo, mas é autolimitado, durando em torno de 36 a 48 horas. A resposta à terapêutica antipruriginosa usual nem sempre é satisfatória, mas podem ser utilizadas as medidas a seguir: banhos frios, compressas com gelo, pasta d'água, etc.
- A hipovolemia prolongada está associada com a frequência de sangramentos importantes. A reposição volêmica precoce e adequada é um fator determinante para a prevenção de fenômenos hemorrágicos.
- Encaminhar ao laboratório para realização do Hemograma urgente, com a apresentação do resultado no mesmo dia ou dia seguinte, seguido de reavaliação clínica (exame físico) e orientações de sinais de alarme;
- Garantir reavaliação diária até o encerramento do caso;

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

- Garantir a coleta de exames específicos para dengue baseado na data do início dos sintomas;
- Orientar todos os pacientes suspeitos de dengue a procurar reavaliação médica em caso de aparecimento de sinais de alarme;
- Indicar o local de referência para atendimento em caso de aparecimento de sinais de alarme;
- Realizar busca ativa dos pacientes que não retornarem para realização da consulta de retorno no dia agendado (via telefone ou visita domiciliar ACS).

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança** – 6. ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 317/2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012

Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.

Plano de Contingência para Enfrentamento de Epidemias de Dengue, Chikungunya, Zika Vírus e Febre Amarela. Toledo, 2021/2022.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM. **Infecções sexualmente transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue/tuberculose).** Vol.2. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis/ Saúde, 2020.

CONSELHO FEDERERAL DE ENFERMAGEM. Nota Técnica Nº 001/2024. **Competências e Atribuições do Enfermeiro para enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública**. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Nota_Tecnica_COES_001_2024_Dengue_assinado_Eduardo_Fernando_e_Rachel_1.pdf .

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Assinaturas

Documento: 9775/2024 - PROTOCOLO DENGUE ENFERMAGEM atualizando .pdf
Data: 21/03/2024 17:48:19

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57.

Assinatura avançada realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49.

Assinatura avançada realizada por: JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 21/03/2024 17:48:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/03/2024 12:01:57. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIANA BEUX KONNO em 22/03/2024 12:37:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/03/2024 10:14:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: e8fc9f2c-bff2-4d63-ac36-4b4b088f6eed

Prefeitura do Município de Toledo

Secretaria Municipal de Saúde

Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

Comunicação Interna n° 35/2024 Toledo, 01 de julho de 2024.

Ao Corpo Clínico

Prezados,

Considerando que o objetivo do Pronto Atendimento Municipal 24 horas Dr Jorge Milton Nunes é atender o usuário em condições de urgência e emergência;

Considerando a Resolução CFM n° 2.217/2018, que dispõe sobre o Código de Ética Médica, especificamente o Capítulo III, Art. 9°;

Considerando a Resolução CFM n° 2.056/2013, que dispõe sobre Critérios para autorização de funcionamento dos serviços médicos, o Capítulo VII, Art 26, inciso IV;

Considerando a contraposição reputada no relatório de produtividade médica no setor de Ambulatório do PAM Toledo;

Considerando o quantioso número de reclamações recebidas via ouvidoria, via direta à Direção ou via Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere à demora no atendimento aos pacientes, assim como do significativo aumento da espera em determinados períodos do dia, onde nota-se que em alguns momentos não há nenhum médico nos consultórios, sendo passível de denúncias via fotos e filmagens;

Considerando a observação de certa morosidade no atendimento ao paciente no Ambulatório, principalmente nos horários de troca de plantão e refeições, gerando uma considerável lacuna entre um atendimento e outro, concorrendo com as fundamentações que norteiam os serviços de urgência e emergência;

Considerando que o Pronto Atendimento é um serviço de atendimento contínuo e ininterrupto;

Considerando que o atual serviço atende os usuários por fila única e mediante classificação de risco;

A Direção do Pronto Atendimento Municipal – PAM, resolve:

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3378-8680 – (45) 3378-8681 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Inserido por juliana ventura lima em: 01/07/2024 16:58:01. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 01/07/2024 16:58:46. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 02/07/2024 09:23:21. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb16d69b-2996-49fb-850e-2452de87f9d5

- Tornar obrigatória a permanência de, no mínimo, 50 a 60% dos profissionais médicos em atendimento no Ambulatório e Observação, nos horários das refeições, realizando o **revezamento**, com intuito de manter o andamento dos atendimentos e das consultas médicas. Dessa forma, não será mais permitida a ausência de todos os médicos, dos setores de assistência, como o Ambulatório;
- Estabelecer brevidade dos intervalos, levando em consideração as características do serviço e pelo fato de que não há registro no ponto;
- Determinar que os profissionais médicos, assim como os outros servidores, devam estar nos postos de trabalho para prestar atendimento, 15 minutos após o registro de entrada no ponto, favorecendo uma passagem de plantão efetiva;
- Designar que as saídas antecipadas devem ser comunicadas antecipadamente à Direção Técnica;
- Definir que em casos de atrasos, o médico que entregará o plantão, não poderá se ausentar até a chegada do colega e deverá avisar o Diretor Técnico;
- Orientar a cautela no que diz respeito ao uso de celulares e outras atividades particulares dentro dos consultórios, visto que a Direção recebe várias denúncias associando a demora do atendimento a esse tipo de atividades adotadas pelos profissionais;
- E por fim, orientar aos profissionais médicos que considerem um avanço na média de atendimento no serviço de Ambulatório, com intuito de reduzir o tempo de espera e consequentemente o número de reclamações.

Contando com a colaboração de todos, desde já agradecemos.

(assinado digitalmente)
Juliana Ventura Lima
Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo
Portaria nº 322, de 17 de Junho de 2021

(assinado digitalmente)
Júlio Cesar Fabris
Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergência.
Portaria nº 51, de 18 de Janeiro de 2021

Inserido por juliana ventura lima em: 01/07/2024 16:58:01. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 01/07/2024 16:58:46. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 02/07/2024 09:23:21. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb16d69b-2996-49fb-850e-2452de87f9d5

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

Secretaria da Saúde

Departamento de Odontologia

REGISTRO DAS ATIVIDADES DO PSE

TOLEDO

2023

1- INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 e consiste em uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, envolvendo os profissionais odontólogos, enfermeiros, médicos, ASB, TSB, ACS e técnico em enfermagem.

O objetivo geral das atividades realizadas pelas equipes de saúde bucal (ESB) no município de Toledo é desenvolver ações de promoção da saúde bucal e prevenção de agravos, preconizadas no Programa Saúde na Escola através da parceria interinstitucional entre a Secretaria da Saúde e Secretaria da Educação.

Após a realização das atividades do PSE, as equipes ESB devem realizar o registro das atividades no sistema SIGSS. O registro das atividades deve ser realizado individualmente (nominal para cada participante) e coletivo até o último dia útil do mês.

2- REGISTRO DAS ATIVIDADES DO PSE E DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS INDIVIDUAIS/COLETIVOS

Para o registro das atividades do PSE é necessário a lista nominal dos escolares que participaram da atividade. Para facilitar o registro, a equipe ESB pode solicitar uma lista nominal dos escolares de cada turma com a data de nascimento.

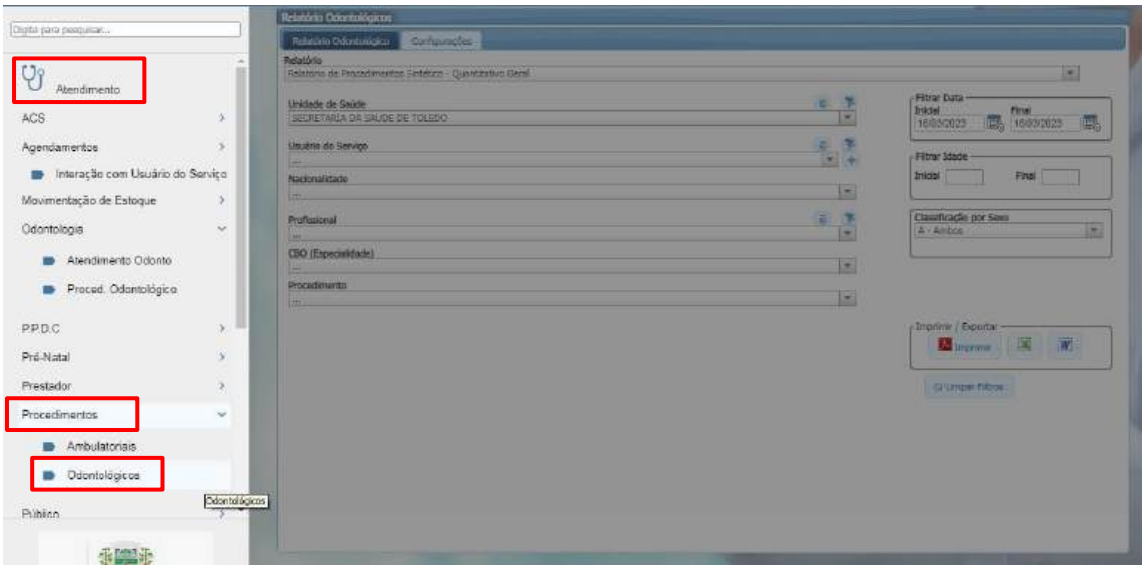
2.1- Registro individual das atividades

Este registro deverá ser realizado preferencialmente pelos profissionais TSB/ASB que realizarem atividades individuais nos escovódromos das UBS. As atividades registradas para cada participante podem ser:

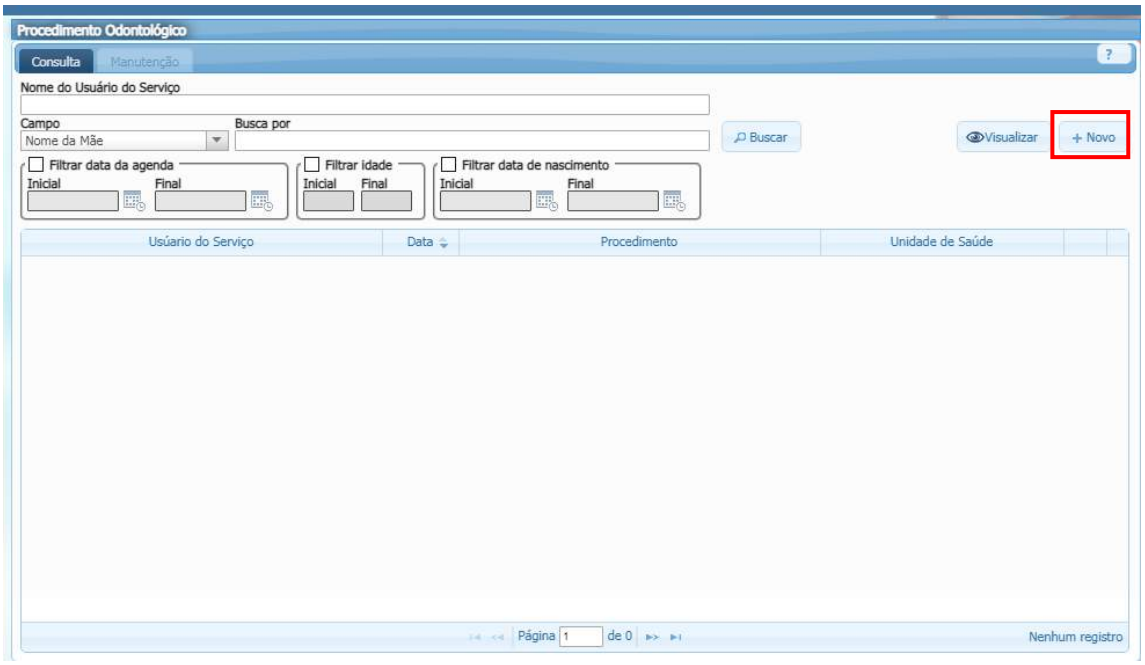
a. Fornecimento de creme dental;
b. Fornecimento de escova dental;
c. Fornecimento de fio dental;
d. Ação coletiva de escovação dental supervisionada
e. Evidenciação de placa bacteriana
f. Ação coletiva de bochecho fluorado
g. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel

O passo a passo para o registro individual:

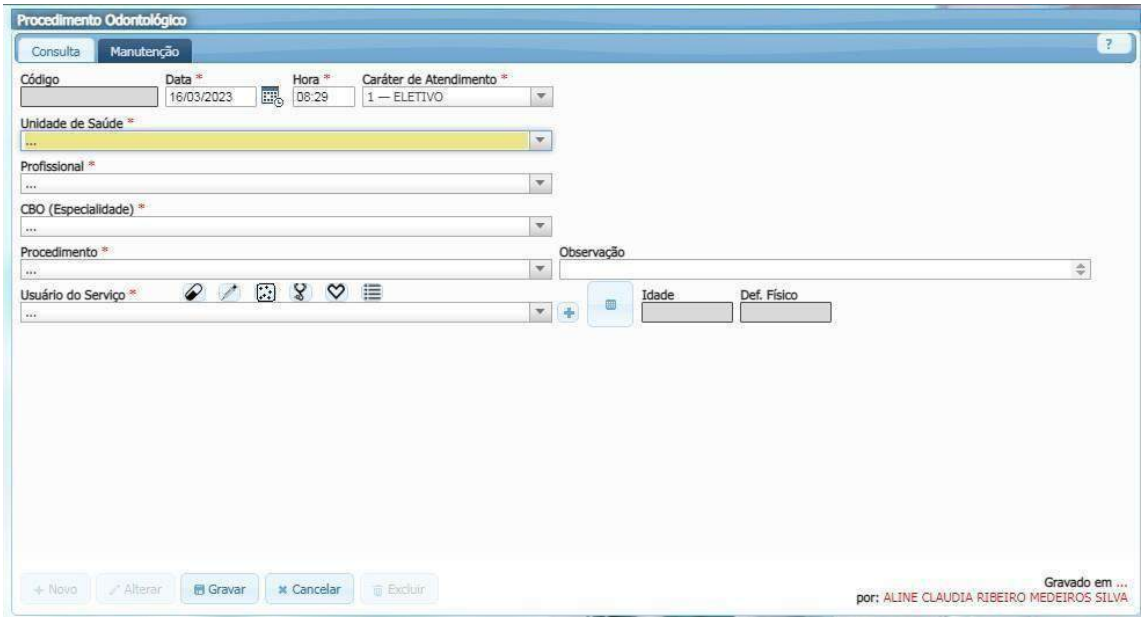
Atendimento → **Procedimentos** → **Odontológicos**

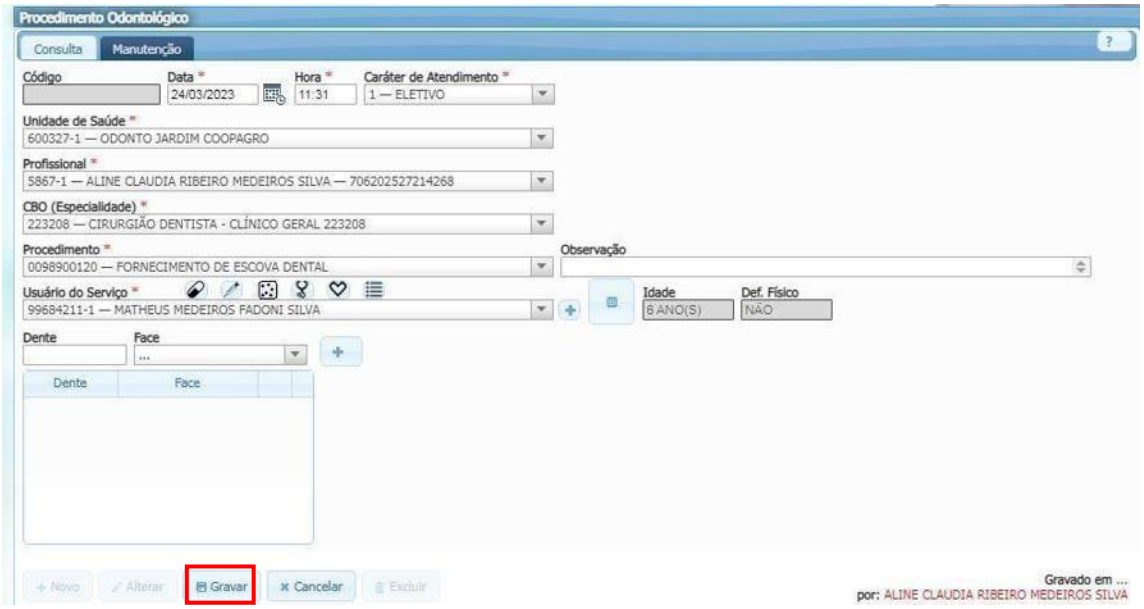


Novo



Preencher os dados para cada participante





GRAVAR

REPETIR A SEQUÊNCIA PARA CADA ITEM ENTREGUE

2.2- Registro das atividades coletivas e das atividades do PSE (E-SUS)

De acordo com as atividades realizadas pela equipe ESB, as atividades devem ser registradas como procedimentos coletivos no Sigss (PAS) e registro de atividades coletivas - PSE (ficha do PSE E-SUS/MS).

Procedimentos coletivos registrados podem ser:

a. Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica;
b. Ação coletiva de escovação dental supervisionada;
c. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel;
d. Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica;
e. Ação coletiva de bochecho fluorado;
f. Evidenciação de placa
g. Fornecimento de escova dental
h. Fornecimento de fio dental
i. Fornecimento de creme dental
j. Ação coletiva de prevenção de câncer bucal

Para padronizar os registros das atividades coletivas (PAS):

Nas observações escrever:

Foi realizado na data_____, local_____, Turma_____,

Turno_____, Ação_____.

Exemplo :
Foi realizado no dia 20/08/2023, na Escola Municipal André Zenere, com a Turma: INFANTIL 4 A, no turno: MATUTINO, Palestra e orientação de higiene oral completa com auxílio de vídeo ilustrativo.

OBS.: Para cada tela aberta com estes procedimentos coletivos, deve-se fazer uma ficha do PSE.

a. Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Básica

Descrição:

CONSISTE NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS, EM GRUPO, SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, DESENVOLVIDAS NA UNIDADE OU NA COMUNIDADE. RECOMENDA-SE ***O MÍNIMO DE 10 (DEZ)*** *PARTICIPANTES,COM DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS.DEVE-SE REGISTRAR O NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS POR MÊS.*

Idade Mínima: Não se aplica

Idade Máxima: Não se aplica

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Atividade educativa/ orientação em grupo na Atenção Básica. Preencher os dados e na observação escrever

informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa entre outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar “Saúde”
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 04- Educação em saúde***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11 - saúde bucal
11- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
12- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
13- Fechar tela da ficha do PSE
14- Gravar a tela do procedimento coletivo

b. Ação coletiva de escovação dental supervisionada

Descrição

ESCOVAÇÃO DENTAL COM OU SEM EVIDENCIAÇÃO DE PLACAS BACTERIANAS. REALIZADA COM GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. AÇÃO REGISTRADA POR USUÁRIO POR USUÁRIO PARTICIPANTE DA AÇÃO.

Idade Mínima: 3 anos

Idade Máxima: 130 anos

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Ação coletiva de escovação dental supervisionada. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, tipo de atividade educativa e outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar “Saúde”
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 02- Escovação dental Supervisionada
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

c. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor Gel

Descrição

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR EM GEL COM CONCENTRAÇÃO DE 1,23 , REALIZADA SISTEMATICAMENTE POR GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, UTILIZANDO-SE ESCOVA DENTAL, MOLDEIRA, PINCELAMENTO OU OUTRAS FORMAS DE APLICAÇÃO. AÇÃO REGISTRADA POR PESSOA POR MÊS.

Idade Mínima: 4 anos
Idade Máxima: 130 anos

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Ação coletiva de aplicação tópica de flúor Gel. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa e outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 02- Aplicação Tópica de Flúor
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

d. Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica

Descrição

COMPREENDE A AVALIAÇÃO DE ESTRUTURAS DA CAVIDADE BUCAL, COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS, EM ESTUDOS DE PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E OUTROS, COM O OBJETIVO DE ELABORAR PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E/OU AVALIAR O IMPACTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, SUBSIDIANDO O PLANEJAMENTO.

Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa e outros).

2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 14- Outro Procedimento: Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item "avaliação alterada"
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

e. Ação coletiva de bochecho fluorado

Descrição

BOCHECHO DE SOLUÇÃO FLUORETADA, REALIZADO SISTEMATICAMENTE POR GRUPOS POPULACIONAIS SOB ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DE UM OU MAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PODENDO TER PERIODICIDADE SEMANAL, CASO A SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO TENHA A CONCENTRAÇÃO DE 0,2 , OU DIARIAMENTE, CASO A CONCENTRAÇÃO SEJA DE 0,05. AÇÃO REGISTRADA POR USUÁRIO PARTICIPANTE POR MÊS, INDEPENDENTE DA FREQUÊNCIA COM QUE É REALIZADA (DIÁRIA OU SEMANAL) OU DA FREQUÊNCIA COM QUE O USUÁRIO PARTICIPOU DA AÇÃO.

Idade Mínima: 7 anos
Idade Máxima: 130 anos

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção: Ação coletiva de bochecho fluorado. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, tipo de atividade educativa e outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 14- Outro Procedimento: Ação coletiva de bochecho fluorado
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações

alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

f. Evidenciação de Placa Bacteriana

Descrição

UTILIZAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS CORANTES COM A FINALIDADE DE EVIDENCIAR A PLACA BACTERIANA.

Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos

1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Evidenciação de Placa Bacteriana. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa e outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 14- Outro Procedimento: Evidenciação de placa Bacteriana
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

g. Fornecimento de Escova Dental, Fio Dental, Creme Dental

1-Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Fornecimento de Escova Dental/ Fornecimento de Fio Dental/ Fornecimento de Creme Dental. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa e outros).
2-Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3-Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4-Local da atividade: não preencher
5-Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde
6-Estabelecimento: não selecionar
7-Preencher INEP da Escola
8-Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***

9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 14- Outro Procedimento: Fornceimento de Escova Dental/ Fornecimento de Fio Dental/ Fornecimento de Creme Dental
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

h. Ação coletiva de prevenção de câncer bucal

Descrição

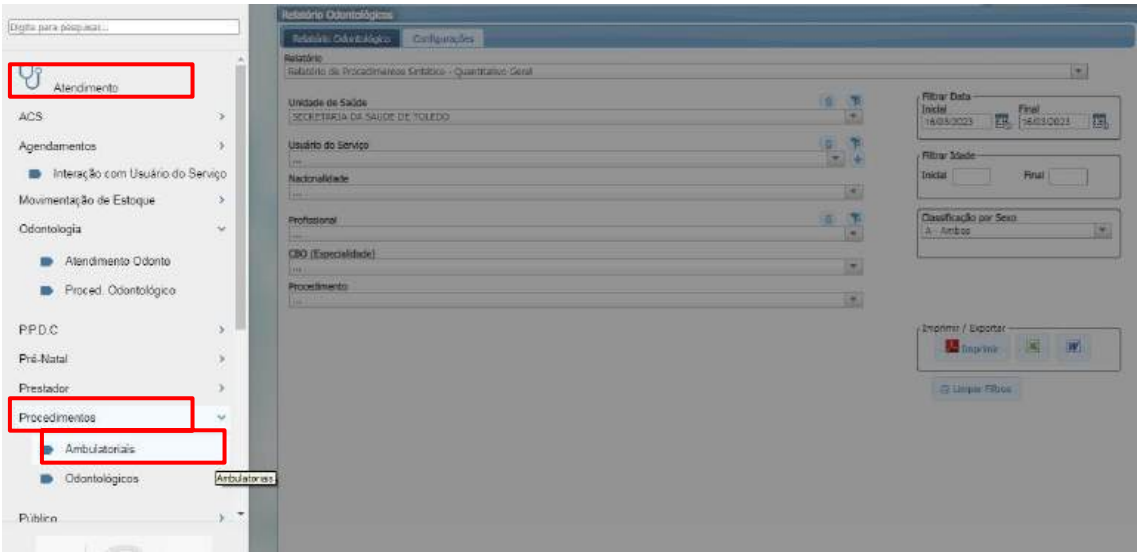
CONSISTE EM ATIVIDADES COLETIVAS COM A FINALIDADE DE ELUCIDAR A POPULAÇÃO SOBRE OS PRINCIPAIS SINTOMAS, CAUSAS E OUTROS FATORES LIGADOS AO CÂNCER DE BOCA PARA GRUPOS POPULACIONAIS, PROMOVENDO SAÚDE E PREVENINDO ESSA NEOPLASIA. GRUPOS ENTRE 5 E 20 PESSOAS.

Idade Mínima: 10 anos
Idade Máxima: 130 anos

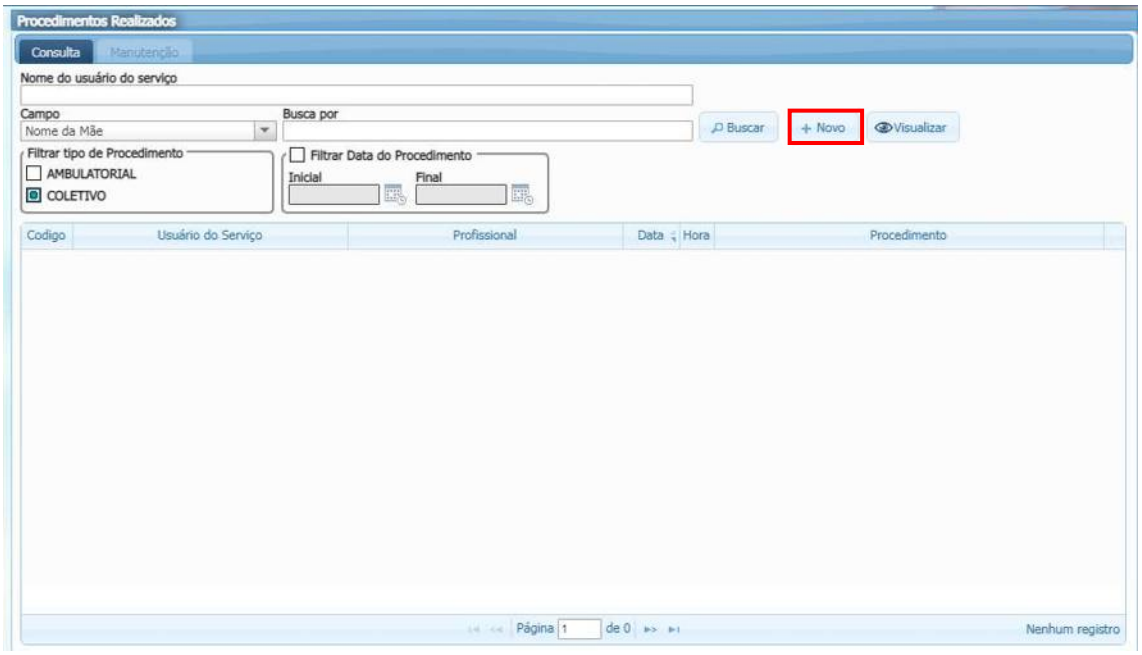
1- Selecionar na tela do procedimento coletivo a opção Ação coletiva de prevenção de câncer bucal. Preencher os dados e na observação escrever informações importantes sobre a atividade (Data, Local, Público/Turma, Turno, Tipo de atividade educativa e outros).
2- Clicar no desenho da tela para acessar a ficha do PSE.
3- Preencher dados: data, turno, número de participantes, profissionais.
4- Local da atividade: não preencher
5- Item Programa Saúde na Escola: selecionar Saúde6
6- Estabelecimento: não selecionar
7- Preencher INEP da Escola
8- Atividade realizada: ***item 06- Avaliação/procedimento coletivo***
9- Público alvo: idade
10- Temas: item 11- saúde bucal
11- Prática em saúde: item 14- Outro Procedimento: Evidenciação de placa Bacteriana
12- Usuários participantes: colocar o nome de todos os participantes e nas avaliações alteradas clicar no item “avaliação alterada”
13- Gravar as informações após inclusão de todos os participantes
14- Fechar tela da ficha do PSE
15- Gravar a tela do procedimento coletivo

O passo a passo para o registro dos procedimentos coletivos:

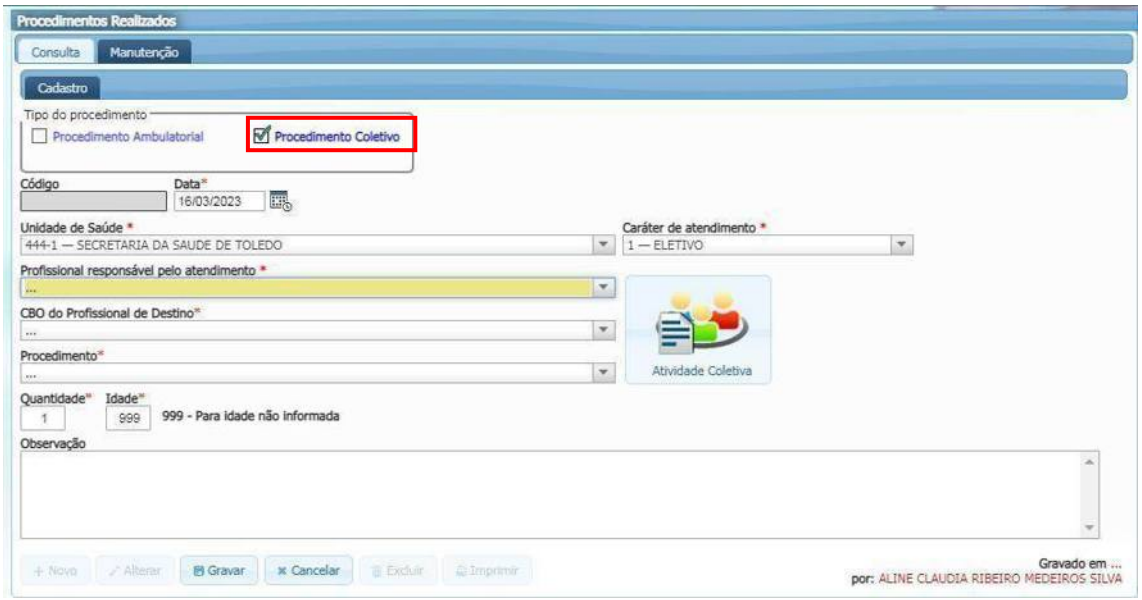
Atendimento → **Procedimentos** → **Ambulatoriais**



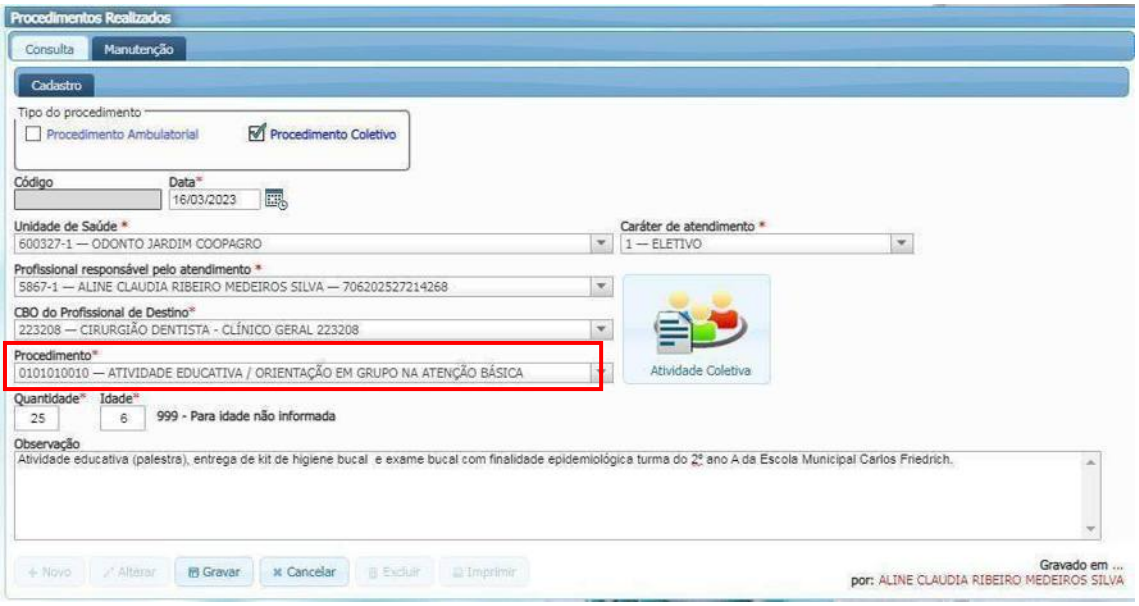
Novo



Procedimento Coletivo

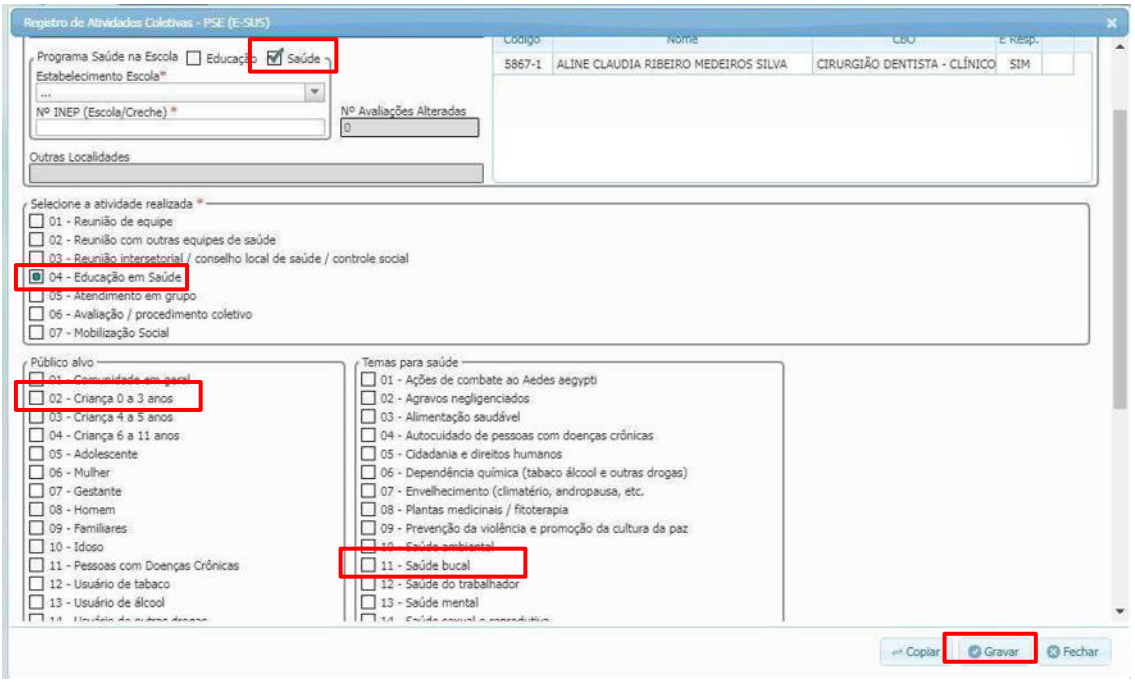


Preencher os dados de acordo com atividades realizadas pela equipe



Clicar na Imagem de Atividade Coletiva e preencher a ficha PSE





Após preencher todos os dados da ficha do PSE → Clicar em GRAVAR

Fechar a ficha PSE

GRAVAR a tela do procedimento coletivo



Para as atividades: Ação coletiva de escovação dental supervisionada, Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e Evidenciação de Placa Bacteriana, no tópico “atividade realizada” ao selecionar o item “avaliação/procedimento coletivo” aparecerá uma terceira coluna com a opção de prática em saúde. Segue exemplo abaixo:

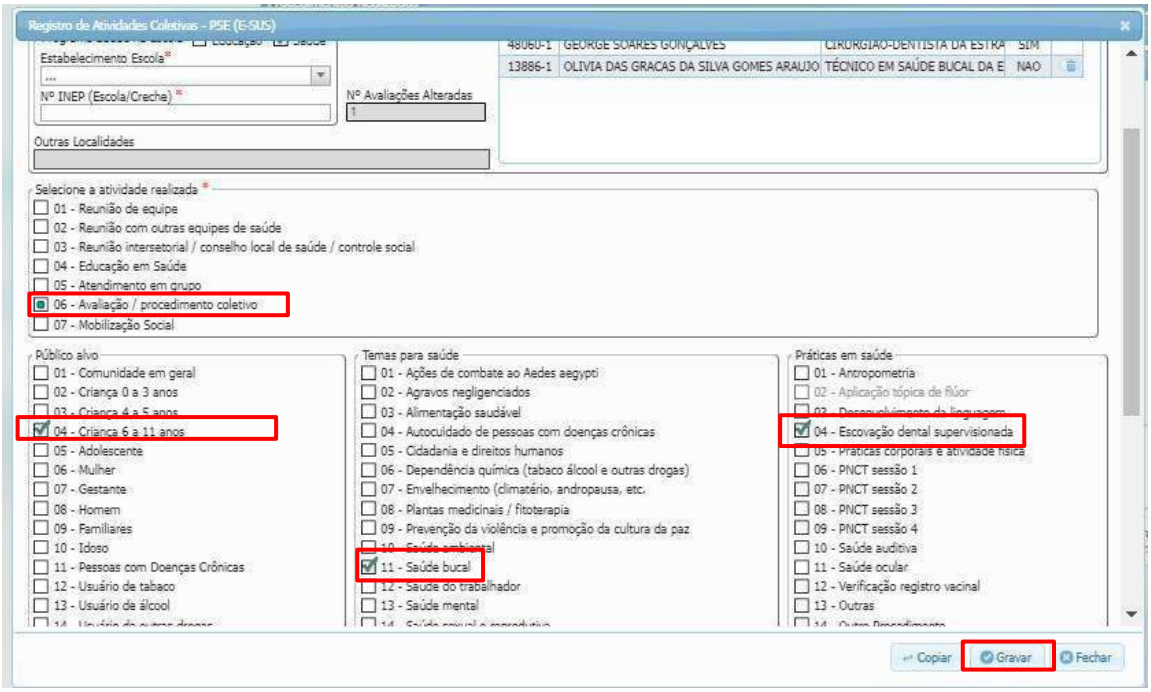


Clicar na Imagem de Atividade Coletiva e preencher a ficha PSE

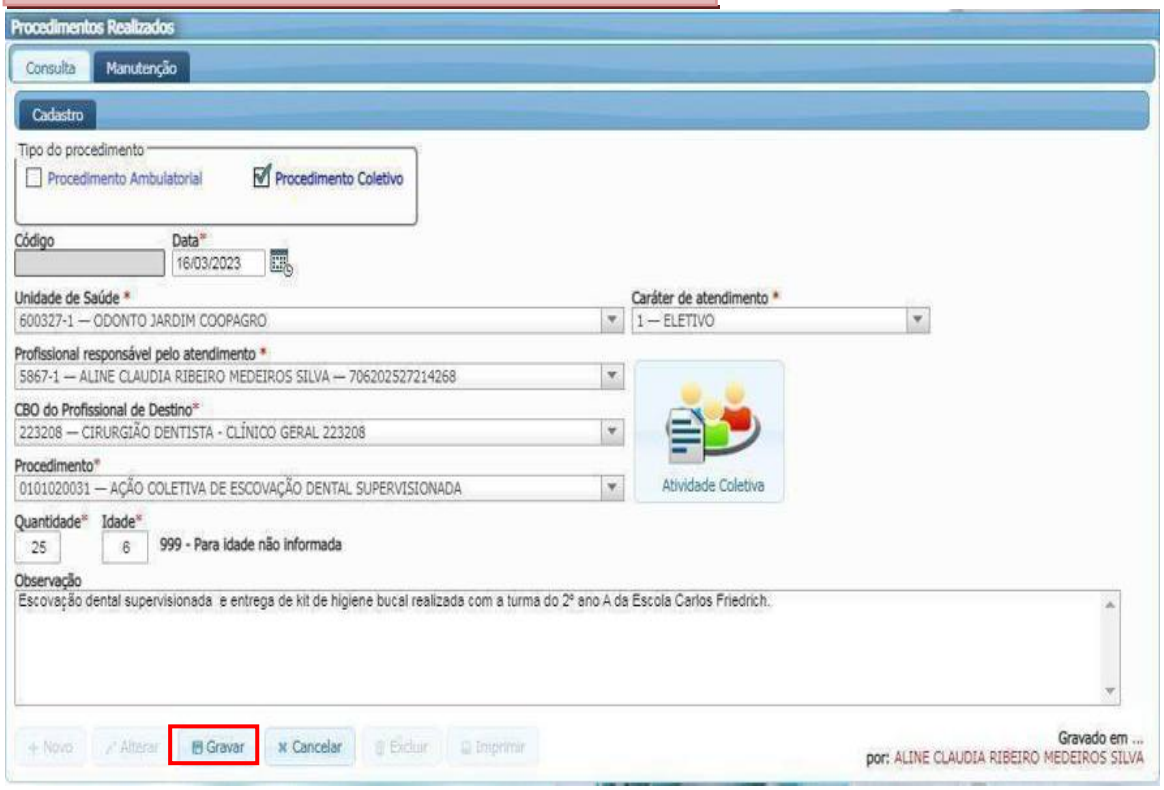


Após preencher todos os dados da ficha do PSE → Clicar em GRAVAR

Fechar a ficha PSE



GRAVAR a tela do procedimento coletivo



Comunicação Interna n⁰ 38/2024 Toledo, 04 de Julho de 2024.

Às equipes médicas e enfermagem.

Assunto: Atualização do fluxo de prescrição e administração de vacinas antirrábica, antitetânica, soros antirrábico/antitetânico e imunoglobulinas

Viemos por meio deste, reforçar o Protocolo do Ministério da Saúde quanto ao fluxo de indicação e administração das vacinas antirrábica e antitetânica, soros antirrábico e antitetânico e ainda imunoglobulina.

A última atualização do Protocolo de Profilaxia pré e pós exposição da raiva humana, foi emitido pelo Ministério da Saúde através da Nota Técnica Nº 8/2022 e Nota Técnica Nº 16/2022 que informa alteração temporária e em caráter emergencial da indicação do uso do SAR ou IGHAR, exceto nos acidentes causados por morcegos. O protocolo traz a necessidade de observação do animal agressor por 10 dias, seja ele cão ou gato. Neste caso durante a observação do animal, não iniciar o esquema vacinal, caso o mesmo apresente sinais sugestivos de raiva (dificuldade para ingerir ou recusa de água, engasgos, salivação excessiva, paralisia da cabeça, pescoço ou qualquer membro, arrastar as pernas, esconder-se, inquietação ou quietude anormal), desapareça ou morra, antes dos 10 dias, seguir o esquema abaixo.

Contato Indireto	Acidente Leve	Acidente Grave
Profilaxia não indicada	Profilaxia com 4 doses (0,3,7,14 dias)	Profilaxia com 4 doses (0,3,7,14 dias) + SAR ou IGHAR

Contato indireto: *tocar ou dar de comer ao animal, lambedura ou contato com secreção ou excreção em pele íntegra.*

Acidente leve: *mordedura ou arranhadura superficial no tronco, membros, exceto mãos e pés, lambedura de lesões superficiais.*

Acidente grave: *mordedura ou arranhadura nas mucosas, mãos e pés. Mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo. Lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas. Mordedura ou arranhadura profunda, mesmo que puntiforme.*

Para animais de produção (animais domésticos de interesse econômico ou de produção: bovinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos, seguir o mesmo protocolo de animal NÃO passível de obervação.

Para utilização do Soro Antirrábico (SAR) ou Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR), deverá ser seguido o mesmo fluxo.

Indicação do SAR:

✔ Acidentes graves ocasionados por cão ou gato, não passíveis de observação por 10 dias;

✔ Quando o animal agressor desaparece, morre ou apresente comportamento sugestivo de raiva, dentro dos 10 dias.

Indicação do IGHAR em substituição ao SAR:

✔ Na vigência de hipersensibilidade ao SAR;

✔ Uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea (animais como cavalo, zebra ou jumentos, etc;

✔ E existência de contatos frequentes com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinários) ou por lazer.

Quanto aos acidentes com morcegos e outros mamíferos silvestres, inclusive os domiciliados, (micos, macacos, raposas, guaxinins, quatis, gambas, capivaras, cachorros do mato, javalis, entre outros), o acidente é sempre considerado grave. A conduta adequada é lavar com água e sabão, abundantemente, e iniciar esquema vacinal, conforme orientação do Ministério da Saúde.

10/03/22, 08:59 SEI/MS - 0024943068 - Nota Técnica

EXEMPLOS DE ADMINISTRAÇÃO DE SORO POR QUILO DE PESO		
Kg/peso do paciente	Dose de Soro Antirrábico (SAR)	Dose de Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR)
10 kg	40 X 10 = 400UI Considerando apresentação de 200UI/ml o paciente receberá 2 ml do soro	20 X10 = 200 UI Considerando apresentação de 150UI/ml o paciente receberá 1,3 ml da Imunoglobulina
50 kg	40 X 50 = 2000 UI Considerando apresentação de 200UI/ml, o paciente receberá 10 ml do soro	20 X50 = 1000 UI Considerando apresentação de 150UI/ml o paciente receberá 6,7 ml da Imunoglobulina
100kg	40 X 100 = 4000 UI Considerando apresentação de 200UI /ml o paciente receberá 20 ml do soro	20 X 100 = 2000 UI Considerando apresentação de 150UI/ml o paciente receberá 13,3 ml da Imunoglobulina

PARTICULARIDADE:

✔ "Em situações excepcionais de escassez de IGHAR ou SAR fazer somente infiltração no local da ferida." Nota Técnica Nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS.

Orientações:

✔ Segundo a Nota Técnica Nº 16/2022, em virtude do contingenciamento de SAR e IGHAR no país, é imprescindível o uso racional destes imunobiológicos, "devendo ocorrer a infiltração do SAR e IGHAR, quando devidamente indicado, apenas no local do ferimento / lesão, o tanto quanto possível (não tendo dose mínima)", exceto para acidentes envolvendo morcegos, eliminando a indicação da aplicação do restante do imuno por via intramuscular (IM).

- ✔ Avaliar criteriosamente a necessidade de utilizar uma segunda ou terceira ampola de SAR ou IGHAR (Nota Técnica Nº 16/2022).
- ✔ "Não é recomendada a abertura de uma ampola apenas para a aplicação do restante da dose calculada, por via intramuscular" (Nota Técnica Nº 16/2022).

Reexposição ao vírus da raiva

Em caso de reexposição em pacientes que já fizeram o esquema de pré-exposição (PrEP):

- ✔ O SAR e a IGHAR não estão indicados;
- ✔ Independente do intervalo de tempo, se o paciente recebeu o esquema de PrEP completo, indica-se a profilaxia nos dia 0 e 3;
- ✔ Se foi aplicada apenas 1 dose de PrEP, essa dever ser desconsiderada e o esquema de profilaxia indicado, iniciado.

Em caso de reexposição em pacientes que já fizeram o esquema de pós-exposição (PEP):

- ➢ O SAR e a IGHAR não estão indicados;
- ➢ Até 90 dias, se o esquema anterior de PEP foi completo, não indicar profilaxia. Se foi incompleto, administrar as doses faltantes.

  Se na PEP anterior foi aplicada apenas 1 dose, a mesma deve ser desconsiderada e o esquema de profilaxia iniciado, conforme indicação.
- ➢ Após 90 dias, independente do intervalo de tempo, se o paciente recebeu pelo menos duas doses do esquema, indicar vacina nos dias 0 e 3.

Profilaxia de pacientes faltosos

Não é necessário reiniciar o esquema. Aplicar o imunobiológico no dia de comparecimento do paciente a unidade e continuar os esquemas com as doses faltantes, mantendo o intervalo do esquema originalmente proposto.

Protocolo de Profilaxia Antitetânica

Em se tratando de acidentes com potencial exposição ao tétano, temos como referência atual a 5ª Edição do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicado em 2022.

O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma. É curto: em média, de 5 a 15 dias, podendo variar de 3 a 21 dias. Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico.

As manifestações clínicas iniciais do tétano são: dificuldade em abrir a boca (trismo e riso sardônico) e deambular, devido a hipertonia muscular correspondente. Com a evolução da

doença, os músculos podem ser acometidos, podendo haver disfagia, rigidez de nuca, hipertonia da musculatura torácica, músculos abdominais e membros inferiores.

Segue quadro de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento:

QUADRO 4 – Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO[a]			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO[b]		
	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim[c]	Não	Limpar e desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim[c]	Sim	• Desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim[e]	

Fonte: Deidt/SVS/MS.

[a] Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

[b] Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

[c] Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

[d] Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

[e] Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Segue quadro informativo quanto a forma de administração do SAT e IGHAT:

QUADRO 2 – Recomendação para neutralização da toxina tetânica e uso profilático

IMUNOBIOLÓGICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Dose profilática (250 UI) Dose terapêutica (500 UI)[a]	Intramuscular	Aplicar em grupo muscular diferente daquele no qual for aplicada a vacina que contenha o toxoide tetânico.
Soro antitetânico (SAT)[b]	Dose profilática (5.000 UI) Dose terapêutica (20.000 UI)	Intramuscular ou endovenosa	• Se intramuscular, administrar em duas massas musculares diferentes. • Diluir em soro fisiológico ou glicosado a 5%.

Fonte: Deidt/SVS/MS.
[a]Estudos recentes indicam doses de 500 UI para crianças ou adultos embora, a critério médico, uma dosagem maior possa ser prescrita, podendo chegar a 6.000 UI.
[b]A posologia deve ser individualizada e a critério médico.

Para administração do SAT pela via intravenosa, segue alguns cuidados para prevenção de reações anafiláticas:

✔ Lavar as mãos com água e sabão.

✔ Organizar todo o material – seringa, agulha e outros materiais necessários ao tratamento preventivo da anafilaxia: adrenalina 1:1.000, anti-histamínico, corticoide, oxigênio, soro glicosado e fisiológico, equipo de soro e material para assistência ventilatória.

✔ Puncionar uma veia de grosso calibre no antebraço e instalar o soro fisiológico ou glicosado a 5% no paciente, garantindo adequado acesso venoso e manutenção do gotejamento, mesmo depois da administração do soro heterólogo.

✔ Controlar os sinais vitais antes de iniciar a administração do soro.

✔ Abrir todos os frascos do soro heterólogo indicado e, com ajuda de uma seringa, aspirar e colocar no interior de um frasco de 250 ou 500 ml de soro glicosado ou fisiológico previamente esvaziado.

✔ Iniciar o gotejamento lentamente (15 a 20 gotas por minuto) do soro heterólogo prescrito, com o soro fisiológico ou glicosado a 5% previamente instalado no antebraço do paciente.

✔ A supervisão médica deve ser permanente durante a aplicação do soro heterólogo.

✔ Observar continuamente o paciente, por mais ou menos duas horas, após a administração do soro, mantendo acesso venoso com soro fisiológico instalado, controlando o gotejamento, controlando sinais vitais e observando coloração e temperatura das extremidades 284 Ministério da Saúde | Guia de Vigilância em Saúde (lábios, dedos), sinais de inquietação, sudorese, dificuldade respiratória, queda de pressão arterial, pulso fraco, entre outros.

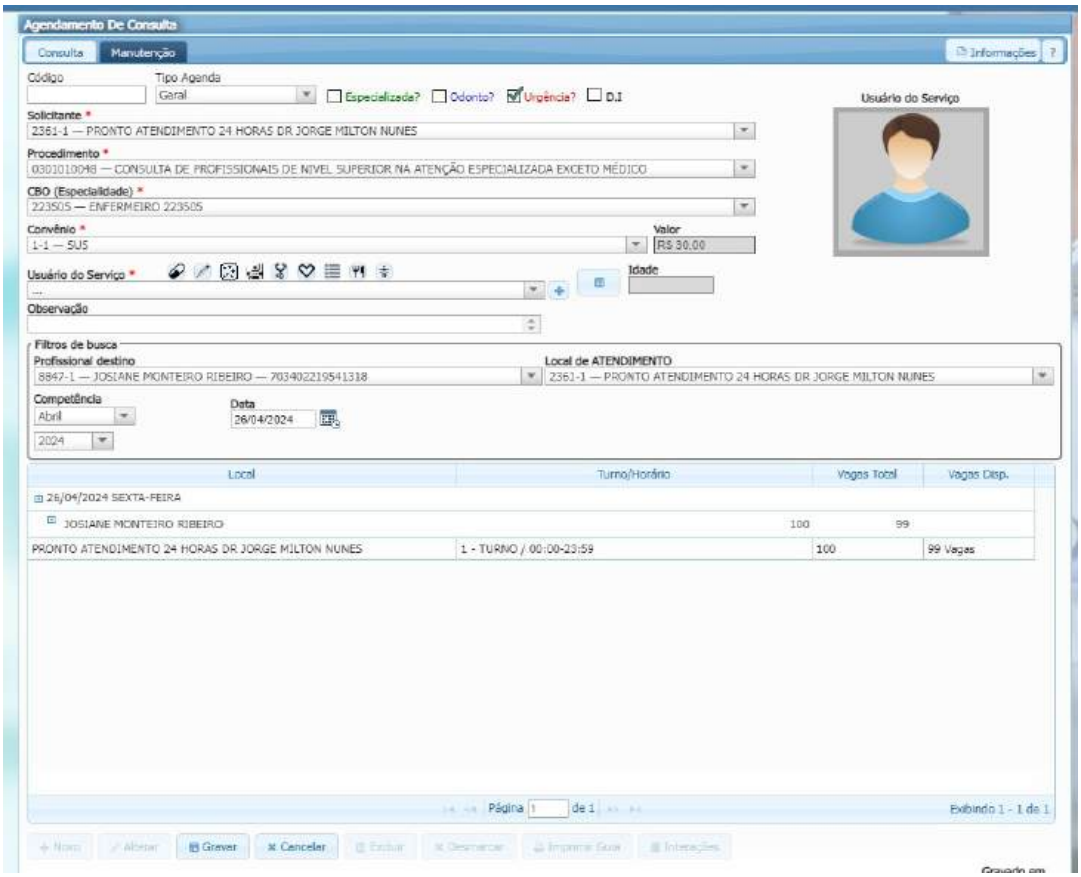
✔ Em caso de alguma reação indesejável (mal-estar, mudança de voz, dificuldade respiratória e até mesmo choque anafilático), interromper imediatamente o gotejamento do soro heterólogo, continuar o gotejamento do soro fisiológico ou glicosado a 5% e iniciar o tratamento com as drogas indicadas (adrenalina, anti-histamínicos e corticosteroides), bem como tomar as providências clínicas cabíveis para cada situação, de acordo com a faixa etária do indivíduo.

Prescrição dos imunobiológicos

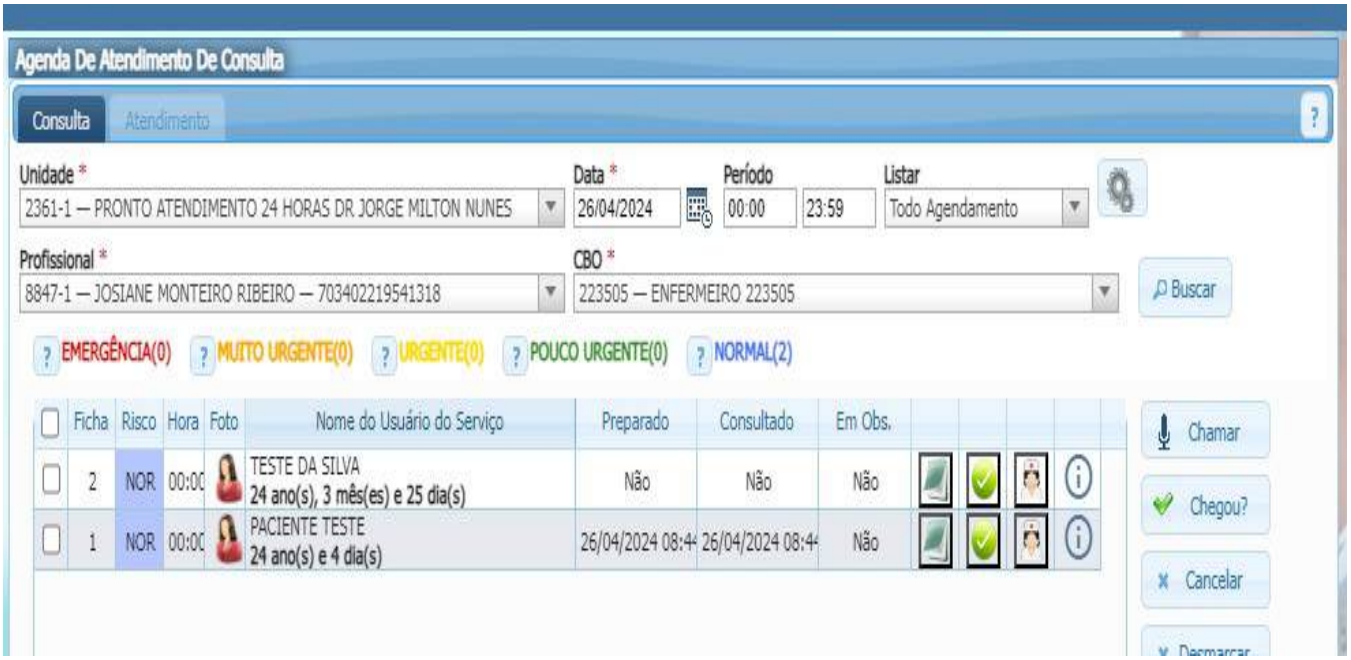
Conforme exigência da SESA PR e VIEP de Toledo, as vacinas antirrábicas também precisam ser prescritas, pelo profissional médico ou enfermeiro, de preferência informatizada, a mesma deverá ficar armazenada junto as planilhas na sala de vacina, retirada diariamente de segunda a sexta pelo SCIRAS/NSP e encaminhadas conforme fluxo do setor.

Segue abaixo o passo a passo para essa prescrição:

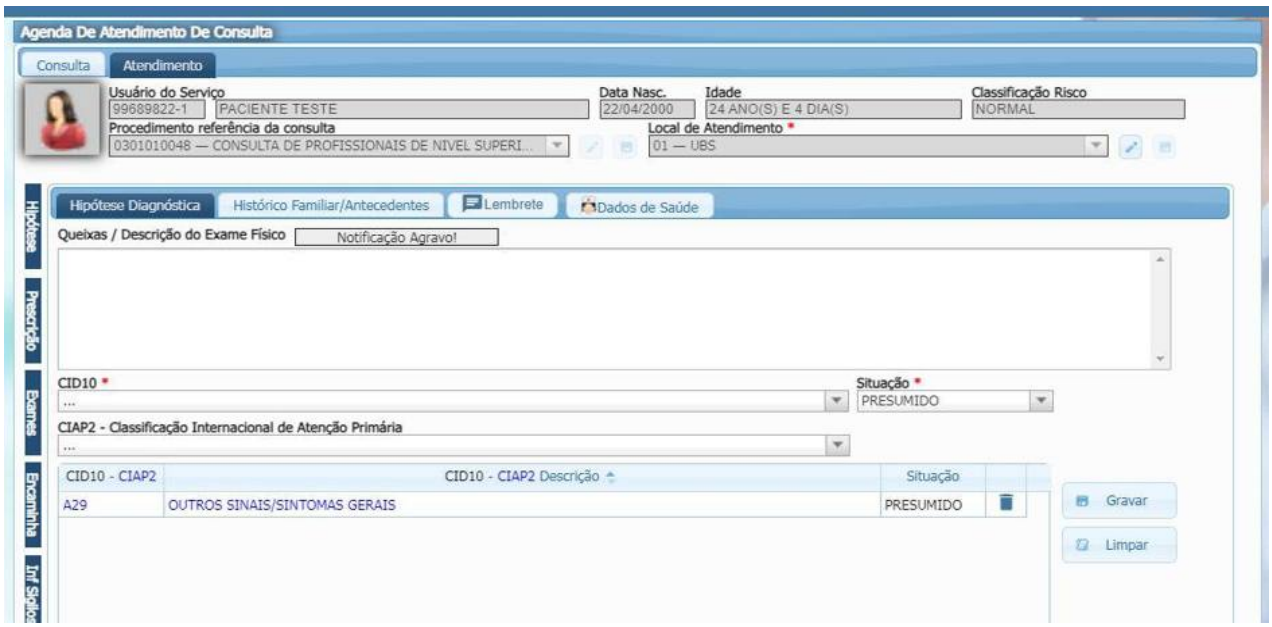
1. Agendar como consulta rápida o paciente para agenda do enfermeiro, não esquecendo de alterar o procedimento para "Consulta de Profissionais de Nível Superior Na Atenção Especializada Exceto Médico" - selecionar o CBO Enfermeiro – Usuário do Serviço – Profissional destino – selecionar a data – clicar no ícone+ ao lado do nome do profissional e licar sobre Pronto Atendimento 24 Horas Dr Jorge Milton Nunes – clicar em Gravar na parte inferior da tela.



2. Agenda do enfermeiro, clicar neste ícone para atender o paciente.

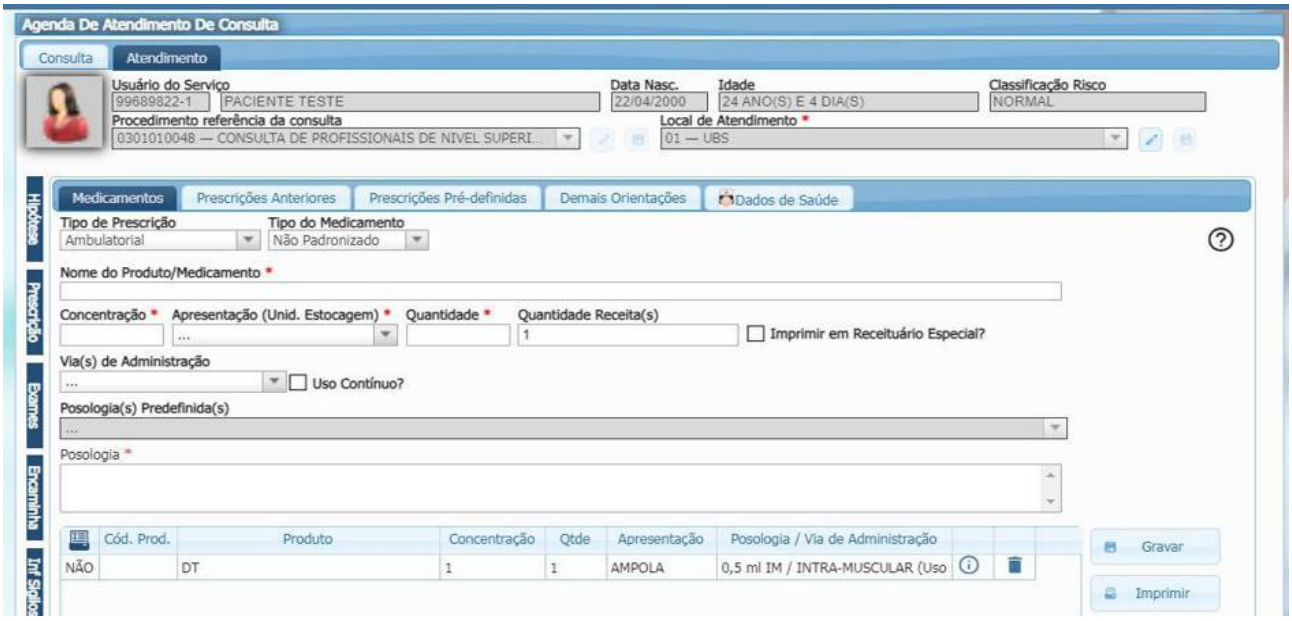


3. Em seguida abrirá essa tela

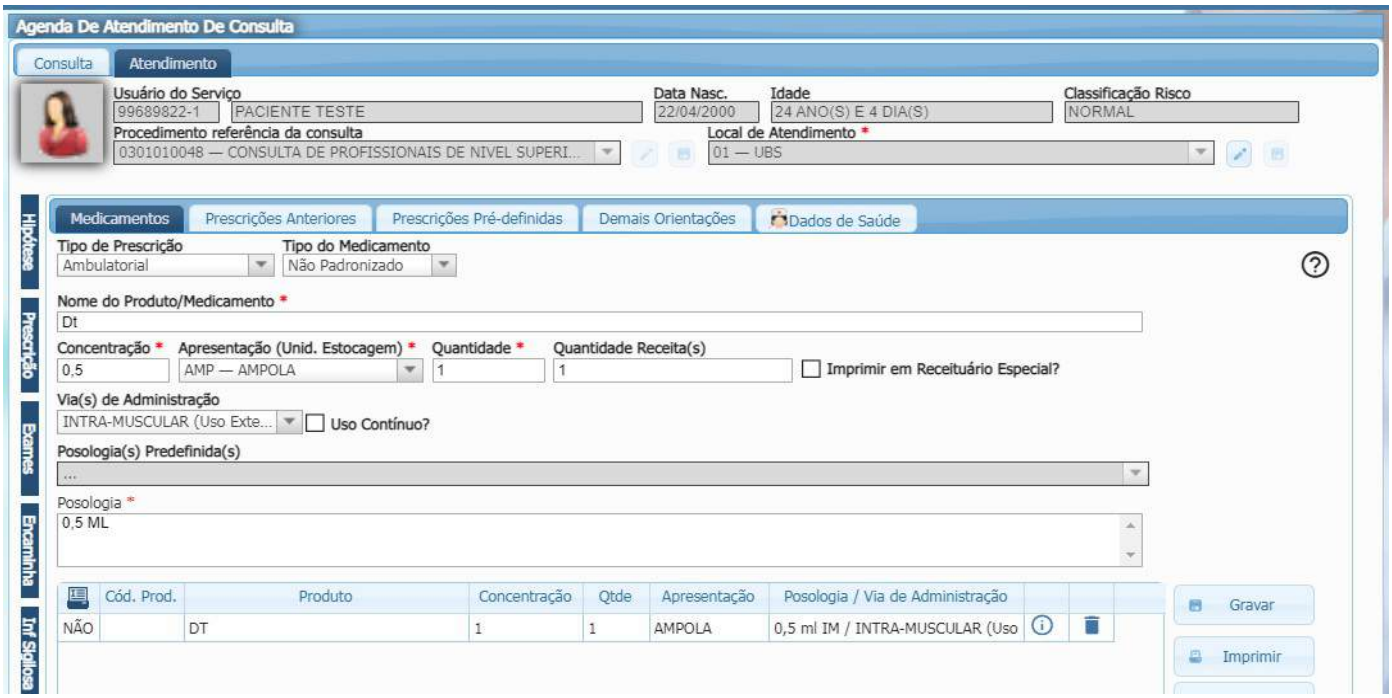


Selecione no campo CIAP2, Outros Sinais/Sintomas Gerais, em seguida o botão Gravar à direita da dela, esta etapa é necessária para que possamos prescrever exames, vacinas, etc.

4. Clique em prescrição à esquerda da tela, sem seguida abrirá um campo "Tipo de Prescrição, abaixo da aba Medicamentos, clique na seta e selecione Ambulatorial. Em seguida o campo Tipo de Medicamento será aberto, favor clicar na seta a direita e selecionar Não Padronizado, conforme figura abaixo.



5. No nome do Produto, colocar "dT" ou "dupla adulto" – na Concentração colocar "0,5" – Apresentação "Ampola" – Vias de Administração "Intra-Muscular" – Posologia "0,5 ML" em seguida "Gravar", conforme figura abaixo.



6. Para finalizar, clique em imprimir – abrirá aba receituário comum – ao clicar nesta aba a receita será gerada, conforme figura abaixo.



Cod Pac: 99689822-1
Cod Prof: 8847-1

MUNICÍPIO DE TOLEDO

2361-1 / PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON NUNES

TOLEDO PREFEITURA

Emitido em: 26/04/2024

Unidade: 2361-1 / 4056698 - PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON
Endereço: DOUTOR CYRO FERNANDES DO LAGO, SN.
VILA PIONEIRO - TOLEDO / PR

Usuário do Serviço: PACIENTE TESTE
Idade: 24 ano(s) e 4 dia(s) (22/04/2000) **Sexo:** FEMININO
Endereço: OLIVIO FINATTO, 221 - ALTO PANORAMA - TOLEDO / PR

Medicamento: - DT

Concentração: 0,5 **Apresentação:** AMP **Quantidade:** 1
Via Administração: INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)
Posologia: 0,5 ml

ATRE-1244904-1-71

JOSIANE MONTEIRO RIBEIRO
COREN 210649 CNS:703402219541318

Sem mais, respeitosamente

Josiane Monteiro Ribeiro
Enfermeira SCIRAS - PAM

Raquel Wiederkehr
Diretora de Enfermagem do PAM

Comunicação Interna n^{0} 24/2024 Toledo, 08 de Maio de 2024.

Às equipes médicas e enfermagem.

Assunto: Fluxo de prescrição e administração de vacinas antirrábica, antitetânica, soro antirrábico e antitetânico e imunoglobulinas

Viemos por meio deste, reforçar o Protocolo do Ministério da Saúde quanto ao fluxo de indicação e administração das vacinas antirrábica e antitetânica e soros antirrábico e antitetânico e ainda imunoglobulina.

A última atualização do Protocolo de Profilaxia pré e pós exposição da raiva humana, foi emitido pelo Ministério da Saúde através da Nota Técnica Nº 8/2022, continua trazendo a necessidade de observação por 10 dias do animal agressor, seja ele cão ou gato, que não apresente sinais sugestivos de raiva, desta forma, não iniciar o esquema vacinal, caso o mesmo apresente sinais de raiva, desapareça ou morra, antes dos 10 dias, seguir o quadro abaixo:

Contato Indireto	Acidente Leve	Acidente Grave
Profilaxia não indicada	Profilaxia com 4 doses (0,3,7,10 dias)	Profilaxia com 4 doses (0,3,7,10 dias) + SAR ou IGHAR

Contato indireto: *tocar ou dar de comer ao animal, lambedura ou contato com secreção ou excreção em pele íntegra.*

Acidente leve: *mordedura ou arranhadura superficial no tronco, membros, exceto mãos e pés, lambedura de lesões superficiais.*

Acidente grave: *mordedura ou arranhadura nas mucosas, mãos e pés. Mordedura ou arranhadura múltiplas ou extensas, em qualquer região do corpo. Lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas. Mordedura ou arranhadura profunda, mesmo que puntiforme.*

Para utilização do Soro Antirrábico (SAR) ou Imunoglobulina Humana Antirrábica (IGHAR), deverá ser seguido o mesmo fluxo.

Indicação do SAR:

✔ Acidentes graves ocasionados por cão ou gato, não passíveis de observação por 10 dias;

✔ Quando o animal agressor desapareça, morra ou apresente comportamento agressivo dentro dos 10 dias.

Indicação do IGHAR em substituição ao SAR:

✔ Na vigência de hipersensibilidade ao SAR;

✔ Uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea (animais como cavalo, zebra ou jumentos, etc;

✔ E existência de contatos frequentes com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinários) ou por lazer.

Quanto aos acidentes com morcegos e outros mamíferos silvestres, inclusive os domiciliados, em caso de contato direto com o animal, classificado como leve ou grave, lavar o local e iniciar esquema vacinal, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Em se tratando de acidentes com potencial exposição ao tétano, temos como referência atual a 5ª Edição do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, publicado em 2022.

O período compreendido entre o ferimento (provável porta de entrada do bacilo) e o primeiro sinal ou sintoma. É curto: em média, de 5 a 15 dias, podendo variar de 3 a 21 dias. Quanto menor for o tempo de incubação, maior a gravidade e pior o prognóstico.

As manifestações clínicas iniciais do tétano são: dificuldade em abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de ambular, devido a hipertonia muscular correspondente. Com a evolução da doença, os músculos podem ser acometidos, podendo haver disfagia, rigidez de nuca, hipertonia da musculatura torácica, músculos abdominais e membros inferiores.

Segue quadro de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento:

QUADRO 4 – Esquema de condutas profiláticas de acordo com o tipo de ferimento e a situação vacinal

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO[a]			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO[b]		
	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim[c]	Não	Limpar e desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim[c]	Sim	• Desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim[e]	

Fonte: Deidt/SVS/MS.

[a] Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

[b] Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

[c] Vacinar e aprazar as próximas doses para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com soro antitetânico (SAT) ou imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

[d] Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

[e] Se o profissional que presta o atendimento suspeita de que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Segue quadro informativo quanto a forma de administração do SAT e IGHAT:

QUADRO 2 – Recomendação para neutralização da toxina tetânica e uso profilático

IMUNOBIOLÓGICO	DOSAGEM	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Dose profilática (250 UI) Dose terapêutica (500 UI)[a]	Intramuscular	Aplicar em grupo muscular diferente daquele no qual for aplicada a vacina que contenha o toxoide tetânico.
Soro antitetânico (SAT)[b]	Dose profilática (5.000 UI) Dose terapêutica (20.000 UI)	Intramuscular ou endovenosa	• Se intramuscular, administrar em duas massas musculares diferentes. • Diluir em soro fisiológico ou glicosado a 5%.

Fonte: Deidt/SVS/MS.
[a]Estudos recentes indicam doses de 500 UI para crianças ou adultos embora, a critério médico, uma dosagem maior possa ser prescrita, podendo chegar a 6.000 UI.
[b]A posologia deve ser individualizada e a critério médico.

Para administração do SAT pela via intravenosa, segue alguns cuidados para prevenção de reações anafiláticas:

✔ Lavar as mãos com água e sabão.

✔ Organizar todo o material – seringa, agulha e outros materiais necessários ao tratamento preventivo da anafilaxia: adrenalina 1:1.000, anti-histamínico, corticoide, oxigênio, soro glicosado e fisiológico, equipo de soro e material para assistência ventilatória.

✔ Puncionar uma veia de grosso calibre no antebraço e instalar o soro fisiológico ou glicosado a 5% no paciente, garantindo adequado acesso venoso e manutenção do gotejamento, mesmo depois da administração do soro heterólogo.

✔ Controlar os sinais vitais antes de iniciar a administração do soro.

✔ Abrir todos os frascos do soro heterólogo indicado e, com ajuda de uma seringa, aspirar e colocar no interior de um frasco de 250 ou 500 ml de soro glicosado ou fisiológico previamente esvaziado.

✔ Iniciar o gotejamento lentamente (15 a 20 gotas por minuto) do soro heterólogo prescrito, com o soro fisiológico ou glicosado a 5% previamente instalado no antebraço do paciente.

✔ A supervisão médica deve ser permanente durante a aplicação do soro heterólogo.

✔ Observar continuamente o paciente, por mais ou menos duas horas, após a administração do soro, mantendo acesso venoso com soro fisiológico instalado, controlando o

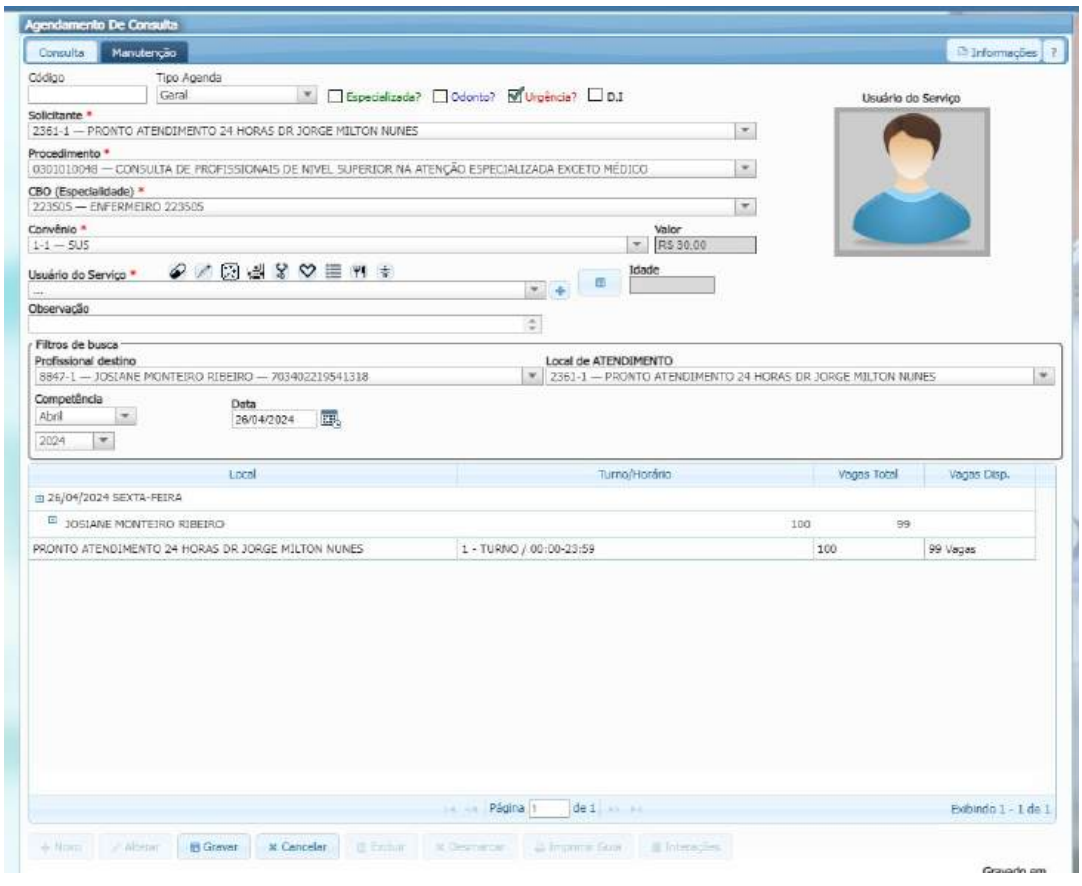
gotejamento, controlando sinais vitais e observando coloração e temperatura das extremidades 284 Ministério da Saúde | Guia de Vigilância em Saúde (lábios, dedos), sinais de inquietação, sudorese, dificuldade respiratória, queda de pressão arterial, pulso fraco, entre outros.

✔ Em caso de alguma reação indesejável (mal-estar, mudança de voz, dificuldade respiratória e até mesmo choque anafilático), interromper imediatamente o gotejamento do soro heterólogo, continuar o gotejamento do soro fisiológico ou glicosado a 5% e iniciar o tratamento com as drogas indicadas (adrenalina, anti-histamínicos e corticosteroides), bem como tomar as providências clínicas cabíveis para cada situação, de acordo com a faixa etária do indivíduo.

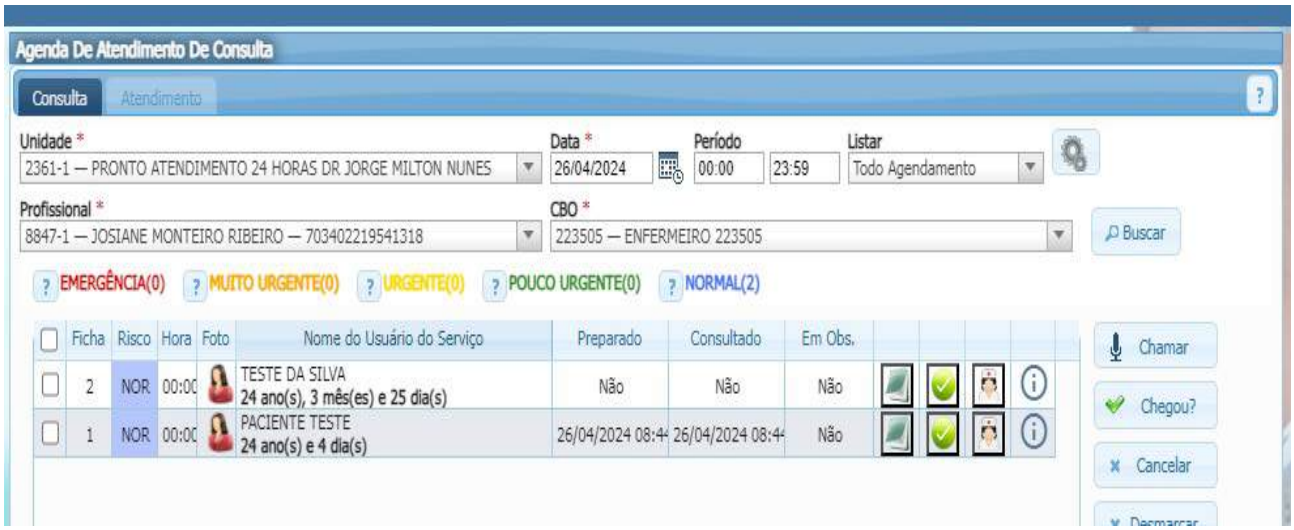
Conforme exigência da SESA PR e VIEP de Toledo, as vacinas antirrábicas também precisam ser prescritas, pelo profissional médico ou enfermeiro, de preferência informatizada, a mesma deverá ficar armazenada junto as planilhas na sala de vacina, retirada diariamente de segunda a sexta pelo SCIRAS/NSP e encaminhadas conforme fluxo do setor.

Segue abaixo o passo a passo para essa prescrição:

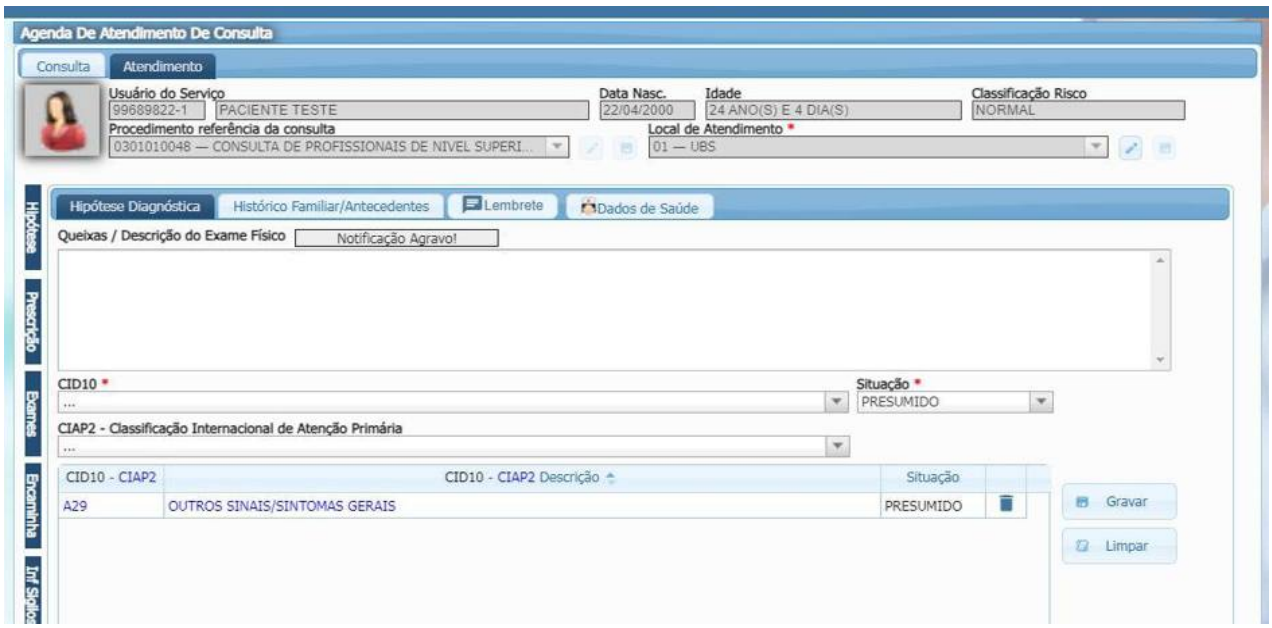
1. Agendar como consulta rápida o paciente para agenda do enfermeiro, não esquecendo de alterar o procedimento para “Consulta de Profissionais de Nível Superior Na Atenção Especializada Exceto Médico” - selecionar o CBO Enfermeiro – Usuário do Serviço – Profissional destino – selecionar a data – clicar no ícone+ ao lado do nome do profissional e licar sobre Pronto Atendimento 24 Horas Dr Jorge Milton Nunes – clicar em Gravar na parte inferior da tela.



2. Agenda do enfermeiro, clicar neste ícone para atender o paciente.

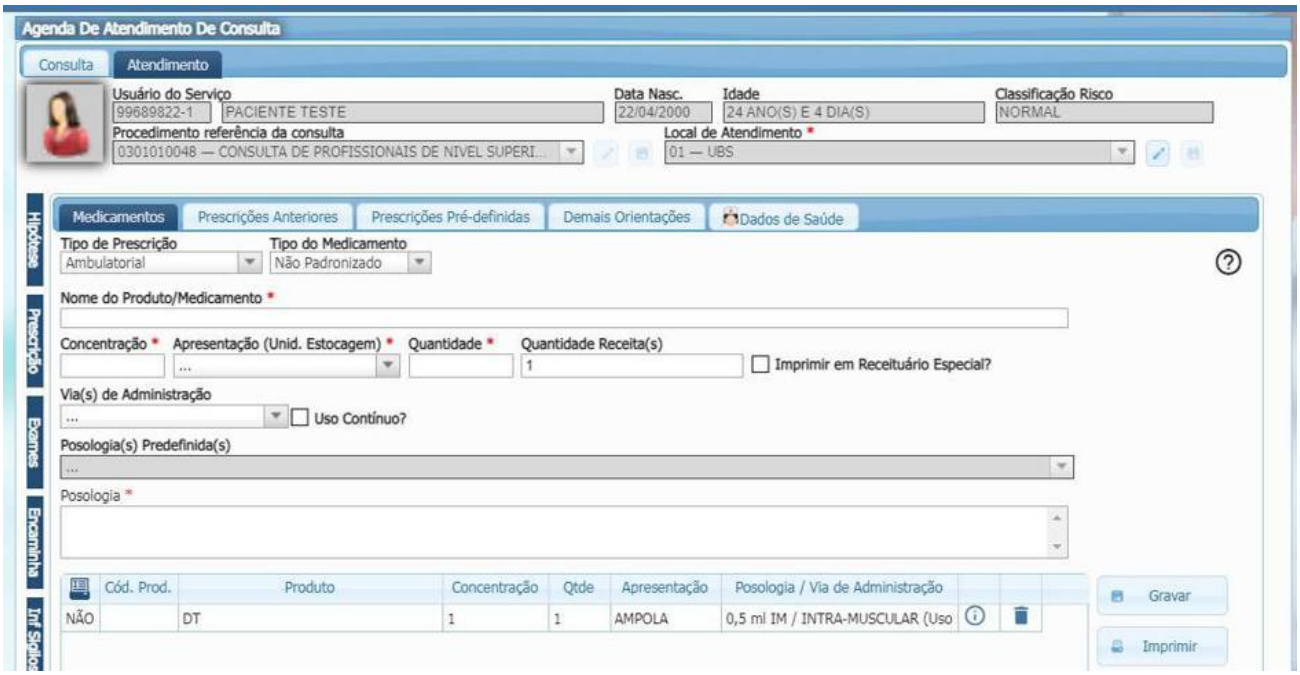


3. Em seguida abrirá essa tela

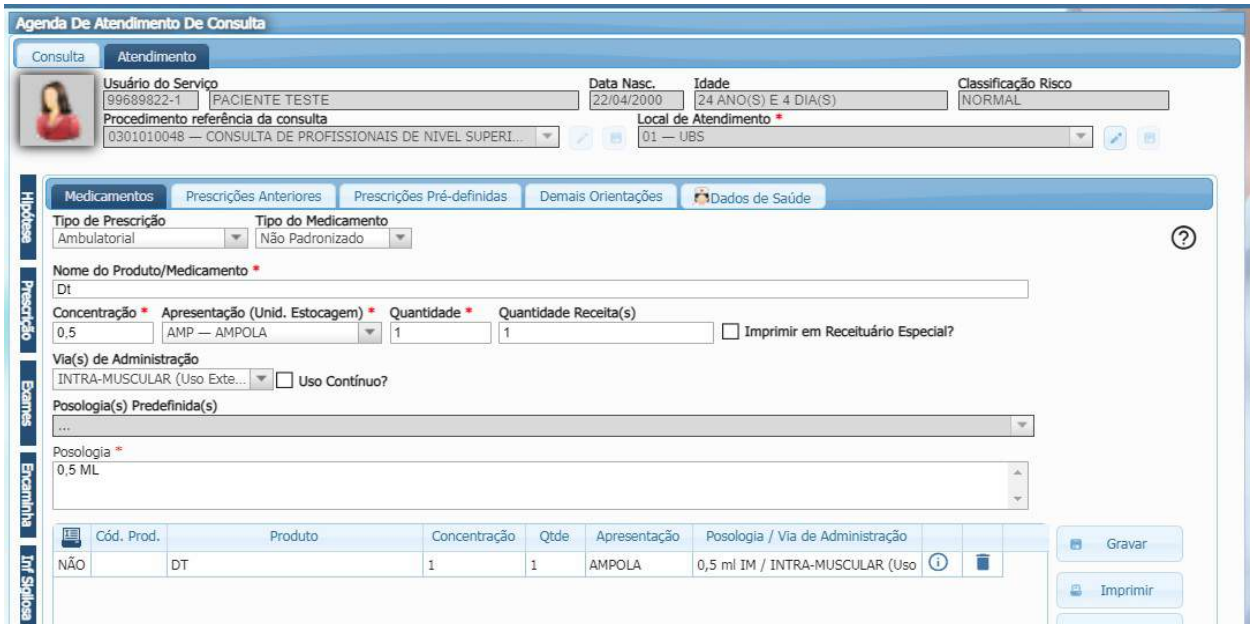


Selecione no campo CIAP2, Outros Sinais/Sintomas Gerais, em seguida o botão Gravar à direita da dela, esta etapa é necessária para que possamos prescrever exames, vacinas, etc.

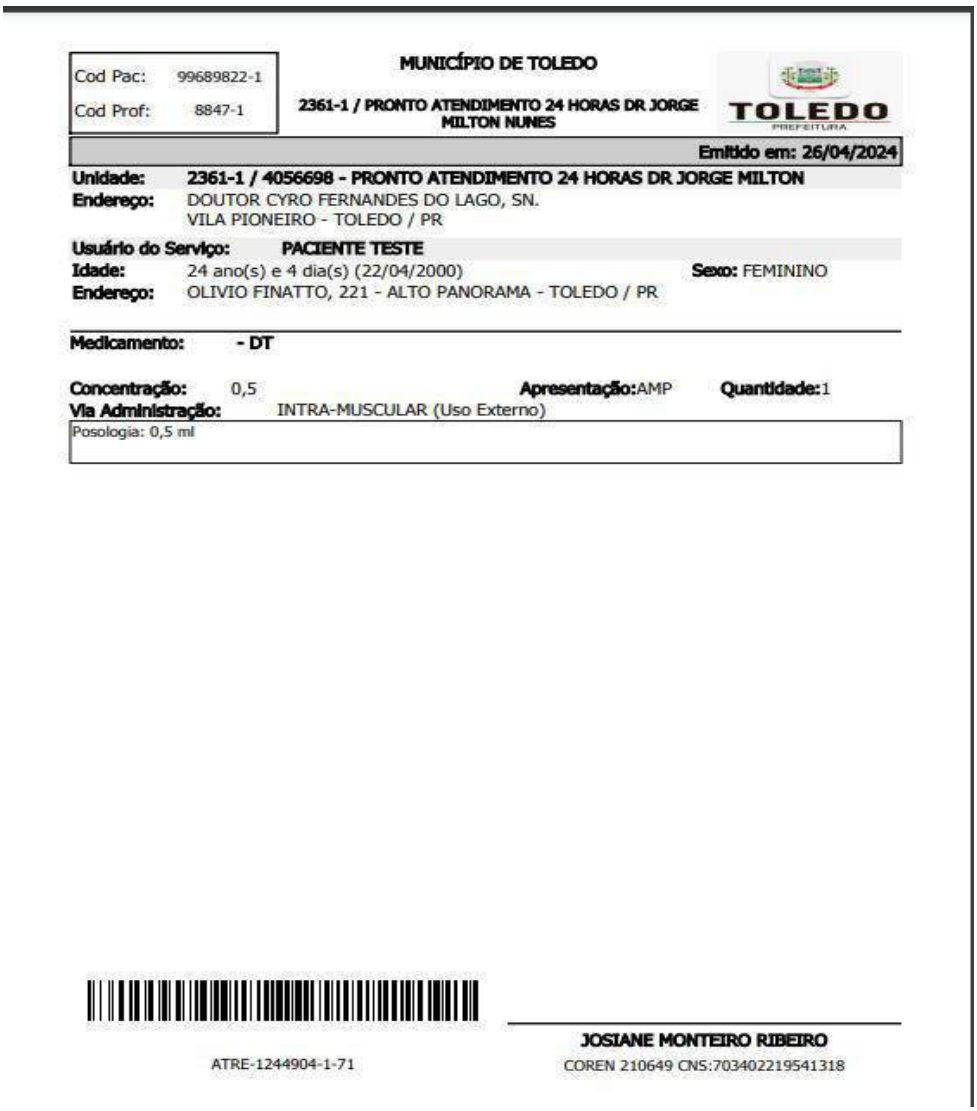
4. Clique em prescrição à esquerda da tela, sem seguida abrirá um campo "Tipo de Prescrição, abaixo da aba Medicamentos, clique na seta e selecione Ambulatorial. Em seguida o campo Tipo de Medicamento será aberto, favor clicar na seta a direita e selecionar Não Padronizado, conforme figura abaixo.



5. No nome do Produto, colocar "dT" ou "dupla adulto" – na Concentração colocar "0,5" – Apresentação "Ampola" – Vias de Administração "Intra-Muscular" – Posologia "0,5 ML" em seguida "Gravar", conforme figura abaixo.



6. Para finalizar, clique em imprimir – abrirá aba receituário comum – ao clicar nesta aba a receita será gerada, conforme figura abaixo.



Cod Pac: 99689822-1
Cod Prof: 8847-1

MUNICÍPIO DE TOLEDO

2361-1 / PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON NUNES

TOLEDO PREFEITURA

Emitido em: 26/04/2024

Unidade: **2361-1 / 4056698 - PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DR JORGE MILTON**
Endereço: DOUTOR CYRO FERNANDES DO LAGO, SN.
VILA PIONEIRO - TOLEDO / PR

Usuário do Serviço: **PACIENTE TESTE**
Idade: 24 ano(s) e 4 dia(s) (22/04/2000) **Sexo:** FEMININO
Endereço: OLIVIO FINATTO, 221 - ALTO PANORAMA - TOLEDO / PR

Medicamento: **- DT**

Concentração: 0,5 **Apresentação:** AMP **Quantidade:** 1
Via Administração: INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)
Posologia: 0,5 ml

ATRE-1244904-1-71

JOSIANE MONTEIRO RIBEIRO
COREN 210649 CNS:703402219541318

Sem mais, respeitosamente

Josiane Monteiro Ribeiro
Enfermeira SCIRAS - PAM

Raquel Wiederkehr
Diretora de Enfermagem do PAM

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
Departamento de Urgência e Emergência

LEGENDA
BAIXO RISCO: 0 A 24
RISCO MÉDIO: 25 A 44
RISCO ALTO: > 45

Escala de Morse

	Pontuação	Data	Data	Data	Data
Histórico de Quedas					
Não	0	0			
Sim	25				
Mais de um Diagnóstico					
Não	0				
Sim	15	15			
Auxilio na Deambulação					
Nenhum / Acamado	0	0			
Muletas	15				
Mobilia / Parede	30				
Terapia Venosa					
Não	0				
Sim	20	20			
Marcha					
Normal / Acamado	0	0			
Fraca	10				
Comprometida	20				
Estado Mental					
Orientado	0	0			
Esquece suas Limitações	15				
Total		=SOMA(K19:K75)			

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	**CÓDIGO**	PÁGINA
		002	01 A 10
		VERSÃO/ANO	
		002/2023	
TÍTULO	**PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**		
ELABORAÇÃO	ENFª JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO	ENFª JÉSSICA MEDRADO / SET DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

Melhorar a comunicação entre profissionais da assistência no PAM, assegurando a transmissão das informações de forma completa e com a garantia da compreensão de todos os envolvidos.

2. JUSTIFICATIVA

Na saúde, a comunicação é essencial para que a assistência seja qualificada e segura, gerando impacto direto sobre seus resultados. Falhas no processo de comunicação eletrônica, verbal e escrita são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbitos.

Melhorar a comunicação entre profissionais é meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente e, elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais.

3. PROCEDIMENTO

O PAM deverá instituir e manter ações de educação permanente em saúde, para o desenvolvimento de competências na prática da comunicação efetiva, por

meio da abordagem de temas que promovam o aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para a transmissão clara de informações (eletrônicas, verbais e escritas); preenchimento correto e completo de documentos assistenciais, trabalho em equipe, escuta ativa, empatia, feedback, comunicação com paciente e família e uso seguro de mídias sociais.

As competências comunicacionais essenciais são:

Saber escutar: Sem interferir ou julgar; Valorizar as preocupações dos pacientes e familiares; Demonstrar interesse pelo paciente e por suas preocupações.

Obter informações: Usar perguntas abertas (para conhecer);

Esclarecer dúvidas: Adequar a linguagem ao paciente;

Resumir informações coletadas: Para obter confirmação pelo paciente;

Fornecer informações: Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão); Completa para as necessidades do paciente naquele momento.

Avaliar o grau de compreensão do paciente para a informação transmitida: Realizar perguntas abertas que permitam avaliar se o paciente entendeu o que foi informado e uso de perguntas fechadas (para confirmar ou refutar informações).

Aconselhar e educar o paciente: De acordo com os valores do paciente, promovendo comportamentos saudáveis; Entender que o paciente tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas escolhas.

Tomar decisões com base nas informações recebidas: Utilizar a imparcialidade; Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e tratamento.

Usar linguagem não verbal: Compreender a importância dessa forma de comunicação e seu impacto na comunicação; Identificar o que o paciente comunica com a linguagem não verbal; Demonstrar interesse pelas ideias, valores e preocupações do paciente, por meio da linguagem não verbal (contato visual, tom de voz, expressão facial e toque físico, tal como segurar a mão).

Usar linguagem eletrônica: De forma clara, completa e ética; Respeitando os limites éticos do uso de ferramentas eletrônicas para comunicação em saúde;

Usar linguagem verbal: Importância da linguagem verbal (conteúdo e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes. Conhecer os limites seguros para a adoção da comunicação verbal na prática assistencial;

Aplicar a ética no processo de comunicação: Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e as relacionadas com a idade do paciente; Demonstrar respeito pelos valores, crenças e preocupações do paciente;

Estabelecer vínculos empáticos com o paciente e família: Compreender a doença a partir da perspectiva do paciente e família; Saber se colocar no lugar do outro;

Compreender a influência do ambiente na comunicação: Entender como o silêncio, a ausência de interrupções e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares; Entender a influência do ambiente na comunicação em equipe;

Saber mediar conflitos e realizar negociações: Como mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente;

3.1 COMUNICAÇÃO NA ADMISSÃO DO PACIENTE

Na admissão do paciente no PAM as informações sobre normas institucionais e referente ao cuidado prestado devem ser repassadas de forma clara e objetiva, certificando que o paciente/familiar/acompanhante compreenderam, através de perguntas abertas fazendo com que respondam exatamente o que foi explicado anteriormente, como exemplos: - O(a) Sr.(a) pode me explicar como ocorre a troca de acompanhantes na instituição? O(a) Sr.(a) pode me explicar como acessar a ouvidoria do município?

Estas informações devem ficar claras a fim de preservar a segurança do mesmo e da própria instituição.

3.2 COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Na transição do cuidado do paciente no PAM, as informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo

transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida. São exemplos de estrutura de perguntas abertas: Você pode repetir as pendências na assistência para paciente M.J.A?

Existem três formas de transição do cuidado do paciente:

- ✓ Na transferência intra-hospitalar/setorial;
- ✓ Na transferência inter-hospitalar e;
- ✓ Na passagem de plantão.

Tabela 1 – Orientações para a comunicação segura na transferência inter-hospitalar temporária no PAM.

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM?	QUAIS FERRAMENTAS?
A transferência temporária (exame)	Ligar para o setor que receberá o paciente confirmando horários e preparos necessários	Recepção/ Enfermeiro (se necessário)	Telefone
O motivo da transferência	Informar ao paciente e ao acompanhante/ familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Comunicação verbal e prontuário
A história e evolução do paciente, registradas em Prontuário	O prontuário deve seguir com o paciente para a realização de registros e consultas necessárias nos exames realizados em outras instituições.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Prontuário completo
Medicamentos em uso pelo paciente	Planejar a transferência temporária separando os medicamentos prescritos nas doses previstas para o	Farmacêutico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem	Prescrição válida para o dia

	período de tempo em que o paciente estará em trânsito para a realização do exame/procedimento e materiais necessários		
Identificação do paciente	Conferir os dados da pulseira de identificação com a guia do procedimento, perguntando o nome completo e data de nascimento (quando possível).	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Pulseira, etiqueta e guia de procedimento

Tabela 2 – Orientações para a comunicação segura na transferência inter-hospitalar no PAM.

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM?	QUAIS FERRAMENTAS?
Paciente com indicação de transferência	Informar por telefone ou presencialmente a indicação de transferência	Médico assistente	Formulário específico e/ou prontuário
Inserir paciente na central de leitos	Digitar no sistema as informações requeridas	Médico Assistente/Enfermeiro	Computador com acesso à internet
Regulação do paciente (informando estado clínico, procedimentos realizados e pendências)	Realizar via sistema ou ligação telefônica para o hospital que receberá o paciente	Médico assistente	Telefone/ Central de Leitos
Viabilidade da transferência	Informar ao serviço social para contatar os familiares sobre a transferência, bem como para a emissão da autorização/ciência	Assistente Social	Comunicação verbal presencial ou telefônica
Relatório de transferência	Elaborar um breve relato do caso, em formulário	Médico assistente	Formulário de transferência

	padronizado.		
Histórico do paciente e quadro atual	Preparar cópias dos documentos necessários para a transferência	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Comunicação escrita e cópias dos documentos
Necessidade de transporte	Selecionar o transporte de acordo com o perfil do paciente e protocolo de transporte seguro	Médico Assistente/ Enfermeiro	Ambulância do PAM ou SAMU
Identificação do paciente	Antes de realizar o transporte do paciente conferir os dados da pulseira de identificação, com o paciente ou com seu acompanhante/familiar, conforme protocolo de identificação segura.	Enfermeiro ou Técnico de enfermagem	Pulseira e etiqueta

Tabela 3 – Orientações para a comunicação segura na passagem de plantão no PAM.

O QUE COMUNICAR?	COMO COMUNICAR?	QUEM?	QUAIS FERRAMENTAS?
Acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse institucional, que aconteceram durante o período trabalhado	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso	Todas as categorias	Comunicação verbal, prontuário, formulário específico. Utilizar como base o método SBAR

Nota – A passagem de plantão deverá ser realizada prioritariamente entre os membros da mesma categoria, ou seja, médico para médico, enfermeiro para enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem para técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico para farmacêutico.

Nota – A passagem de plantão deverá ocorrer na entrega ou na troca de turno de trabalho (Manhã/Tarde, Tarde/ Noite e Noite/ Manhã).

Nota – A Técnica **SBAR** (Situation, Background, Assessment e Recommendation) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Na técnica SBAR, situação (situation) corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação; avaliação (assessment), à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação (recommendation) à ação necessária/recomendada.

Estado clínico do paciente e evolução	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado clínico do paciente e como evoluiu durante o plantão	Todas as categorias	Comunicação verbal, prontuário, formulário específico. Método SBAR
Medicamentos de alta vigilância e reações adversas	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso os medicamentos que o paciente utilizou durante o turno, se apresentou reação adversa;	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ farmacêutico/ Técnico de farmácia	Prescrição, evolução e Planilha de passagem de plantão
Aspectos nutricionais	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado nutricional e aspectos da terapia nutricional	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ Nutricionista	Formulário específico
Condutas adotadas e cuidados específicos (precauções, dispositivos invasivos);	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as condutas adotadas e cuidados específicos	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Prontuário/ Planilha de passagem de plantão
Exame laboratoriais alterado e condutas efetuadas;	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Planilha de passagem de plantão/ Prontuário

	conciso quanto aos exames laboratoriais alterados e condutas adotadas		
Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos;	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto aos procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Formulário específico, Planilha de passagem de plantão/ Quadro
Intercorrências e ou pendências clínicas;	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as intercorrências e ou pendências clínicas	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Planilha de passagem de plantão/ Verbalmente

- As passagens de plantão devem ser realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e com reduzida interrupção, permitindo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas.

  Para um adequado processo de passagem de plantão, recomenda-se que:

- O profissional que receberá o plantão seja pontual (se possível chegar 10 min de antecedência);
- Utilizar nomenclatura adequada, com linguagem clara, direta e objetiva;
- Concentrar-se para receber as informações fornecidas;
- Ser cauteloso ao expor situações particulares do cliente que exigem sigilo profissional.

3.2.1 INSTRUMENTO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO

Em toda troca de turno a passagem de plantão dos enfermeiros deverá ser registrada em planilha padronizada (anexos 1 e 2), disponível em: P:\MINI-HOSPITAL\ENFERMEIROS\PLANILHA PASSAGEM DE PLANTÃO, a mesma deverá ser impressa e assinada pelo enfermeiro do setor e anexada em pasta física

disponível na sala dos enfermeiros, manter o arquivo eletrônico, salvando-o por plantão, sem excluir ou salvar por cima do plantão passado.

4. INDICADORES

- ✓ Adesão ao instrumento de passagem de plantão;
- ✓ Número de incidentes relacionados a falha na comunicação;

5. RISCOS

O gerenciamento dos riscos será realizado pelo NSP, utilizando-se a planilha: MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

As ações estão disponíveis em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - Plano de Segurança do Paciente – PAM.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

GONÇALVES, L.N.B et al. **Procedimento: COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.** Disponível em:<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Comunicaoefetivaparaaseguranadopaciente.pdf/view>. Acesso em 14 de jul de 2022.

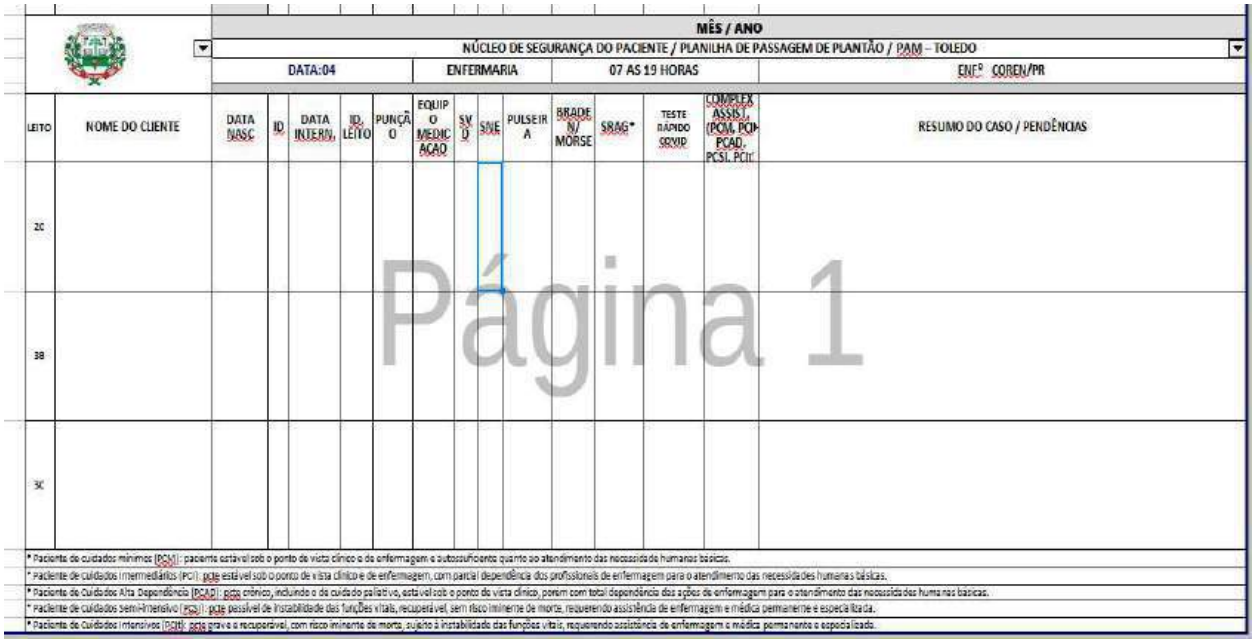
FRANCISCO, A. et al. **Cartilha sobre segurança do paciente.** Disponível em:< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

OLIVEIRA, R.M.A.B et al. **Protocolo Clínico: COMUNICAÇÃO EFETIVA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.** Disponível em:<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/nucleo-de-seguranca-do-paciente/pro-nusep-009-r2-comunicacao-efetiva-para-a-seguranca-do-paciente-corrigida-recuperado.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html >. Acesso em 01 de jul de 2022.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

ANEXO 1



MÊS / ANO

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE / PLANILHA DE PASSAGEM DE PLANTÃO / PAM – TOLEDO

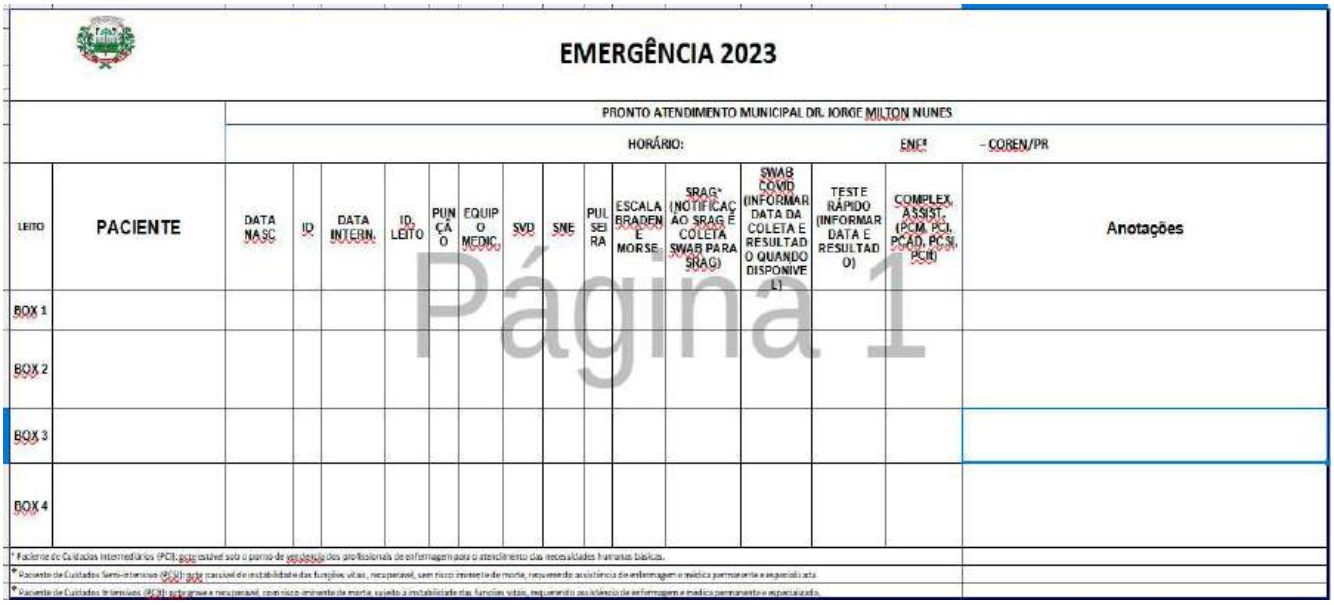
DATA:04 | ENFERMARIA | 07 AS 19 HORAS | ENFº COREN/PR

LEITO	NOME DO CLIENTE	DATA NASC	ID	DATA INTERN.	ID. LEITO	PUNÇÃO	EQUIPO MEDICAÇÃO	SVD	SNE	PULSEIRA	BRADEN/ MORSE	SRAG*	TESTE RÁPIDO SRVIP	COMPLEX ASSIST. (PCM, PCI, PCAD, PCSI, PCII)	RESUMO DO CASO / PENDÊNCIAS
2C															
3B															
3C															

* Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autosuficiente quanto ao atendimento das necessidade humanas básicas.
* Paciente de cuidados Intermediários (PCI): pcte estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
* Paciente de Cuidados Alta Dependência (PCAD): pcte crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porem com total dependência dos ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
* Paciente de cuidados Semi-Intensivo (PCSI): pcte passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
* Paciente de Cuidados Intensivos (PCII): pcte grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Página 1

ANEXO 2



EMERGÊNCIA 2023

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES

HORÁRIO: | ENFª – COREN/PR

LEITO	PACIENTE	DATA NASC	ID	DATA INTERN.	ID. LEITO	PUNÇÃO	EQUIPO MEDIC.	SVD	SNE	PULSEIRA	ESCALA BRADEN E MORSE	SRAG* (NOTIFICAÇÃO SRAG E COLETA SWAB PARA SRAG)	SWAB COVID (INFORMAR DATA DA COLETA E RESULTADO QUANDO DISPONIVEL)	TESTE RÁPIDO (INFORMAR DATA E RESULTADO)	COMPLEX. ASSIST. (PCM, PCI, PCAD, PCSI, PCII)	Anotações
BOX 1																
BOX 2																
BOX 3																
BOX 4																

* Paciente de Cuidados Intermediários (PCI): pcte estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
* Paciente de Cuidados Semi-intensivo (PCSI): pcte passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
* Paciente de Cuidados Intensivos (PCII): pcte grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Página 1

Elaborado: Enfª Jéssica P. T. Medrado

Revisado por:

Vigência: Até setembro de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO 19/09/2023; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO:_____.

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO (POP) ENFERMAGEM 2024 – 2026

TOLEDO, FEVEREIRO DE 2024.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Admissão do paciente	**Página:** 01 - 02
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Rosin	**Revisado em:** 2023
Aprovação: Direção de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2023
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 09/2025	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A admissão do paciente é o momento da entrada do paciente/cliente na unidade de saúde, para ocupar um leito, com a finalidade de submeter-se a um tratamento de saúde, clínico ou procedimento.

2. OBJETIVO

Receber o paciente na unidade.

3. EXECUTANTE

Preferencialmente o Enfermeiro (a) responsável pelo setor. Na sua indisponibilidade pode ser realizado pelo técnico em enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que necessário, ao receber pacientes no setor de emergência ou internamento.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Conforme necessidade, após avaliação do prontuário do paciente pelo profissional responsável pela admissão.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Receber paciente e acompanhante, quando presente;
- Certificar-se do leito a ser ocupado;
- Preparar o leito a ser ocupado;
- Orientar paciente e acompanhante, quando presente, sobre as rotinas da unidade, incluindo horário de visita, refeições, higienização e outros;
- Solicitar aos familiares que providenciem objetos de uso pessoal;
- Obter informações do estado geral do cliente.
- Conferir prontuário e dados de identificação do cliente.

- Realizar a identificação do paciente através da pulseira de identificação e a identificação do leito através da placa, conforme Protocolo emitido pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
- Realizar o aprazamento da prescrição médica e encaminhá-la à farmácia;
- Encaminhar ao setor responsável os exames de imagem solicitados;
- Receber e conferir as medicações dispensadas pela farmácia;
- Dar início aos procedimentos terapêuticos prescritos
- Incluir o internamento no mapa de dieta, no quadro de pacientes e no livro de internamentos do setor.
- Registrar a admissão no prontuário do paciente, incluindo:
    - Procedência do paciente;
    - Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
    - Nível de consciência: Lucidez/Orientação;
    - Presença de acompanhante ou responsável;
    - Condições de higiene;
    - Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
    - Descrever deficiências, se houver;
    - Uso de próteses ou órteses, se houver;
    - Queixas relacionadas ao motivo da internação;
    - Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
    - Orientações prestadas;
    - Nome completo e Coren do responsável.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Rosin 09/2023	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Registros de Enfermagem	**Página:** 03 - 04
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Rosin	**Revisado em:** 2023
Aprovação: Direção de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2023
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 09/2025	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde (COFEN. 2015).

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente (COFEN. 2015).

Os registros de enfermagem compreendem as anotações de enfermagem, a evolução de enfermagem e o preenchimento de outros documentos inerentes ao processo de trabalho em saúde, que ficam sob a responsabilidade da equipe de enfermagem. Este POP se refere especificamente as anotações e evolução de enfermagem.

2. OBJETIVO

Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição (COFEN. 2015).

3. EXECUTANTE

- Técnicos e auxiliares de Enfermagem – Anotações de Enfermagem
- Enfermeiros – Evolução de Enfermagem

4. PERIODICIDADE

Após a realização de qualquer procedimento ou intervenção, na presença de alterações clínicas, sempre que o profissional julgar pertinente o registro e no mínimo uma vez a cada turno.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário do paciente;
- Caneta azul ou preta e vermelha;
- Carimbo profissional.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar higienização das mãos;
- Identificar o prontuário do paciente em que se fará o registro;
- Observar o nome do paciente, a data e a hora;
- As anotações de enfermagem devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 564/2017 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem) e Resolução Cofen 545/2017;
- Proceder os registros de enfermagem respeitando os espaços dos formulários padronizados pela instituição;
- Proceder os registros de forma precisa, concisa, eficaz, atualizada, organizada e prezando pela confidencialidade dos registros;
- De modo geral os registros devem conter: horário, como o paciente chegou até a unidade, nível de consciência, comportamento, condições de higiene pessoal, estado nutricional, presença de dispositivos, orientações realizadas para o paciente e acompanhante, dados do exame físico, cuidados realizados, intercorrências e resposta do paciente às medidas implantadas.
- Respeitar as cores da escrita (azul ou preto para os turnos das 07 as 19 horas e vermelho para os turnos das 19 às 07 horas), conforme preconizado;
- Arquivar o prontuário do paciente em seu respectivo espaço.

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Rosin 09/2023	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Recebimento e passagem de plantão	**Página:** 04 - 06
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Rosin	**Revisado em:** 2023
Aprovação: Direção da Rede de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 10/2023
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 09/2025	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A passagem de plantão é o mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência. É um instrumento em que ocorre a transmissão de informações entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho. Aborda sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005).

2. OBJETIVO

Garantir a continuidade da assistência de Enfermagem entre os turnos de trabalho.

3. EXECUTANTE

- Técnicos e auxiliares de Enfermagem
- Enfermeiros

4. PERIODICIDADE

A cada troca de turno de trabalho. No PAM a passagem de plantão ocorre às 07 horas e às 19 horas, diariamente. Excepcionalmente pode ser necessário que também ocorra às 13 horas e / ou às 01 horas.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário do paciente;
- Formulários padronizados pela instituição para esta atividade.

- Tanto o formulário para passagem de plantão entre técnicos em enfermagem quanto o formulário para passagem de plantão entre os enfermeiros estão disponíveis na pasta virtual “Saúde (P)”.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Chegar no horário e dirigir ao posto de enfermagem (técnicos em enfermagem) ou até a sala dos enfermeiros (enfermeiros);
- Ouvir atentamente a passagem de plantão;
- Ter postura adequada, manter tom de voz baixo, utilizar linguagem clara e objetiva;
- Iniciar o trabalho de maneira planejada, priorizar ações e seguir as orientações do enfermeiro responsável pela unidade.

Passagem de plantão entre técnicos em enfermagem:

- Ter em mãos o prontuário do paciente e os impressos específicos para a passagem de plantão;
- Reunir-se no posto de enfermagem, no caso da enfermaria, ou a beira leito, no caso da sala de emergência;
- Priorizar, verbalmente, informações que sejam relevantes para a continuidade da assistência: intercorrências, pendências, respostas do paciente ao tratamento instalado, particularidades do caso e outros;

Passagem de plantão entre os enfermeiros:

- Deverá ser realizado na sala dos enfermeiros;
- Ter em mãos a “Planilha de passagem de plantão” devidamente atualizada;
    - **Atenção:** a cada turno um novo arquivo deve ser criado no domínio “Saúde (P)”. Não alterar o arquivo anterior.
- Priorizar, verbalmente, informações que sejam relevantes para a continuidade da assistência: intercorrências, pendências, respostas do paciente ao tratamento instalado, particularidades do caso e outros;
- Assinar, carimbar e arquivar o impresso da passagem de plantão na pasta fichário destinada a este fim, conforme o setor (enfermaria ou sala de emergência).
- Ao término de cada mês a Direção de Enfermagem realiza o recolhimento, revisão e arquivamento dos impressos.

- O modelo de Passagem de Plantão a ser seguido pelos Enfermeiros encontra-se abaixo:

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES – PAM 24 hs		ENFERMARIA ou EMERGÊNCIA													
		Mês de Referência													
		DATA: xx/xx/xxxx										Horário			Enfermeiro responsável / Coren PR xxx-xxx
LEITO	NOME	DN	IDADE	DATA INTERN.	ID LEITO	PUNÇÃO	ACESSO CENTRAL	SVD	SNE	FIXAÇÃO	ESCALA BRADEN E MORSE	SRAG + NOTIFICAÇÃO + COLETA	TESTE RÁPIDO (INFORMAR DATA E RESULTADO	COMPLEX. ASSIST (PCM, PCI, PCAD, PSI, PCSI) *	DESCRIÇÃO
1A															
1B															
1C															
1D															
2A															
2B															
2C															
3A															
3B															
3C															
3D															
4A															
4B															
4C															
4D															
PS 01															
PS 02															

PENDÊNCIAS DE AMOSTRAS – *incluir pendência de coleta ou envio de amostras de SRAG, TUBERCULOSE, DENGUE (ou outras amostras que vão para o Lacen).*

Paciente de cuidados mínimos (**PCM**): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
Paciente de cuidados intermediários (**PCI**): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
Paciente de cuidados de alta dependência (**PCAD**): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
Paciente de cuidados semi-intensivo (**PCSI**): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
Paciente de cuidados intensivos (**PCIi**): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor: Jéssica Rosin 09/2023**	**Juliana Ventura Lima** Direção do Departamento de Urgência e Emergência

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Prontuário do paciente	**Página:** 06 - 08
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Rosin	**Revisado em:** 2023
Aprovação: Direção de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2023
Executante: Equipe multiprofissional	**Responsável:** Equipe multiprofissional
Vigência: 09/2025	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente é um conjunto de documentos padronizados e organizados, onde são registrados: evolução da doença, tratamentos prescritos, cuidados prestados e as condições de alta.

O prontuário é composto por: ficha de atendimento ambulatorial (FAA), prescrição médica e de enfermagem, evolução, histórico, exames de imagem, exames laboratoriais, avaliações realizadas por profissionais de saúde (nutricionista, assistente social, especialidades médicas), registro dos sinais vitais e balanço hídrico, além de outros documentos que possam ser pertinentes, como cópia de notificações compulsórias, termos de responsabilidade, escalas de Braden e Morse e outros.

2. OBJETIVO

- Padronizar o prontuário do paciente;
- Manter o prontuário do paciente organizado;
- Orientar a equipe de enfermagem quanto ao prontuário do paciente.

3. EXECUTANTE

- Técnicos e auxiliares de Enfermagem
- Enfermeiros

Atenção: a responsabilidade pelas informações inseridas no prontuário do paciente, seu manuseio e o tratamento dado às informações são de responsabilidade individual de cada profissional. Porém, este POP destina-se especificamente aos profissionais de Enfermagem e, por isso, considera apenas os integrantes desta equipe.

4. PERIODICIDADE

Ao admitir o paciente e sempre que for necessário o acréscimo de alguma informação relativa ao cuidado ou condição do paciente

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Impressos padronizados pela instituição (FAA, prescrição médica, ficha de sinais vitais, controle glicêmico e balanço hídrico, escala de Braden e Morse, notificações e outros que se façam necessários de acordo com o caso do paciente);
- Caneta azul ou preta e vermelha, utilizada conforme o turno de trabalho;
- Carimbo profissional;
- Pasta para guarda e organização do prontuário do paciente, conforme leito de internamento;
- Solicitações de exames;
- Agendamentos de exames ou avaliações;
- Espelho da Central de Leitos e Guia de Transferência;
- Resultado de exames e/ou guias para acesso aos laudos.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Zelar pela organização do prontuário, preferencialmente mantendo-o em ordem cronológica;
- Manter o prontuário em local destinado para guarda do mesmo;
- Não levar o prontuário do paciente para áreas externas à unidade de internação;
- Anexar ao prontuário do paciente todo e qualquer documento que possa servir como auxílio para diagnóstico ou tratamento;
- Zelar pela integridade, veracidade e sigilo das informações contidas no prontuário;
- Orientar corretamente paciente e/ou familiar quanto ao direito de acesso às informações contidas no prontuário.

Elaboração	**Revisão**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Rosin 09/2023	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Preparo do Leito	**Página:** 09 - 11
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Rosin	**Revisado em:** 2023
Aprovação: Direção de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2023
Executante: Técnico em Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 09/2025	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A unidade individual do paciente (no PAM também denominada “leito do paciente”) consiste no espaço físico e no mobiliário necessário para a acomodação do paciente durante sua internação.

Cada unidade deve ser adequadamente limpa e equipada de forma conveniente antes da admissão do paciente.

O ambiente confortável, limpo e organizado contribui para o bem-estar, conforto e recuperação do paciente, além de proteger contra infecções e manter o ambiente agradável para que toda equipe de saúde realize seu trabalho.

2. OBJETIVO

Orientar a equipe de enfermagem quanto ao preparo do leito do paciente, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto

3. EXECUTANTE

- Técnico em Enfermagem

4. PERIODICIDADE

- Diariamente;
- Nas altas, transferências e óbitos;
- Sempre que se fizer necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento;

- Enxoval hospitalar;
- Panos para limpeza;
- Saneantes padronizados pelo Serviço de Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (SCIRAS), sendo um com tensoativo e outro desinfetante;
- Bacias ou baldes;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos.
- Reunir o material no carrinho e levá-lo à unidade.
- Iniciar a limpeza pela mesa de cabeceira, parte externa e interna.
- Limpar um dos lados do travesseiro, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira (parte limpa sobre a parte limpa) e limpar o outro lado do travesseiro (parte suja).
- Limpar o lado inverso do colchão onde está o paciente acamado (quando paciente acamado), iniciando na face superior e lateral do colchão, no sentido da cabeceira para os pés.
- Colocar o lençol nesta área limpa e transferir o paciente.
- Repetir a limpeza do outro lado do colchão e cama.
- Esticar o lençol para este lado e acomodar o paciente confortavelmente
- Limpar a face superior e lateral do colchão no sentido da cabeceira para os pés da cama, dobrá-lo, limpar a outra metade (paciente que deambula).
- Limpar a parte da cabeceira da cama: grades, laterais, estrado.
- Limpar a parte dos pés da cama: grades, manivelas, laterais e estrado.
- Limpar os pés da cama.
- Reunir o material e colocar no expurgo.
- Higienizar as mãos.

A higienização terminal da unidade do paciente é competência da equipe de higienização e limpeza. Nestas situações cabe à equipe de enfermagem identificar no quadro de pacientes os leitos que aguardam higienização, bem como informar verbalmente a equipe de apoio sobre a necessidade de higienização.

O procedimento descrito acima deve ser realizado pela equipe de enfermagem diariamente durante o banho do paciente, seja ele acamado ou não, ou após a higienização da unidade pelo serviço de apoio.

Elaboração	Revisão	Aprovação
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Rosin 09/2023	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Higienização das mãos	**Página:** 12 - 23
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Equipe de Enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções. Promove remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos, células descamativas da microbiota da pele, interrompe a transmissão de infecções veiculadas ao contato e promove a redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

2. OBJETIVO

Remover sujidades e prevenir infecções.

3. EXECUTANTE

Todos os profissionais que prestam assistência a saúde.

4. PERIODICIDADE

Antes de tocar no paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após risco de exposição a fluídos corporais ou excreções, após tocar no paciente, após tocar em superfícies próximas ao paciente.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Água, sabonete líquido, álcool em gel.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1. CINCO MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”. A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes. Os profissionais de saúde devem ser incentivados a higienizarem suas mãos nos seguintes momentos:



6.1.1. Antes de tocar o paciente;

6.1.2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:

a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.

b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.

6.1.3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:

a) Após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.

b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.

c) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

6.1.4. Após tocar o paciente:

a) Antes e depois do contato com o paciente

b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

6.1.5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:

a) Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente;

b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

6.2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM USO DE ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO

6.2.1. Indicações:

• Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e/ou outros fluidos corporais;

• Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de C.difficile.;

• Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

6.2.2. Duração do procedimento:

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

6.2.3. Descrição do procedimento:

O prestador de assistência ao paciente deverá atentar-se a estar sem adornos nas mãos e braços.

• Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.



• Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos.



• Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



• Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.



• Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



• Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa.



• Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa.



• Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa.



• Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa.



• Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



• Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.



O uso de sabonete comum líquido é suficiente para a higienização de rotina das mãos, exceto em situações especiais como: pacientes em precauções em virtude de micro-organismos multirresistentes, surtos, cateterismo vesical, manuseio e inserção de acesso venoso central, punção lombar e outros procedimentos que necessitam do uso de antisséptico (PVPI).

6.3. FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

6.3.1. Indicações

Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e em todas as situações que serão descritas a seguir.

6.3.2. Duração do procedimento

A fricção antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 20 a 30 segundos.

6.3.3. Quando realizar fricção antisséptica das mãos

• Antes de contato com o paciente;

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: exames físicos (determinação do pulso, da pressão arterial, da temperatura corporal); contato físico direto (aplicação de massagem, realização de higiene corporal); e gestos de cortesia e conforto.

• Após contato com o paciente;

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

• Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: contato com membranas mucosas (administração de medicamentos pelas vias oftálmica e nasal); com pele não intacta (realização de curativos, aplicação de injeções); e com dispositivos invasivos (cateteres intravasculares e urinários, tubo endotraqueal).

• Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplo: inserção de cateteres vasculares periféricos.

• Após risco de exposição a fluidos corporais;

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

• Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;

Objetivo: proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos de uma determinada área para outras áreas de seu corpo.

Exemplo: troca de fraldas e subsequente manipulação de cateter intravascular.

Ressalta-se que esta situação não deve ocorrer com frequência na rotina profissional. Devem-se planejar os cuidados ao paciente iniciando a assistência na sequência: sítio menos contaminado para o mais contaminado.

• Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Exemplos: manipulação de respiradores, monitores cardíacos, troca de roupas de cama, ajuste da velocidade de infusão de solução endovenosa.

• Antes e após remoção de luvas.

Objetivo: proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes. As luvas previnem a contaminação das mãos dos profissionais de saúde e ajudam a reduzir a transmissão de patógenos.

Entretanto, elas podem ter microfuros ou perder sua integridade sem que o profissional perceba, possibilitando a contaminação das mãos.

• Outros procedimentos

Exemplos: manipulação de invólucros de material estéril.

6.3.4. Descrição do procedimento

Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

• Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.

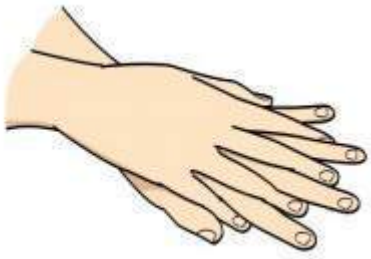


• Friccione as palmas das mãos entre si;



• Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;

• Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;



• Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;



• Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;



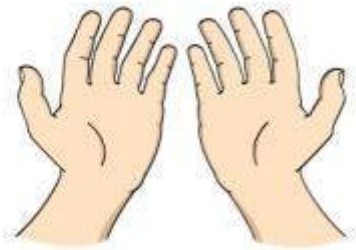
• Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;



• Friccionar os punhos com movimentos circulares.



• Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras. Não utilizar papel toalha.



6.4. ANTISSEPSIA CIRÚRGICA OU PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DAS MÃOS

Tem por finalidade eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

As escovas utilizadas no preparo cirúrgico das mãos devem ser de cerdas macias e descartáveis, impregnadas ou não com antisséptico e de uso exclusivo em leito ungueal e subungueal.

Para este procedimento, recomenda-se:

• Antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante.

• Duração do Procedimento: de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes (sempre seguir o tempo de duração recomendado pelo fabricante).

• No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.

6.4.1. INDICAÇÃO

Deve ser realizada antes de cirurgias e procedimentos invasivos.

6.4.2. EXECUTANTE

Médico cirurgião, auxiliar do cirurgião e instrumentador.

6.4.3. DESCRIÇÃO:

• Retirar joias e adornos das mãos e antebraços;

• Abrir a torneira com a mão dominante sem encostar na pia, regular o fluxo de água;

• Molhar as mãos e antebraço;

• Colocar solução antisséptica (PVPI degermante ou Clorexidina degermante) nas mãos;

• Ensaboar as mãos e lavar todas as faces (palma, dorso da mão, espaços interdigitais, articulações, polegar, extremidades dos dedos),punhos e antebraços friccionando com a solução degermante por 30 segundos, enxaguando em seguida;

• Escovar unhas e dobras cutâneas durante 30 segundos, com a solução antisséptica utilizando-se de escovas com cerdas macias, desprezando a escova e enxaguando em seguida;

• Friccionar mãos e antebraços com solução antisséptica atingindo todas as superfícies durante três minutos;

• Enxaguar abundantemente as mãos e antebraços com água corrente;

• Friccionar novamente mãos e antebraços com solução antisséptica durante um minuto, não enxaguar;

• Secar as mãos e antebraços com compressa estéril, permitindo a ação residual do produto químico.

Observações: Durante todo o processo as mãos devem estar acima dos cotovelos.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Verificação de sinais viais	**Página:** 24 - 28
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A verificação dos sinais vitais é realizada para obter parâmetros para a evolução do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar a verificação dos sinais vitais de rotina, com o estabelecimento de padrões considerados dentro da normalidade, a fim de diagnosticar, registar e intervir diante de possíveis alterações.

3. EXECUTANTE

- Auxiliar de Enfermagem ou Técnico em Enfermagem
- Enfermeiro

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou de enfermagem. Na ausência de prescrição, a verificação de sinais vitais deve ocorrer a cada 6 (seis) horas para os pacientes da Enfermaria e a cada 2 (duas) horas para os pacientes que estejam na Sala de Emergência.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de Proteção Individual – EPI (máscara descartável);
- Relógio com ponteiro de segundos ou cronômetro;
- Bandeja;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Termômetro;
- Papel toalha;

• Caneta;

• Formulário de registro.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• A equipe de enfermagem deverá considerar, para aferição de rotina, os seguintes sinais vitais (SSVV): Temperatura (T), Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA), Frequência Respiratória (FR) e Saturação de Oxigênio (SAT O2).

• O registro dos SSVV deverá ser realizado em espaço específico, no verso da prescrição médica.

• A aferição dos SSVV também poderá ser feita através dos valores fornecidos pelo monitor multiparamétrico.

6.1 VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA

• Higienizar as mãos.

• Reunir o material.

• Explicar o procedimento ao paciente.

• Colocar o paciente em posição confortável.

• Ligar o termômetro digital e aguardar até que seja emitido sinal sonoro e apareça no visor uma linha tracejada;

• Direcionar o termômetro para a testa do paciente;

• Pressionar o botão “start”

• Proceder a leitura do valor indicado no visor.

• Realizar o registro do valor verificado.

Quadro 1: Valores de referência da temperatura corporal

Valores normais e as variações da temperatura corporal	
Temperatura Axilar Normal	35,8 ºC – 37,0 ºC
Temperatura Retal Normal	37 ºC – 38 ºC
Temperatura Oral Normal	36,3 ºC – 37,4 ºC
Hipotermia	< 35 ºC
Hipotermia Leve	36°C – 34°C
Hipotermia Moderada	34°C – 30°C
Hipotermia Severa	< 30°C
Hipotermia Profunda	< 20°C
Estado Febril	37,3 ºC – 37,7 ºC
Febre/Hipertermia	37,8 ºC – 38,9 ºC
Pirexia	39 ºC – 40 ºC
Hiperpirexia	> 40 ºC

Fonte: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-portaria-106-pop-de-ucrc-050-assistencia-de-enfermagem-da-hipot

6.2 VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA

• Higienizar as mãos.

• Explicar o procedimento ao paciente.

• Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma da mão voltada para baixo.

• Aquecer a mão se necessário.

• Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria, fazendo leve pressão o suficiente para sentir a pulsação.

• Sentir o pulso antes de iniciar a contagem.

• Contar os batimentos durante um minuto.

• Repetir a contagem em caso de dúvida.

• Utilizar o oxímetro se possível para aferição.

• Quando utilizar oxímetro, após a verificação proceder desinfecção com álcool 70%.

• Realizar o registro do valor verificado.

Quadro 2: Valores de referência da frequência cardíaca

Idade	FC acordado	FC dormindo
RN até 3 meses	85 a 205	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	60 a 90
> 10 anos – adultos	60 a 100	50 a 90

Fonte: Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2ª edição

6.3 VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO

• Deitar o paciente ou sentá-lo apoiando os pés.

• Observar os movimentos de elevação e abaixamento do tórax. Um movimento respiratório equivale a uma inspiração e uma expiração.

• Para que o paciente não observe a contagem dos movimentos respiratórios disfarce colocando a mão no pulso do paciente.

• Contar os movimentos respiratórios durante um minuto

• Realizar o registro do valor verificado.

Quadro 3: Valores de referência da frequência respiratória

Idade	FR normal	Taquipneia	Bradipneia
RN	30 a 60 mrm	> 60 mrm	< 30 mrm
Criança	20 a 25 mrm	> 25 mrm	< 20 mrm
Adultos	12 a 22 mrm	> 22 mrm	< 12 mrm

Fonte: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2021/08/PO.ENF_.013-00-Verifica%C3%A7%C3%A3o-de-frequ%C3%AAncia-respirat%C3%B3ria.pdf .

6.4 VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

• Preparar o material necessário na bandeja;

• Realizar a higienização das mãos.

• Realizar desinfecção com algodão em álcool a 70% no estetoscópio e no esfigmomanômetro;

• Explicar o procedimento ao paciente e instruí-lo a não conversar durante a verificação;

• Escolher o manguito adequado ao braço do paciente (ver quadro 01) • Posicionar, se possível, o paciente sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira;

• O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima;

• Expor o braço para colocar o manguito;

• Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;

• Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;

• Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial

• Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;

• Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;

• Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);

• Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;

• Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);

• Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;

• Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero.

• Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida;

• Proceder a desinfecção com álcool 70% nos equipamentos utilizados para verificação.

Quadro 4: Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência do braço (cm)	Denominação do manguito	Largura do manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. BARROSO et al.

Quadro 5: Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. BARROSO et al.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro** **2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado / 2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** **2024** Direção de Enfermagem do PAM

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Punção venosa periférica	**Página:** 29 - 32
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Punção venosa periférica é a inserção de um cateter intravenoso, rígido ou flexível, em veia periférica, pelo método de punção.

2. OBJETIVO

• Fornecer via de acesso venoso para a administração de sangue e hemoderivados, líquidos, eletrólitos, contrastes, nutrientes e medicamentos;

• Coletar sangue.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• EPI: luvas de procedimento;

• Cateter intravascular periférico em calibre adequado;

• Bandeja ou cuba rim;

• Algodão embebido em álcool a 70%;

• Garrote;

• Tricotomizador (se necessário);

• Fita adesiva hipoalergênica

• Materiais complementares, de acordo com o procedimento a ser desenvolvido, tais como: sistema de infusão montado para venóclise, seringa com medicamento, frascos para coleta sangue ou outros.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Explicar o procedimento a se realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar ou acompanhante;

• Higienizar as mãos;

• Realizar a tricotomia da região escolhida, se necessário;

• Higienizar as mãos;

• Levar a bandeja para perto do paciente, colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;

• Posicionar o cliente de acordo com o local escolhido. Se o cliente estiver sentado, apoiar seu braço esticando o cotovelo; • Calçar luvas de procedimentos;

• Avaliar a rede venosa e escolher uma veia com calibre adequado a finalidade;

• Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites;

• Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamentos prévios, áreas com outros procedimentos planejados.

• Colocar o garrote acima do local escolhido, de modo que não interfira no fluxo arterial, além de solicitar que o cliente mantenha a mão fechada;

• Fazer antissepsia do local com álcool a 70%, em sentido único, de dentro para fora, e esperar o fluido secar espontaneamente;

• Em caso de sujidade visível, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;

• O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico;

• Pegar o cateter com a mão dominante com o bisel da agulha voltado para cima e em sentido do retorno venoso;

• Delimitar e imobilizar a veia, esticando a pele do paciente, com a mão não dominante, utilizando os dedos polegar e indicador;

• Proceder à punção e à introdução do dispositivo na veia, com o dispositivo em ângulo de 15 a 45 graus;

• Observar o refluxo de sangue para o cateter (canhão);

• No caso de punção com cateter endovenoso, introduzir a parte externa do dispositivo; Retirar o garrote e solicitar que o paciente abra a mão;

• Pressionar com o polegar a pele onde está apontado dispositivo e retirar o mandril;

• Conectar o extensor ou o equipo de soro, devidamente preenchido com soro, ou a seringa no dispositivo intravenoso;

• Abrir o clamp do equipo para iniciar a infusão;

• Verificar se a solução flui facilmente, observando se não há infiltração no local;

• Realizar a fixação com a fita adesiva hipoalergênica;

• A fixação deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca;

• Proteger r o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

• Identificar o acesso venoso com data, horário, dispositivo utilizado, calibre do dispositivo e nome do profissional que realizou o procedimento;

• Assegurar que o paciente esteja confortável e seguro no leito;

• Desprezar o material utilizado em local apropriado;

• Retirar as luvas;

• Higienizar as mãos;

• Proceder às anotações de enfermagem, constando: tipo do dispositivo e calibre que foram utilizados, número de tentativas de punção, local de inserção e ocorrências adversas e as medidas tomadas.

6.1 COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE

• Utilizar seringa com agulha ou scalp;

• Quando evidenciar o sangue na seringa, continuar a puxar o êmbolo até a quantidade necessária;

• Terminada a coleta, retirar o garrote;

• Retirar a agulha/seringa;

• Transferir o sangue coletados para os tubos necessários, respeitando a ordem (frascos para hemocultura, Tubos com citrato (tampa azul-claro), Tubos para soro com ativador de coágulo, com ou sem gel separador (tampa vermelha ou amarela), Tubos com heparina com ou sem gel separador de plasma (tampa verde), Tubos com EDTA (tampa roxa), Tubos com fluoreto (tampa cinza), respeitar o volume de sangue de cada tubo, proceder movimentos de homogeneização (exceto no tubo vermelho ou amarelo);

• Comprimir o local com algodão seco;

• Solicitar ao paciente para permanecer com braço estendido;

• Não flexionar o braço quando a punção ocorrer na dobra do cotovelo, pois esse gesto logo após a punção provoca lesão e hematoma no local;

• Encaminhar os frascos com amostra sanguínea, acompanhados pelo pedido médico, para a caixa térmica destinada a essa finalidade.

7. OBSERVAÇÕES

• Cateteres rígidos só devem ser utilizados para coleta de amostra sanguínea ou para administração de medicamentos em dose única;

• Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;

• Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento;

• A troca rotineira não deve ocorrer em período inferior a 96 horas;

• Não coletar o sangue do acesso para medicação, mesmo que seja no momento na primeira punção;

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro** **2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado / 2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** **2024** Direção de Enfermagem do PAM

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Banho de aspersão	**Página:** 32 - 33
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Procedimento de higienização corpórea realizada com ducha ou chuveiro que oportuniza à observação do estado da pele e verificação de anormalidades como: úlceras de decúbito, erupções e edema.

2. OBJETIVO

Eliminar sujidades, odores, abrir poros, estimular a circulação, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem

4. PERIODICIDADE

Uma vez ao dia e/ou quando se fizer necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Cadeira de banho, luva de procedimento, sabonete líquido fracionado, shampoo e condicionador, toalhas.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Fechar a porta do quarto;
- Levar o jogo de toalha e a roupa do paciente ao banheiro;
- Ligar o chuveiro;
- Verificar se a água do chuveiro está em temperatura adequada;
- Calçar luvas de procedimento;

• Auxiliar no transporte do paciente ao banheiro, utilizando a cadeira higiênica se necessário;

• Fechar a porta do banheiro na presença de outras pessoas;

• Solicitar ao paciente para que verifique se a temperatura da água do chuveiro está adequada;

• Auxiliar o paciente na retirada da roupa;

• Verificar se o paciente tem a necessidade de urinar e/ou evacuar;

• Proceder ou auxiliar na lavagem dos cabelos;

• Proceder ou auxiliar na lavagem corpórea com movimentos leves e circulares no sentido cefalocaudal;

• Desligar o chuveiro.

• Proceder ou auxiliar a secagem do paciente seguindo o sentido cefalocaudal;

• Vestir ou auxiliar na vestimenta do paciente;

• Escovar e secar os cabelos;

• Deixar paciente confortável no leito ou na poltrona;

• Realizar o relatório de enfermagem no prontuário do paciente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Banho de leito	**Página:** 34 - 36
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a higiene corporal completa realizada no próprio leito do paciente, devido à impossibilidade de locomoção, com a intenção de promover a limpeza da pele e o bem-estar da pessoa acamada ou que necessita de repouso. Promove maior interação enfermagem-cliente, favorece a realização do exame físico e a observação precoce de lesões por pressão ou outras anormalidades.

2. OBJETIVO

Promover a limpeza da pele e observação do cliente (pele, mucosas e anexos), prevenir infecções, estimular a circulação, proporcionar conforto e bem-estar.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Uma vez ao dia e/ou quando necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Jogo de cama (01 lençol, 01 sobre lençol, 01 travessa, fronhas, edredom ou cobertor);

• Toalhas;

• Compressas;

• EPIs: luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara cirúrgica simples;

• Utensílios: 02 bacias de banho, água morna; sabonete líquido; comadre ou papagaio; biombo; hamper.

• Materiais para higiene oral: espátulas para higiene oral ou escova de dentes, antisséptico oral, copos descartáveis, água;

• Carrinho de banho ou mesa auxiliar.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Identificar o paciente e explicar o procedimento para o mesmo e para o familiar/acompanhante;

• Higienizar as mãos;

• Reunir o material necessário e levar até o leito;

• Colocar o biombo;

• Oferecer comadre ou papagaio antes de iniciar o banho;

• Desprender a roupa de cama, retirar a colcha, o cobertor, o travesseiro e a camisola, deixando-o protegido com o lençol;

• Colocar EPIs;

• Colocar o paciente em posição de Fowler e realizar higiene oral;

• Verificar a temperatura da água;

• Abaixar a cabeceira da cama caso seja possível;

• Proceder a higienização dos olhos: não utilizar sabão, limpar do canto interno para o externo;

• Lavar rosto, orelhas e pescoço. Enxaguar e secar a pele muito bem, utilizando movimentos suaves;

• Realizar higiene do couro cabeludo, se necessário;

• Forrar o tórax com uma toalha de banho e colocar os braços por cima da toalha;

• Seguir para higienização dos membros superiores: colocar a toalha de banho sob um dos braços do paciente e lavá-lo iniciando da parte distal para proximal, fazendo movimentos de rotação; Colocar a mão do paciente dentro da bacia, lavá-la bem, procedendo o enxágue e secagem; Repetir o procedimento no outro lado;

• Com uma das mãos suspender a toalha que cobre o tórax e com a outra lavar o tórax e abdome;

• Enxaguar, secar e cobrir com o lençol;

• Descobrir a perna e colocar a toalha embaixo das pernas, realizar a higienização com movimentos de rotação no sentido distal para proximal;

• Flexionar o joelho do paciente e lavar os pés, da mesma forma como foi realizada a limpeza das mãos, secando bem entre os dedos. Repetir o procedimento do outro lado;

• Colocar o paciente em decúbito lateral, no sentido oposto ao do profissional que executa o banho. Colocar uma toalha no sentido do comprimento da cama na região dorsal;

• Lavar a região posterior, do pescoço até a porção inferior das nádegas, com movimentos leves e circulares. Enxaguar e secar.

• Forrar com a toalha de banho a altura das nádegas do paciente e colocar a comadre sob o paciente;

• Retornar o paciente em decúbito dorsal;

• Oferecer os materiais para que o paciente possa fazer sua higiene íntima, quando possível, ou realizar higiene íntima conforme técnica;

• Lateralizar o paciente, empurrar a roupa de cama suja (da lateral para o centro), fazendo uma barreira com lençol limpo;

• Realizar a limpeza concorrente do leito;

• Colocar lençóis limpos;

• Colocar fraldas, quando necessário for;

• Passar o paciente para o lado preparado, cobrindo-o com lençol limpo;

• O profissional que está em posição oposta deve realizar a limpeza concorrente na outra metade do leito, conforme técnica;

• Retirar as luvas de procedimento;

• Retornar o paciente em posição dorsal;

• Colocar uma vestimenta limpa;

• Pentear os cabelos;

• Acomodar o paciente confortavelmente no leito;

• Deixar o ambiente em ordem;

• Retirar EPIs e proceder higienização das mãos;

• Realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente;

7. OBSERVAÇÕES

• Certificar-se que o paciente esteja coberto, promovendo calor e privacidade;

• Proteger o paciente de quedas;

• Utilizar mecânica corporal favorável;

• Atenção a temperatura da água;

• Sempre lavar da área mais limpa para a mais suja;

• Encorajar a participação do paciente ao máximo;

• Trocar a água sempre que necessário;

• Atentar para cateteres, feridas, drenos e sondas;

• Atenção às unhas, apará-las e limpá-las se necessário;

• Tricotomia facial em homens quando necessário.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Higiene oral	**Página:** 37 - 38
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a remoção mecânica de sujidades para garantir a limpeza da cavidade oral (língua, dentes, gengivas e outras estruturas que participam do processo digestório). Tem por finalidade evitar a halitose e o ressecamento da boca.

2. OBJETIVO

- Prevenir cáries dentárias e outras complicações;
- Prevenir o acúmulo de secreções, formação de crostas e odores desagradáveis;
- Facilitar a alimentação;
- Estimular glândulas salivares;
- Prevenir e controlar infecções bucais, digestivas e respiratórias;
- Manter a integridade da mucosa bucal;
- Proporcionar conforto.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Pela manhã, após as refeições e sempre que se fizer necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cuba rim;
- Escova de dentes ou espátulas com gazes;
- Creme dental e/ou solução antisséptica oral;
- Copo com água (e canudo, se necessário);
- Toalha de rosto;
- Lubrificante para lábios;

• Luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Higienizar as mãos, reunir o material e explicar o procedimento ao paciente;

• Colocar o paciente em posição de Fowler e com a cabeça lateralizada. Na impossibilidade de posicionar em Fowler, manter a cabeça lateralizada;

• Proteger o tórax com a toalha de rosto;

• Colocar EPIs: luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara;

• Se o paciente for capaz de realizar sua própria escovação, ofereça-lhe o material e auxilie, se for necessário;

• Para realizar a escovação, disponha o creme dental na escova ou espátula e a água com antisséptico em um copo;

• Colocar a cuba-rim sob a bochecha;

• Solicitar para que abra a boca ou abri-la com auxílio da espátula;

• Iniciar a limpeza na cavidade bucal a partir da gengiva para os dentes em movimentos circulares, depois do palato para os dentes. Limpar a face interna das bochechas com movimentos circulares e por último a língua;

• Repetir o movimento por quantas vezes for necessário;

• Esvaziar o conteúdo da boca na cuba rim previamente posicionada;

• Enxaguar lábios e região perilabial do paciente;

• Acomodar o cliente e organizar o ambiente;

• Retirar EPIs;

• Higienizar as mãos;

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.

7. OBSERVAÇÕES:

• Verificar se o paciente possui prótese dentária. Em caso positivo, remover e realizar a limpeza da mesma.

• Caso o paciente tenha sialorreia abundante, torna-se desejável a realização de aspiração orotraqueal;

• Para pacientes inconscientes e entubados o procedimento é feito com espátulas envoltas em gazes embebidas de solução antisséptica e sonda de aspiração para remoção do líquido residual.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Higiene íntima	**Página:** 39 - 41
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A higiene íntima consiste na limpeza e higienização da região genital e perineal.

2. OBJETIVO

Conforto, prevenir infecções e dermatites locais.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Deve ser realizada após eliminações vesicointestinais, na troca de fraldas, durante o banho, antes da realização de cateterismo vesical ou exames que envolvam a região.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs;
- Biombo;
- Toalha de banho;
- Sabonete líquido;
- Compressas não esterilizada;
- Cuba rim ou similar;
- Jarro com água morna;
- Comadre;
- Fralda descartável;
- Papel higiênico;
- Recipiente para lixo.
- Carrinho de banho ou mexa auxiliar.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1 Higiene íntima feminina:

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Reunir e dispor o material;

• Preparar o ambiente, fechar a porta do quarto e isolar o leito com biombo, se necessário.

• Higienizar as mãos;

• Colocar EPIs;

• Colocar a paciente em posição ginecológica cobrindo-a com um lençol;

• Colocar o forro e a comadre sob a paciente.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• Verificar a temperatura da água como a face interna do antebraço.

• Derramar pequena quantidade de água morna na face interna das coxas, região genital e perineal;

• Ensaboar a região pubiana, vulva e períneo, de cima para baixo;

• Higienizar região perineal e ânus por último;

• Enxaguar irrigando o local;

• Retirar a comadre e o forro;

• Enxugar delicadamente com uma toalha;

• Colocar a fralda;

• Deixar a paciente em posição confortável e o quarto em ordem.

• Recolher todo material e encaminhar ao expurgo;

• Retirar os EPIs;

• Higienizar as mãos;

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.

6.2 Higiene íntima masculina:

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Reunir e dispor o material;

• Preparar o ambiente, fechar a porta do quarto e isolar o leito com biombo, se necessário.

• Higienizar as mãos;

• Colocar o forro e a comadre sob a paciente.

• Calçar as luvas de procedimentos.

• Verificar a temperatura da água como a face interna do antebraço.

• Realizar a higiene íntima afastando o prepúcio e ensaboando com compressas no sentido do meato uretral, raiz do pênis e bolsa escrotal;

• Enxaguar, secar e retornar o prepúcio à posição original;

• Higienizar região perineal e ânus por último;

• Enxaguar irrigando o local;

• Retirar a comadre e o forro;

• Enxugar delicadamente com uma toalha;

• Colocar a fralda;

• Deixar a paciente em posição confortável e o quarto em ordem.

• Recolher todo material e encaminhar ao expurgo;

• Retirar os EPIs;

• Higienizar as mãos;

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Curativo	**Página:** 43 - 45
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É um cuidado de enfermagem dispensado a uma área do corpo que sofreu lesão, utilizando-se materiais que são colocados diretamente sobre a lesão. Para a seleção do tipo de curativo que será aplicado é necessária uma avaliação completa da ferida quanto a localização anatômica, tamanho, profundidade, tipos de tecidos presentes na lesão (granulação, necrose, epitelização), pele perilesional, bordas da lesão e exsudato. Os curativos podem ser classificados em:

• **Aberto:** utilizado em feridas sem infecção, permanecendo aberto após o tratamento. Ex: ferida operatória limpa e seca após 24horas do ato cirúrgico.

• **Oclusivo:** curativo em que, após a limpeza da lesão e aplicação de medicamentos, a ferida é fechado ou ocluída com gaze/chumaços e atadura.

• **Compressivo:** curativo com compressão para estancar hemorragias ou vedar uma incisão.

2. OBJETIVO

• Limpar a ferida;

• Promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la;

• Tratar e prevenir infecções;

• Prevenir contaminação exógena;

• Remover corpos estranhos;

• Proteger a ferida contra traumas mecânicos;

• Promover hemostasia;

• Fazer desbridamento mecânico e remover tecidos necróticos;

• Reduzir edemas;

• Drenar e/ou absorver secreções e exsudatos inflamatórios;

• Diminuir odor;

• Manter a umidade da ferida;

• Fornecer isolamento térmico;

• Dar conforto psicológico ao paciente;

• Diminuir a intensidade da dor;

• Limitar a movimentação em torno da ferida.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

A periodicidade de troca do curativo dependerá da cobertura utilizada, sendo necessária avaliação individualizada. A troca de curativos oclusivos realizados com gaze devem ser trocados a cada 24horas ou em período inferior na presença de saturação da cobertura, presença de sujidade ou umidade.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Pacote de curativo (pinça Kelly ou Kocher, pinça dente de rato ou pinça anatômica e tesoura).

• Luva estéril caso não sejam utilizadas pinças;

• Soro fisiológico (0,9%);

• Agulha 40/12 para irrigação;

• EPIs;

• Seringa 20 ml;

• Fita adesiva;

• Gaze e chumaço estéril;

• Cobertura ou pomada prescrita;

• Saco plástico ou forro impermeável;

• Biombo se necessário.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Higienizar as mãos antes e após o procedimento;

• Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do cliente;

• Prender o saco de lixo em local de fácil acesso;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Manter o paciente em posição confortável e de modo a evitar exposição, utilizando o biombo se necessário;

• Colocar EPIs;

• Descobrir a área a ser tratada e proteger a cama com forro;

• Abrir o pacote de curativo mantendo técnica asséptica e colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;

• Retirar o curativo anterior com auxílio da pinça dente de rato ou luva de procedimento e, se necessário, embebê-lo em solução salina, auxiliando na remoção do curativo e desprezando-o em saco plástico;

• Separar as pinças utilizadas na periferia do campo estéril;

• Manter a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com soro fisiológico;

• Limpar a lesão, utilizando todas as faces da gaze, da área menos para a mais contaminada; utilizar quantas gazes forem necessárias e sempre em sentido único;

• Secar a pela íntegra, mantendo o leito da ferida levemente úmido, favorecendo a granulação do tecido;

• Ocluir a lesão com a cobertura prescrita (colagenase, hidrogel, sulfadiazina de prata) e com a cobertura secundária (gaze, chumaço, ataduras), fixando com fita adesiva;

• Reunir o material utilizado e encaminhá-lo ao expurgo;

• Retirar as luvas de procedimento;

• Higienizar as mãos;

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.

7. OBSERVAÇÃO

• Para lesões com tecido de cicatrização ou fibrina, indica-se o uso de soro fisiológico morno em jato sobre a lesão.

• Identificar o curativo com nome, data e horário.

• Em caso de ferida operatória (FO), se a ferida não estiver contaminada, a pele ao redor é considerada mais contaminada que a ferida. Neste caso, manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

• A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.

• Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.

• Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.

• Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

TITULO: Curativo de traqueostomia	**Página:** 46 – 47
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico realizado no nível do pescoço abaixo da laringe para abertura da traqueia. Na abertura coloca-se uma cânula plástica e posteriormente a metálica. O procedimento pode ser temporário ou definitivo.

2. OBJETIVO

Assegurar a desobstrução da via respiratória pela manutenção do tubo livre de acúmulo de muco, manter a integridade da mucosa e da pele, prevenir infecção e proporcionar apoio psicológico.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que houver a necessidade de desobstrução das vias respiratórias, ou quando houver necessidade da troca por motivo de acúmulo de secreção.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Material para curativo esterilizado;
- Cadarço;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Gazes esterilizadas;
- EPIs: avental com manga longa, óculos de proteção individual, máscara descartável,
- Biombo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Lavar as mãos.

• Reunir os materiais.

• Explicar o procedimento ao paciente.

• Colocar os EPI’s (Equipamentos de Proteção Individual) e o biombo.

• Posicionar o paciente em Fowler e proteger o tórax com forro.

• Certificar-se que o cuff está insuflado, no caso da cânula plástica.

• Aspirar, se necessário.

• Abrir o material de curativo.

• Remover o curativo anterior com auxílio da pinça dente de rato ou luva de procedimentos.

• Usar técnica asséptica de curativo para limpar ao redor do estoma e a pele que o circunda, utilizando SF 0,9%.

• Secar com gaze estéril.

• Trocar o cadarço da cânula, ajustando-o adequadamente.

• Proteger a pele limpa da cânula de traqueostomia com gazes estéreis.

• Desprezar o material descartável e organizar o ambiente.

• Higienizar as mãos.

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente.

7. OBSERVAÇÕES

• Se o tubo de traqueostomia for exteriorizado ou o paciente apresentar dispneia, chamar imediatamente o médico.

• Monitorar constantemente o paciente.

• Atentar para não cortar o tubo do balonete no caso da cânula plástica.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Administração de nutrição enteral	**Página:** 48 - 50
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A Nutrição Enteral (NE) é entendida como alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. OBJETIVO

Manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

A administração da dieta enteral é realizada a cada 3 horas ou conforme prescrição da nutricionista.

Horários padronizados: 09, 12, 15, 18, 21 horas.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Nutrição enteral;
- Água fervida ou filtrada;
- Frasco descartável;
- Equipo de nutrição enteral;
- Bandeja Inox;
- Seringa de 20ml;
- Luva de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Receber a dieta enteral, nos horários pré estabelecidos, trazida pela copeira;

• Receber o frasco com água filtrada/fervida no início da manhã, trazido pela copeira;

• Realizar inspeção visual dos frascos e conferir os dados do paciente;

• Conferir a prescrição nutricional no prontuário do paciente com o rótulo do frasco de dieta;

• Higienização das mãos;

• Reunir o material;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente em Fowler;

• Verificar a estase gástrica com seringa de 20 ml;

• Conectar o equipo de infusão ao frasco de nutrição enteral;

• Preencher todo o lúmen do equipo de infusão com a nutrição enteral;

• Adequar o gotejamento conforme rótulo da dieta enteral;

• O gotejamento deve ser lento, na velocidade de aproximadamente 01 (uma) gota por segundo;

• Frascos com até 150ml de dieta devem correr em uma hora e frascos com 200ml ou mais devem correr em duas horas;

• Ao término da nutrição enteral, conectar o frasco com água fervida ou filtrada ao equipo de infusão e administrar 50 ml (ou conforme prescrição da nutricionista);

• Manter a unidade organizada e em ordem;

• Desprezar o material utilizado em local apropriado;

• Realizar higienização das mãos;

• Checar no prontuário do paciente o horário de administração da dieta;

• Realizar o registro do procedimento realizado no prontuário do paciente;

7. OBSERVAÇÕES

• A conservação das dietas enterais deve ser realizada em geladeira (temperatura de 2 a 8°C), com validade de 24horas após manipulação, mesmo sob refrigeração;

• O tempo máximo de infusão é de 02 horas;

• Interromper a dieta nas seguintes situações:

- Vômitos;
- Desposicionamento da sonda;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Sangramento digestivo;
- Distensão abdominal (comunicar médico e a nutricionista);

• Refluxo e broncoaspiração, sendo necessário nesta situação manter a cabeceira elevada, realizar aspiração endotraqueal, comunicar o médico sobre o ocorrido e registrar em prontuário;

• No surgimento de diarreia, 2 episódios consecutivos deve-se suspender a dieta por um horário e entrar em contato com a nutrição para possível reajuste da formulação, volume e gotejamento. O médico deve ser avisado para avaliar a necessidade do uso de medicamentos ou soluções. Anotar em prontuário o aspecto e quantidade das evacuações;

• Recomenda-se checar sempre o posicionamento da sonda de alimentação enteral a cada troca de plantão ou em caso de suspeita de desposicionamento (distensão, vômito, alteração da fixação do cateter, exteriorização do cateter);

• Verificar resíduo gástrico antes de cada administração da dieta:

• Se apresentar resíduo superior a 200ml, reinfundir o volume com seringa, suspender a dieta de horário, anotar em prontuário e aguardar até o próximo horário de administração;

• Se for inferior a 200ml, administrar a dieta do horário normalmente;

• Para a administração de medicamentos por cateter nasogástrico ou nasoentérico deve-se triturar e dissolver os medicamentos em água filtrada ou fervida e administrar em bolus; No caso de medicação em cápsulas dissolver o conteúdo das cápsulas em água filtrada ou fervida e administrar também em bolus;

• Enxaguar com água filtrada ou fervida todo a extensão do dispositivo de nutrição enteral após administração de dieta ou medicamentos, evitando obstrução;

• Realizar a troca e identificação do equipo de nutrição enteral a cada 24 horas.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via oral	**Página:** 51 - 52
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É o emprego de drogas curativas, paliativas ou diagnósticas pela cavidade oral, podendo ser deglutido, sublingual, nasogástrico ou nasoentérico, através de dispositivos.

Os medicamentos podem apresentar-se na forma de comprimidos, comprimidos de cobertura entérica, cápsulas, xaropes, elixires, óleos, líquidos, suspensões, pós e grânulos.

2. OBJETIVO

Tratar os sintomas e/ou doença do paciente.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Copo descartável/ graduado;
- Medicação prescrita;
- Etiqueta de identificação;
- Conta gotas quando necessário;
- Bandeja;
- EPIs;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rotulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou uma gaze para auxiliar;

• Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta-gotas;

• Conferir novamente os dados e colocar a medicação em copo descartável;

• Higienizar as mãos;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Oferecer a medicação;

• Certificar-se que o medicamento foi deglutido;

• No caso de administração de medicamento sublingual:

• Solicitar que o paciente enxágue a boca com água a fim de remover resíduos alimentares;

• Administrar o medicamento colocando o mesmo, com o auxílio de uma gaze, sob a língua, orientando o paciente que o mesmo não engula a saliva por alguns minutos e nem o medicamento;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica;

• Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via ocular	**Página:** 53 - 54
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:**
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É o emprego de drogas curativas, paliativas ou diagnósticas nos olhos, conforme prescrição médica.

2. OBJETIVO

Padronizar a aplicação de medicamentos via ocular.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicação prescrita;
- Gazes;
- Luvas de procedimento;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;
- Fazer o rotulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;
- Higienizar as mãos;
- Separar a medicação;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira do leito;
- Solicitar que o mesmo incline a cabeça para cima;

• Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze;

• Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva, tomando cuidado para não tocar na conjuntiva do paciente;

• Soltar as pálpebras e solicitar que o paciente mantenha os olhos fechados.

• Secar o excesso de medicação;

• Para aplicação de pomada, colocar uma fina camada de pomada em toda a extensão do fórnix inferior, tomando cuidado para não tocar na conjuntiva do paciente com a ponta da bisnaga;

• Limpar o excesso de medicação;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via nasal	**Página:** 55 - 56
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a aplicação de soluções medicamentosas na mucosa nasal através de orifícios nasais.

2. OBJETIVO

Aliviar a congestão nasal, facilitar a drenagem de secreção nasal, administração de analgésicos locais, anestésicos e medicações específicas.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicação;
- Bandeja;
- Etiqueta;
- Luva de procedimento;
- Gaze ou lenço de papel;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar a medicação;

• Solicitar que o paciente assoe o nariz. Para pacientes dependentes, realizar a higiene das narinas;

• Colocar o paciente sentado ou elevar a cabeceira da cama;

• Solicitar que o paciente incline a cabeça para trás;

• Aplicar a medicação utilizando-se o conta-gotas acima das narinas (evitando tocar o conta-gotas na mucosa nasal);

• Limpar o excesso de medicação com a gaze;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via inalatória	**Página:** 57 - 58
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

São administrados com inaladores manuais onde a medicação é dispersa através do vapor. O vapor penetra nas vias aéreas pulmonares promovendo a absorção alvéolo-capilar ou a fluidificação de secreção das vias aéreas. Tem como objetivo a administração de medicação ou apenas fluidificar secreções.

2. OBJETIVO

Administração de medicação para tratamento ou apenas fluidificar secreções.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Nebulizador plástico com máscara;
- Extensão/prolongamento em silicone;
- Fluxômetro de O2 ou ar comprimido conectado a rede;
- Medicação ou solução prescrita;
- Luvas de procedimentos;
- Etiqueta para identificação.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente em Fowler;

• Conectar o copo do nebulizador ao fluxômetro através do prolongamento e conectar a máscara ao copo do nebulizador;

• Abrir o fluxômetro regulando a quantidade de litros de O2 por minuto conforme prescrição médica;

• Colocar a máscara sobre a face do paciente;

• Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto;

• Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via tópica	**Página:** 59 - 60
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste na administração de medicações diretamente na superfície epidérmica. Incluem loções, pastas, pomadas, cremes e aerossóis. A medicação é absorvida através da camada epidérmica para a derme.

2. OBJETIVO

Realizar o tratamento de lesões de pele, dores musculares e/ou articulares.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Medicação;
- Etiqueta;
- Luva de procedimento;
- Gazes;
- Espátula.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Calçar as luvas;

• Proceder à higiene da pele com água e sabão se necessário;

• Aplicar a medicação utilizando espátula ou gaze;

• Espalhar a medicação massageando a pele delicadamente;

• Deixar o paciente confortável;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via endovenosa	**Página:** 61 - 63
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

O emprego de drogas curativas, paliativas ou diagnósticas na corrente sanguínea, utilizando acesso venoso periférico ou central.

2. OBJETIVO

Para tratamento de doenças e/ou sintomas, utilizado quando se deseja uma ação mais imediata da droga.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Agulha 40x12 para aspirar a medicação;
- Seringa conforme volume da medicação;
- Algodão;
- Álcool 70 %;
- Garrote;
- Luva de procedimento;
- Medicamento prescrito previamente preparado;
- Dispositivo intravascular periférico, flexível ou rígido, em calibre adequado;
- Fita adesiva para fixação;
- Etiqueta para identificação;
- Equipo quando a medicação for diluída em soro;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Verificar a prescrição médica e a medicação, conferindo nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Calçar as luvas;

• Garrotear o braço do paciente e selecionar uma veia para punção;

• Realizar antissepsia do local escolhido, com movimento em sentido único, utilizando as várias faces do algodão;

• Posicionar a agulha com o bisel voltado para cima e proceder à punção venosa;

• Observar o refluxo de sangue no canhão;

• Soltar o garrote;

• Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;

• Se o paciente já possui acesso venoso periférico, conectar a seringa ao polifix e administrar a medicação lentamente. Ao término, salinizar o acesso;

• Se a medicação estiver diluída em soro, conectar ao acesso venoso a extremidade distal do equipo, posteriormente a remoção de ar do circuito e adequar o gotejamento. Ao término, salinizar o acesso;

• Deixar o paciente confortável;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

7. OBSERVAÇÕES

• Não administrar a medicação caso a mesma esteja vencida ou com coloração diferente do habitual;

• Comunicar imediatamente o médico assistente caso o paciente apresente alguma reação indesejada após a administração da medicação;

• Caso o paciente se recuse a receber a medicação, comunicar o médico assistente e relatar no prontuário.

Elaboração	Revisão:	Aprovação
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via intradérmica	**Página:** 64 - 65
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

O emprego de drogas curativas, paliativas ou diagnósticas na derme. A derme é a camada da pele situada entre a epiderme e o tecido subcutâneo. O local mais comum para administração de medicamento via intradérmica é a face ventral do antebraço e o volume máximo de aplicação é de 0,5ml.

2. OBJETIVO

Aplicação de vacinas e medicamentos, realização de testes de sensibilização a alérgenos.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Seringa 1 ml;
- Agulha 13 x 4,5;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Algodão;
- Luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Conferir a prescrição médica e a medicação, confirmando o nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente;

• Calçar as luvas;

• Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;

• Fazer a limpeza da pele com água e sabão caso seja necessário. A antissepsia com álcool 70% não é indicada;

• Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;

• Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;

• Injetar a solução lentamente e observar a formação da pápula, retirando a agulha com movimento rápido e único;

• Não friccionar o local;

• Caso haja sangramento, comprimir suavemente o local com algodão seco;

• Desprezar o material utilizado;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via intramuscular	**Página:** 66 – 68
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a introdução de medicamentos entre as camadas musculares.

2. OBJETIVO

Aplicação de medicamentos e vacinas.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Seringa de 3 ou 5ml, de acordo com o volume a ser aspirado;
- Agulha 40x12 para aspirar;
- Agulha 25x7 ou 30x7 para aplicar;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Luvas de procedimento

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Conferir a prescrição médica e a medicação, verificando nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável.

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Escolher o local para administração da medicação conforme indicação e volume a ser administrado;

• Posicionar o paciente;

• Calçar as luvas;

• Fazer antissepsia da pele com algodão e álcool 70º;

• Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;

• Introduzir a agulha em ângulo perpendicular a pele (90°);

• Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

• Injetar o líquido lentamente;

• Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

• Fazer leve compressão no local;

• Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (coletor de perfurocortante);

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

7. OBSERVAÇÕES

Devem-se considerar:

• Musculatura suficiente para absorção de medicamentos;

• Espessura do tecido adiposo;

• Irritabilidade da droga;

• Volume máximo de injeção que o músculo comporta;

• Dimensionar as agulhas conforme o grupo etário, condições físicas do paciente e tipo de solução.

Os locais para administração de medicamentos por via intramuscular são:

7.1 Região do deltoide

• Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;

• Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio;

• Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário;

7.2 Região ventro-glútea

• Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

• Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

• Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

• Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;

• Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;

• Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos;

• Face vasto lateral da coxa;

• Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

• Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;

• Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos;

7.3 Região dorso glútea

• Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

• Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocânter do fêmur;

• Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;

• Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via subcutânea	**Página:** 69 - 70
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:**
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a administração de fármacos na tela subcutânea, denominada hipodérmica.

2. OBJETIVO

Administrar insulina, anticoagulantes, vacinas ou outros medicamentos indicados por esta via.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Seringa de 1 ou 3 ml, conforme medicação a ser administrada;
- Agulha 13 x 4,5 para aplicação;
- Agulha 40 x 12 para aspiração;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Etiqueta para identificação.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Conferir a prescrição médica e a medicação, verificando o nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Escolher o local para administração da medicação;

• Posicionar o paciente;

• Calçar as luvas;

• Fazer antissepsia da pele com algodão e álcool;

• Realizar uma prega cutânea distendendo a pele do local de aplicação com os dedos polegar e indicador da mão dominante;

• Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90º;

• Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo. Caso tenha atingido, retire a agulha e reinicie o procedimento;

• Injetar o líquido lentamente;

• Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme;

• Fazer leve compreensão no local com algodão;

• Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (coletor de perfurocortante);

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

7. OBSERVAÇÕES

• No caso de anticoagulantes, não efetuar a aspiração após a aplicação pelo risco aumentado de causar hematomas;

• Utilizar volume máximo de 1ml;

• Locais de aplicação:

  • Região deltoide no terço proximal;

  • Face superior externa do braço;

  • Face anterior da coxa;

  • Face anterior do antebraço.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via retal	**Página: 7**1 – 72
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste na introdução de medicamentos através do orifício anal atingido a mucosa retal, em forma de supositórios, clister ou enteroclisma.

2. OBJETIVO

• Induzir a absorção pela mucosa intestinal, a fim de alcançar efeitos terapêuticos locais e sistêmicos;

• Estimular a peristalse e defecação;

• Aliviar dores, vômitos, irritação local, prurido e febre;

• Tratar processos inflamatórios.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Medicação (supositório, pomada e aplicador);

• Bandeja;

• Toalhas de papel ou papel higiênico;

• Etiqueta;

• Luva de procedimento;

• Comadre;

• Biombo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Conferir a prescrição médica e a medicação, verificando nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente;

• Calçar as luvas;

• Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo (Posição de Sims). • Descobrir a região anal expondo somente o local da aplicação. • Afastar as pregas interglúteas com a mão não-dominante, utilizando uma gaze para melhor visualização do orifício anal;

• Introduzir o medicamento colocando o mesmo, com auxílio de uma gaze, no orifício, ultrapassando o esfíncter anal;

• Solicitar ao paciente que se possível mantenha a mesma posição por 15 a 20 minutos e retenha o medicamento por mais ou menos 30 minutos;

• Certificar que o medicamento tenha sido completamente introduzido;

• Limpar os excessos;

• Deixar o paciente confortavelmente;

• Desprezar o material utilizado no expurgo;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Preparo e administração de medicação via vaginal	**Página:** 73 - 74
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a introdução de medicamentos na mucosa vaginal pelo canal vaginal. As medicações podem apresenta-se na forma de velas, tampões, supositórios, comprimidos, óvulos, cremes, géis e pomadas.

2. OBJETIVO

- Preparar para cirurgias do órgão reprodutor;
- Tratar e/ou prevenir processos inflamatórios e infecções;
- Realizar contracepção;
- Fazer reposição hormonal.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicação;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Absorvente intimo externo;
- Etiqueta;
- Biombo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir a prescrição médica e a medicação, verificando nome do paciente, dose prescrita, via de administração prescrita, horário, data da prescrição médica;

• Fazer o rótulo da medicação contendo: quarto, leito, nome do paciente, medicamento, dose, via de administração, horário e nome do responsável;

• Higienizar as mãos;

• Separar e preparar a medicação;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente;

• Calçar as luvas;

• Proceder à higiene externa da região genitália (conforme técnica);

• Colocar a paciente em posição ginecológica;

• Expor somente a região perianal;

• Afastar os grandes lábios, com a mão não-dominante, utilizando uma gaze para melhor visualização do orifício vaginal;

• Introduzir o medicamento colocando o mesmo, com o auxílio de uma gaze ou aplicador vaginal, no orifício;

• Colocar o absorvente íntimo externo, se necessário;

• Solicitar a paciente que se mantenha deitada por cerca de 30 minutos;

• Certificar que o medicamento tenha sido completamente introduzido;

• Limpar os excessos de pomadas;

• Deixar a paciente confortável;

• Desprezar o material utilizado no expurgo;

• Higienizar as mãos;

• Checar a medicação na prescrição médica

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Oxigenoterapia	**Página:** 75 - 76
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste na administração de oxigênio medicinal aos pacientes com queda da saturação de oxigênio através de dispositivos como cateteres nasais, cânulas nasais (tipo óculos) ou máscaras de oxigênio ou Venturi.

2. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para aplicação de oxigenoterapia por meio de dispositivos apropriados.

3. EXECUTANTE

Equipe de Enfermagem

4. PERIODICIDADE

Conforme determinação médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Rede de oxigênio, manômetro, fluxômetro, prolongamento de silicone, umidificador, água destilada, etiqueta adesiva, luva de procedimento, cateter nasofaríngeo, cânula nasal dupla, máscara de oxigênio, kit de Venturi ou kit de nebulização, traqueia curta e traqueia longa para máscara de oxigênio.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1 Cateter nasal tipo óculos:

- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Abrir fluxômetro;
- Ajustar a cânula;
- Manter fluxômetro conforme prescrito os litros por minutos;

• Monitorar saturação;

• Deixar o paciente confortável;

• Proceder às anotações de enfermagem no prontuário do paciente;

6.2 Máscara facial de oxigênio:

• Lavar as mãos;

• Orientar o paciente sobre o procedimento;

• Unir a máscara ou o kit de nebulização ao extensor e este ao umidificador;

• Abrir o fluxômetro e deixar sair o oxigênio na quantidade prescrita;

• Adaptar a máscara à face do paciente;

• Amarrar com o cadarço, cuidando para não lesionar o tecido tegumentar;

• Deixar o paciente confortável;

• Colocar data, hora e nome do profissional que instalou a máscara;

• Proceder ao relatório de enfermagem no prontuário do paciente;

6.3 Kit de Venturi:

• Lavar as mãos;

• Orientar o paciente sobre o procedimento;

• Unir a máscara à válvula de porcentagem de oxigênio e este, ao extensor;

• Unir o extensor ao umidificador;

• Abrir o fluxômetro e deixar sair o oxigênio na quantidade prescrita;

• Adaptar a máscara à face do paciente;

• Amarrar com o cadarço, cuidando para não lesionar o tecido tegumentar;

• Deixar o paciente confortável;

• Colocar data, hora e nome do profissional que instalou a máscara;

• Proceder ao relatório de enfermagem no prontuário do paciente.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

• As máscaras e os cateteres de oxigenoterapia devem estar perfeitamente adaptados ao paciente para, desta forma, oferecer o aporte de oxigênio adequado ao paciente;

• Após o início da oxigenoterapia, a enfermagem deve observar e monitorar a saturação, frequência respiratória, a pressão arterial e a frequência cardíaca do paciente.

• Ao utilizar oxigenoterapia em cateter nasal tipo óculos, sempre observar o limite de O2 que pode ser usado neste tipo de cateter. (ATÉ 3 L/MIN).

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Utilização de ventilador mecânico	**Página:** 77 – 78
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:**
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É um mecanismo artificial para controlar a respiração do paciente podendo realizar o trabalho respiratório sozinho ou recebendo ajuda do paciente. Manter o paciente realizando o trabalho respiratório, que compreende em todo o esforço necessário para expandir e contrair os pulmões, o processo pelo qual os gases penetram e deixam os pulmões.

2. OBJETIVO

Preparar o ventilador mecânico para o procedimento de intubação orotraqueal e intervir de modo a assegurar adequada e efetiva dinâmica ventilatória ao cliente.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme necessidade do paciente.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ventilador mecânico, válvulas, traqueias, conexão e filtro

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Instalar quando houver indicação de VM (Ventilação Mecânica);

• Preparar equipamentos necessários (Ventilador, Válvulas, traqueias, conexão e filtro);

• Utilizar válvulas redutoras de oxigênio e ar comprimido;

• Montar o aparelho, de forma estéril;

• Verificar se as conexões estão adaptadas adequadamente;

• Adaptar as válvulas redutoras de oxigênio e ar comprimido à tubulação e à canalização do respirador, bem como fios de rede elétrica;

• Ligar o botão atrás do aparelho;

• O estabelecimento dos parâmetros de ventilação deve ser definido pelo profissional médico.

• Conectar o respirador ao cliente, observando expansão torácica e saturação do paciente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Aspiração por sistema fechado	**Página:** 79 - 80
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Esse procedimento tem algumas vantagens em relação ao sistema aberto de aspiração traqueal. A vantagem é que o sistema fechado dispensa a desconexão do circuito no momento do procedimento, reduzindo assim as chances de desenvolvimento de infecções respiratórias por causas relacionadas à manipulação inadequada.

2. OBJETIVO

Retirar secreções traqueais e mitigar o risco de infecção.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

A aspiração traqueal é realizada quando os ruídos adventícios são auscultados ou sempre que as secreções estiverem nitidamente presentes.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sistema de aspiração: rede de vácuo, conectada por um fluxômetro ao frasco de aspiração ou aspirador elétrico portátil, extensão de látex ou de material siliconizado, sistema de aspiração fechada, seringa de 20ml com água destilada, luva de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Introduzir a sonda de aspiração no tubo ou cânula traqueal;

• Observar que a marcação da sonda (em centímetros) deve acompanhar a marcação do tubo;

• Pressionar o botão de sucção do dispositivo, enquanto recua a sonda, puxando-a lentamente. Obedecer ao tempo estabelecido de 10 segundos para cada aspiração;

• Lavar a sonda e o sistema com água destilada, através do injetor lateral do dispositivo, utilizando seringa de 20 ml. Para isso, a sonda deverá estar totalmente recuada a fim de impedir a entrada de água nas vias aéreas.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Aspiração por sistema aberto	**Página:** 81 - 83
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Enfermeiro	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a retirada de secreções endotraqueais via tubo endotraqueal ou traqueostomia, de forma asséptica por meio de um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).

2. OBJETIVO

Manter as vias aéreas livres e permeáveis, garantindo uma ventilação e oxigenação adequada a fim de prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente.

3. EXECUTANTE

Enfermeiro.

4. PERIODICIDADE

A aspiração traqueal é realizada quando os ruídos adventícios são auscultados ou sempre que as secreções estiverem nitidamente presentes.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ventilador manual (AMBU) conectada ao sistema de oxigênio – fluxômetro de oxigênio, extensão de silicone/látex, copo umidificador com água destilada, se necessário. Frasco coletor intermediário com redutor de pressão, extensões de silicone/látex esterilizadas, cateter para aspiração – medindo um terço do calibre interno da cânula (adulto – 12 ou 14), oxímetro de pulso, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) - luva plástica estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção e máscara cirúrgica, compressa/gazes esterilizadas, seringa de 05 ml com SF 0,9%, se necessário.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Conectar o frasco redutor de pressão no sistema de vácuo;
- Conectar uma das extremidades da extensão de silicone na saída do frasco redutor;
- Adaptar a outra extremidade da extensão no suspiro curto do frasco coletor intermediário;

• Adaptar uma das extremidades de outra extensão de silicone no suspiro longo do frasco coletor intermediário e a outra extremidade, protegê-la com envólucro esterilizado;

• Ligar o sistema de aspiração e verificar se a pressão está entre 80 a 120mmHg e logo em seguida, desligá-lo;

• Confirmar o bom funcionamento do oxímetro de pulso;

• Conectar o AMBU ao sistema de oxigênio;

• Reunir os materiais necessários;

• Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira;

• Colocar o biombo ao redor do leito;

• Colocar o cliente na posição de fowler ou semi-fowler, se não contraindicado;

• Paramentar-se com os EPIs;

• Solicitar ao profissional auxiliar que abra o pacote de gazes e da compressa estéril e a do frasco de solução fisiológica e que ligue o sistema de vácuo;

• Colocar a compressa esterilizada sobre o tórax e colocar as gazes esterilizadas sobre essa;

• Solicitar ao profissional auxiliar que abra a embalagem do cateter de aspiração na extremidade que fica a válvula de controle de pressão;

• Retirar o cateter da embalagem com a mão dominante, enrolando-o na mão;

• Solicitar ao profissional auxiliar pegar a extensão de silicone;

• Conectar o cateter à extensão de silicone com a mão não-dominante;

• Levantar a mão não-dominante o suficiente para desenrolar o cateter na mão dominante;

• Solicitar ao profissional auxiliar que desconecte o intermediário da cânula, sem encostar a extremidade de encaixe em qualquer outra superfície;

• Ocluir a válvula de controle do cateter ou dobrar a extensão de silicone com o polegar da mão não-dominante;

• Introduzir o cateter pela cânula até sentir resistência, e logo em seguida, recuar um centímetro;

• Desobstruir a válvula do controle do cateter desdobrando a extensão de silicone da mão não-dominante;

• Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Este procedimento de entrada e retirada da sonda deve durar no máximo 10s;

• Se forem necessárias aspirações adicionais, propiciar um tempo adequado (no mínimo 1 minuto completo) entre as aspirações para oxigenação, encorajando-o a tossir e respirar profundamente;

• Lavar a sonda e a extensão do aspirador com AD até limpar;

• Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente; Se consciente encorajar o paciente a tossir e respirar profundamente entre as aspirações;

• Proceder à aspiração da naso e em seguida da orofaringe com a mesma sonda;

• Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Este procedimento de entrada e retirada da sonda na faringe deve durar no máximo 10 segundos;

• Proceder à aspiração da orofaringe com a mesma sonda;

• Ao término das aspirações lavar a sonda e a extensão do aspirador com AD até limpar;

• Desconectar a sonda da extensão do aspirador. Enrolar a sonda em torno dos dedos da mão dominante, puxar a luva para fora, pelo lado de dentro de modo que a sonda permaneça dentro da luva;

• Retirar a outra luva da mesma forma. Desprezá-las no recipiente apropriado;

• Auscultar os pulmões do cliente (enfermeiro) após a aspiração;

• Recolher o material e recompor a unidade;

• Reposicionar o cliente;

• Higienizar as mãos;

• Realizar a anotação do procedimento realizado, quantidade e características das secreções e eventuais intercorrências.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Cuidados com a cânula de traqueostomia	**Página:** 84 - 85
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A traqueostomia é o principal estoma respiratório, utilizado para a administração de oxigênio.

2. OBJETIVO

• Facilitar a ventilação mecânica assistida para melhorar a oxigenação;

• Excluir as vias aéreas do conduto aerodigestivo (orofaringe), evitando a penetração de secreções e alimentos nas vias aéreas.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Aspirador para secreções, luvas de procedimentos, anestésico gel, gazes e cadarço para fixação de cânula.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Manter cabeceira elevada, no mínimo a 30 graus;

• Medida da pressão do balão pneumático a cada 06 horas, mantendo-a abaixo de 20 mmHg;

• Fixação e braço de suporte de ventilação adequado, sem tração, inclusive na realização de procedimentos e em manobras de enfermagem;

• As trocas de cadarço devem ser feitas por dois profissionais de enfermagem, sendo que um deles deve assegurar que a cânula não cause trauma e nem desloque;

• Utilizar-se de técnica asséptica para aspiração da cânula;

• Evitar aspiração de fluídos do sistema de umidificação pelo paciente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Aspiração orotraqueal	**Página:** 86 – 87
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste em aspirar/remover às secreções presentes nas vias aéreas superiores.

2. OBJETIVO

Remoção de secreções.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizada conforme o horário prescrito pelo médico/enfermeiro e quando o paciente apresentar reflexos de tosse e presença de secreção na faringe.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luva plástica esterilizada;
- Óculos de proteção individual;
- Avental;
- Máscara descartável;
- Aspirador portátil ou vácuo canalizado com vacuômetro;
- Prolongamento de silicone ou látex;
- Sonda de aspiração esterilizada;
- Água destilada ou soro fisiológico 0,9%;
- Gazes.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Explicar o procedimento ao paciente, mesmo na presença de alterações neurológicas;

• Conectar o prolongamento de silicone ao frasco de aspiração junto ao vácuo;

• Ligar a válvula do vácuo;

• Calçar luva plástica esterilizada;

• Preservar esterilizada a luva da mão dominante;

• Proceder a inserção do cateter de aspiração clampeado primeiramente pelas narinas, e após pela boca. (não podendo inverter a sequência nariz, boca);

• Desclampear o cateter de aspiração e proceder à aspiração em movimentos circulares do cateter de aspiração, e retirar o cateter;

• Lavar a sonda de aspiração com soro fisiológico após cada aspiração;

• Aguardar até que o paciente restabeleça as funções ventilatórias;

• Repetir o procedimento de aspiração até a remoção completa das secreções traqueobrônquicas;

• Cuidar para não lesionar a mucosa;

• Proceder as anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Monitorização cardíaca	**Página:** 88 - 89
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:**
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a monitorização das funções cardíacas através dos eletrodos conectados no paciente.

2. OBJETIVO

Obter parâmetros mais precisos das funções cardíacas.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem

4. PERIODICIDADE

Monitorização contínua, registrada a cada 02 (duas) horas os parâmetros.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Eletrodos, cabos e monitor.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Posiciona os eletrodos, pode ser de 3 ou 5 canais;

• 1º eletrodo na região inframamária direita, em espaço intercostal;

• 2º eletrodo, na região infraclavicular esquerda;

• 3º na região inframamária esquerda, em espaço intercostal;

• Certificar se o traçado do monitor não apresenta alterações que podem ser causados por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito no aparelho ou interferência de outros aparelhos;

• Adequar os níveis de alarme do aparelho às necessidades da cliente;

• Mantém alarme sempre ligado;

• Comunicar ao enfermeiro e/ou ao plantonista, alterações detectadas no monitor e registrar no prontuário;

• Realizar troca dos eletrodos sempre que necessário ou a cada banho.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Realização de eletrocardiograma	**Página:** 90 - 91
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Utilizado para visualizar as ondas representativas da atividade elétrica cardíaca

2. OBJETIVO

Detectar possível alteração cardíaca.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Aparelho de ECG, eletrodos, gel condutor.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Preparar o material necessário;

• Explicar ao cliente o procedimento a ser realizado, caso esteja consciente;

• Realizar a limpeza prévia dos locais a serem dispostos os eletrodos;

• Passar gel sobre os locais das derivações;

• Dispõe os eletrodos corretamente: MMSS e MMII;

• Coloca o eletrodo explorador sobre a derivação V1 no 4º espaço intercostal à direita do esterno, V2 situa-se no 4º espaço intercostal à esquerda do esterno, V3 situa-se no 5º espaço intercostal entre V2 e V4, o V4 situa-se no 5º espaço intercostal na linha média quadricular, o V5 situa-se no 6º espaço intercostal na linha axilar anterior, V6 situa-se na linha axilar média no 5º espaço intercostal;

• Iniciar o ECG atentando para a sequência das derivações bipolares (D1, D2, D3) e derivações unipolares (AVR, AVL, AVF);

• Identificar corretamente os locais a serem obtidas as derivações unipolares precordiais (V2 a V6);

• Dar continuidade ao ECG;

• Retirar o traçado eletrocardiográfico;

• Identificar: nome, idade, prontuário, leito, data e hora;

• Anexar o ECG ao prontuário;

• Retirar os eletrodos do cliente;

• Limpar os locais que contenham gel;

• Guardar o material em local adequado tendo o cuidado de realizar limpeza das peras, eletrodos, cabos e aparelho.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Oximetria de pulso	**Página:** 92
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A saturação é a quantidade de oxigênio em porcentagem que está circulante na corrente sanguínea.

2. OBJETIVO

Monitorar a saturação de oxigênio nos pacientes.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Verificação contínua, porém anotado no prontuário a cada 2 horas.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Monitor, cabo e sensor.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Lava as mãos;

• Comunicar o cliente o procedimento;

• Ligar o aparelho pressionando a tecla liga/desliga;

• Aguardar a apresentação de valores no painel do oxímetro;

• Colocar sensor da popa digital do membro superior ou inferior;

• Em caso de não conformidade não registrar o valor do monitor;

• Verificar o defeito no sensor, se as extremidades do cliente estão frias ou se o sensor está bem-adaptado à conexão.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Auxílio na inserção de cateter venoso central	**Página:** 93- 95
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Compreende a inserção de um cateter através de uma veia calibrosa, tal como a veia subclávia ou, menos comumente, através da veia jugular interna.

2. OBJETIVO

Aplicação de medicamentos e NPT.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Mesa auxiliar;
- kit de cateterismo intravenoso central;
- Pacote de pequena cirurgia contendo (campo fenestrado esterilizado, cuba redonda de inox esterilizada, pinças, avental e campos para isolar a área);
- Luvas esterilizadas;
- Máscaras cirúrgicas;
- Gorro;
- PVPI tópico e/ou Clorexidina alcoólica a 0,5;
- Xylocaína 2%;
- Seringa de 20ml e 10ml;
- 01 (uma) lâmina de bisturi nº22;
- Gazes esterilizadas 7,5 x 7,5 cm;
- Agulha 25 x 0,80;

• Agulha 13X0,45;

• Equipo macrogotas;

• Polifix 02 (duas) vias;

• Soro fisiológico 500ml;

• Fio de algodão 3.0 agulhado;

• Micropore médio ou largo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Lavar as mãos;

• Reunir o material;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Posicionar o paciente em decúbito dorsal plano;

• Colocar a máscara cirúrgica e luvas;

• Expor a região topográfica do paciente da qual será inserido o cateter de acesso venoso central;

• Posicionar-se ao lado oposto da região topográfica de inserção do cateter de acesso venoso central;

• Conectar o polifix e o equipo macrogotas ao frasco de soro fisiológico e preencher o lúmen com a solução;

• Abrir a caixa/pacote de pequena cirurgia com técnica asséptica sobre a mesa auxiliar;

• Visualizar a cuba redonda e despejar o antisséptico com técnica asséptica;

• Abrir demais materiais sobre o campo estéril, sempre preservando a técnica asséptica;

• Abrir parte do invólucro da luva esterilizada e alcançá-la ao médico;

• Após a punção venosa pelo médico, conectar o equipo de soro ao cateter de acesso venoso central, abaixando na sequência abaixo do nível do cateter e observar refluxo sanguíneo com intuito de testar a posição do cateter;

• Após o profissional médico concluir a fixação do cateter, proceder à limpeza da região topográfica de inserção do cateter venoso central com gazes esterilizadas e soro fisiológico;

• Proceder o curativo oclusivo da inserção do cateter venoso central;

• Datar e rubricar o curativo;

• Deixar o paciente confortável;

• Organizar a unidade;

• Lavar as mãos;

• Proceder o relatório de enfermagem no prontuário do paciente.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

• Observar sinais de pneumotórax como: dor torácica, tosse, fadiga, dispneia, cianose, taquicardia, agitação.

• Manter a inserção do cateter venoso central com curativo.

• Observar sinais de infecção: hiperemia, edema e hipertermia no local de inserção do cateter venoso central.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Cateterismo vesical de demora	**Página:** 96 - 98
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:**
Executante: Enfermeiro	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a inserção de um cateter (sonda) pelo canal uretral até a bexiga para drenagem contínua da urina por certo período.

2. OBJETIVO

Drenagem contínua de urina.

3. EXECUTANTE

Enfermeiro.

4. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja de inox;
- Luvas esterilizadas;
- kit estéril de sondagem;
- Máscara descartável;
- Gazes esterilizadas;
- Sonda Folley;
- Coletor de diurese sistema fechado;
- Gel anestésico (Xylocaína gel 2%);
- Solução antisséptica tópica;
- Seringa descartável de 20ml;
- Agulha descartável 40x12;
- Ampolas de água destilada de 10 ml cada;
- Micropore;
- Recipiente para lixo;

• Lâmpada auxiliar (S/N).

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Lavar as mãos com água e sabão;

• Secar e fazer antissepsia com álcool 70%;

• Preparar todo o material e levar até o paciente;

• Explicar o procedimento ao paciente;

• Se o paciente puder deambular, orientá-lo quanto a higiene íntima que pode ser realizada no banheiro, sempre supervisionando o procedimento;

• Se o paciente não puder sair do leito, posicione o paciente deixando apenas a região genital descoberta;

• Calçar luvas de procedimento.

6.1 EM PACIENTES DO SEXO FEMININO:

• Proceder a lavagem externa asséptica da região pubiana à perineal com água e sabão, fazendo movimentos contínuos de cima para baixo;

• Enxaguar;

• Retirar as luvas e friccionar álcool gel nas mãos;

• Abrir a bandeja de cateterismo com técnica asséptica;

• Calçar luvas estéreis;

• Testar balonete;

• Fazer antissepsia da região pubiana a perianal com PVPI tópico;

• Colocar o campo estéril sobre a região genital da paciente;

• Visualizar a uretra, afastando os grandes e pequenos lábios com os dedos, mantendo-os afastados até o final da técnica;

• Fazer a antissepsia do meato urinário com PVPI tópico em um só movimento uretral para anal, nos pacientes do sexo feminino;

• Lubrificar a sonda com anestésico tópico;

• Segurar a sonda firmemente e introduzi-la na uretra até o retorno da urina;

• Insuflar o balonete com 10 a 15 ml de água destilada;

• Tracionar vagarosamente a sonda e conectar a bolsa coletora na parte distal da sonda, tomando cuidado para não contaminá-la;

• Fixar a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;

• Colocar data, quantidade de AD que foi colocada no balonete e nome de quem realizou o procedimento;

• Retirar todo o material usado e desprezar em local adequado;

• Retirar as luvas e lavar as mãos;

• Anotar no prontuário o volume, aspecto da urina ou intercorrências.

6.2 EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO:

• Segurar o corpo do pênis, retrair o prepúcio delicadamente e fazer a limpeza com água e sabão com movimentos circulares em toda a glande;

• Enxaguar;

• Retirar as luvas e friccionar álcool gel nas mãos;

• Abrir a bandeja de cateterismo com técnica asséptica;

• Calçar luvas estéreis;

• Testar o balonete;

• Fazer a antissepsia do quadrante perineal e após do meato urinário com PVPI tópico com movimentos circulares;

• Colocar o campo estéril sobre a região genital do paciente;

• Segurar o corpo do pênis, elevando-o a um ângulo de aproximadamente 65 graus;

• Com o prepúcio já retraído, realizar a antissepsia do meato uretral com PVPI tópico;

• Injetar 10 ml de anestésico tópico no meato uretral;

• Introduzir a sonda até o retorno da urina;

• Insuflar o balonete com 10 a 15 ml de água destilada;

• Tracionar vagarosamente a sonda e conectar a bolsa coletora na parte distal da sonda, tomando cuidado para não contaminá-la;

• Fixá-la na parte interno superior da coxa do paciente;

• Colocar data, quantidade de AD que foi colocada no balonete e nome de quem realizou o procedimento;

• Retirar todo o material usado e desprezar em local adequado;

• Retirar as luvas e lavar as mãos;

• Anotar no prontuário o volume, aspecto da urina ou intercorrências.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Cateterismo vesical de alívio	**Página:** 99 - 101
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Enfermeiro	**Responsável:** Enfermeiro
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É a inserção de um cateter (sonda) estéril pelo canal uretral até a bexiga para a drenagem imediata da urina, e logo após, a retirada.

2. OBJETIVO

Drenagem imediata da urina, coleta de exame.

3. EXECUTANTE

Enfermeiro.

4. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja de inox;
- Luvas esterilizadas;
- kit estéril de sondagem;
- Máscara descartável;
- Gazes esterilizadas;
- Sonda uretral;
- Gel anestésico (Xylocaína gel 2%);
- Solução antisséptica tópica;
- Seringa descartável de 10ml;
- Recipiente para lixo;
- Lâmpada auxiliar (S/N).

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos com água e sabão, secar e fazer antissepsia com álcool 70%;
- Preparar todo o material e levar até o paciente;

• Explicar ao paciente o que vai ser feito;

• Se o paciente puder deambular, orientá-lo quanto à higiene íntima que pode ser realizada no banheiro, sempre supervisionando o procedimento;

• Se o paciente não puder sair do leito, posicione o paciente deixando apenas a região genital descoberta;

• Calçar luvas de procedimento.

6.1 EM PACIENTES DO SEXO FEMININO:

• Proceder a lavagem externa asséptica da região pubiana à perineal com água e sabão, fazendo movimentos contínuos de cima para baixo;

• Enxaguar;

• Retirar as luvas e friccionar álcool gel nas mãos;

• Abrir a bandeja de cateterismo com técnica asséptica;

• Calçar luvas estéreis;

• Fazer antissepsia da região pubiana a perianal com PVPI tópico;

• Colocar o campo estéril sobre a região genital da paciente;

• Visualizar a uretra, afastando os grandes e pequenos lábios com os dedos, mantendo-os afastados até o final da técnica;

• Fazer a antissepsia do meato urinário com PVPI tópico em um só movimento uretral para anal;

• Lubrificar a sonda com anestésico tópico;

• Segurar a sonda firmemente e introduzi-la na uretra até o retorno da urina na cuba rim;

• Retirar todo o material usado e desprezar em local adequado;

• Retirar as luvas e lavar as mãos;

• Anotar no prontuário o volume, aspecto da urina ou intercorrências.

6.2 EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO:

• Segurar o corpo do pênis, retrair o prepúcio delicadamente e fazer a limpeza com água e sabão com movimentos circulares na glande, corpo peniano e região pubiana e escrotal superior;

• Enxaguar;

• Retirar as luvas e friccionar álcool gel nas mãos;

• Abrir a bandeja de cateterismo com técnica asséptica;

• Calçar luvas estéreis;

• Fazer a antissepsia do meato urinário com PVPI tópico com movimentos circulares;

• Colocar o campo estéril sobre a região genital do paciente;

• Segurar o corpo do pênis, elevando-o a um ângulo de aproximadamente 65 graus;

• Com o prepúcio já retraído, realizar a antissepsia do meato uretral com PVPI tópico;

• Injetar 10 ml de anestésico tópico no meato uretral;

• Introduzir a sonda até o retorno da urina na cuba rim;

• Retirar todo o material usado e desprezar em local adequado;

• Retirar as luvas e lavar as mãos;

• Anotar no prontuário o volume, aspecto da urina ou intercorrências.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Auxílio na inserção de dreno de tórax	**Página:** 102 – 103
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Montar o sistema com técnica asséptica, garantindo o bom funcionamento eliminando o risco de barotrauma ou contaminação.

2. OBJETIVO

• A drenagem torácica tem como objetivo a manutenção ou restabelecimento da pressão negativa do espaço pleural;

• Descompressão da cavidade pleural causada por entrada de ar, sangue ou secreções;

• Proporcionar um ambiente seguro para a realização do procedimento, minimizando ao máximo os riscos.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme solicitação médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Sistema de drenagem;

• Água destilada 500 ml;

• Transofix;

• Máscara descartável;

• Luvas de procedimento;

• Esparadrapo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Preparar o material necessário;

• Colocar máscara descartável;

• Lavar as mãos;

• Abrir o sistema de drenagem e o frasco da água destilada com técnica asséptica;

• Calçar as luvas;

• Solicitar que outro profissional coloque água destilada no frasco;

• Fechar o frasco do sistema de drenagem;

• Pinçar o látex;

• Conectar o látex do sistema ao dreno de tórax quando solicitado pelo cirurgião;

• Abrir a pinça do látex.

• Fixar o sistema abaixo do nível do tórax do paciente;

• Deixar o ambiente em ordem;

• Lavar as mãos;

• Marcar o nível do selo de água com etiqueta de identificação, indicando a quantidade, data, hora e nome de quem preparou o selo d'água;

• Fazer o relatório de enfermagem.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Troca de selo d'água	**Página:** 104 - 105
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A drenagem do tórax e a troca do selo d' água deve ser feita utilizando-se um dispositivo que possa retirar tanto líquidos como gases do espaço pleural sem permitir a entrada de ar neste.

2. OBJETIVO

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

A cada 24 horas ou a critério médico.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sistema de drenagem;
- Água destilada 500 ml;
- Transofix;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Pinçar a extensão do dreno;
- Observar o aspecto da solução drenada e seu volume, para posterior anotação;

• Abrir o frasco de drenagem;

• Desprezar o conteúdo do frasco de drenagem em recipiente já separado anteriormente;

• Lavar o frasco de drenagem com solução esterilizada e desprezar seu conteúdo no recipiente;

• Preencher o frasco com nova solução esterilizada, AD 500 ml;

• Abrir a pinça da extensão do dreno;

• Identificar com data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento e fixar ao frasco;

• Registrar no prontuário do paciente o volume proveniente da drenagem, observada anteriormente, descontado o volume de solução esterilizada que foi colocada anteriormente no frasco, assim como o seu aspecto.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Mudança de decúbito	**Página:** 106 - 107
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste na movimentação passiva do cliente no leito, devido impossibilidade do mesmo em realizá-la.

2. OBJETIVO

• Prevenir úlcera de decúbito;

• Auxiliar na eliminação de secreções brônquicas;

• Prevenir atonia muscular, principalmente em articulações.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Realizado a cada 02 (duas) horas.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimento e cobertores.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Conforme os respectivos horários citados no item anterior, vira-se o cliente com o auxílio de um colega, massageando com creme hidratante inodoro ou óleo de girassol, tipo Dersani, Age, dentre outros, a região dorsal e proeminências ósseas que não estejam com hiperemia, nestas áreas somente passar sem massagear;

• Atentar para deixar o corpo e membros com apoio, evitando complicações;

• Retirar as luvas e lavar as mãos;

• Anotar o procedimento.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Transporte de pacientes para realização de exames	**Página:** 108 - 109
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Consiste no transporte de pacientes dentro da instituição, para qualquer tipo de exame, em cadeiras de rodas ou maca dependendo do estado de saúde do paciente**.**

2. OBJETIVO

Realizar o transporte seguro do paciente.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que for necessário o transporte.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas de procedimento, maca, cadeira de roda, lençóis, cobertor.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Explicar ao paciente o que vai ser realizado;

• Preparar a maca;

• Abaixar o lençol ou coberta que está cobrindo o paciente;

• Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas bem próximas do paciente;

• Colocar a maca encostada no leito;

• O trabalho deve ser dividido: duas pessoas ao lado da cama e duas pessoas ao lado da maca;

• As quatro pessoas, em um só momento, segurando o lençol móvel, passam o paciente para maca.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O transporte do paciente deve ser realizado com muita cautela, e quando o paciente não pode colaborar, o trabalho deve ser realizado em equipe, sempre com grades elevadas.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Restrição mecânica	**Página:** 110 - 111
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A restrição mecânica é a contenção ou imobilização dos movimentos do paciente com intuito de proteger os pacientes debilitados, inconscientes ou agitados contra acidentes.

2. OBJETIVO

Proteção do paciente.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Ataduras de crepe, chumaços, lençóis.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Lavar as mãos;

• Reunir o material;

• Restrição de ombro:

• Dobrar o lençol na diagonal formando uma faixa de aproximadamente 20 cm de largura;

• Colocar o lençol dobrado sob as costas do paciente, passando pelas axilas, protegidas com chumaço, cruzando sob o travesseiro e amarrando ao estrado da cabeceira da cama;

• Restrição do abdome:

• Dobrar 2 lençóis. Colocar um lençol sobre o abdome do paciente e outro sob a região lombar. Torcer as pontas dos lençóis unidas, amarrando-as no estrado da cama;

• Restrição dos joelhos:

• Colocar o lençol dobrado em diagonal sob os joelhos do paciente. Passar a ponta do lençol do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo. Passar a ponta do lençol do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do direito. Amarrar as pontas do lençol no estrado da cama;

• Punhos e tornozelos:

• Formar com a faixa uma figura em oito, apanhá-la pelo centro, formando um laço com nó;

• Proteger a pele com chumaço;

• Colocar o membro em posição, prendendo-o com a argola da faixa;

• Amarrar a extremidade da faixa na lateral da cama.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

• Atentar para o garroteamento do membro restringido;

• Verificar com frequência sinais de cianose, lesão tecidual e edema do membro restringido;

• Evitar ataduras destinadas a restrição de movimentos com largura inferior a 20 cm;

• Alternar o posicionamento do paciente a cada 2 horas, mesmo durante a restrição dos movimentos.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Realização de glicemia capilar – HGT	**Página:** 112 - 113
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

É o exame realizado visando obter parâmetros precisos do nível glicêmico do paciente.

2. OBJETIVO

Monitorar os níveis glicêmico dos pacientes.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou quando paciente apresentar sinais de hipoglicemia.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Medidor glicêmico (Glicosímetro);

• Fita;

• Lanceta;

• Algodão e álcool a 70%;

• Luvas de procedimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Introduzir o calibrador no aparelho, o mesmo apresentará o código da fita afirmando que está calibrado e pronto para ser usado;

• Calçar luvas;

• Fazer assepsia no dedo do paciente;

• Furar o dedo com lanceta ou agulha 13 x 4,5 descartável;

• Desprezar a primeira gota de sangue sem pressionar o dedo, deixar cair espontaneamente a segunda gota de sangue na parte colorida da fita;

• Em 20 segundos observar o resultado no visor do aparelho;

• Em níveis abaixo de 60 mg/dl (miligramas por decilitro), comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou médico;

• Registrar no prontuário;

• Ação em caso de não conformidade:

• Verificar a validade e o número do lote da fita;

• Limpar o recalibrar do aparelho;

• Secar ou trocar a bateria;

• Repetir o teste.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Balanço hídrico	**Página:** 114 - 115
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Trata-se da anotação e cálculo do que foi administrado em um paciente e o que foi eliminado por ele. É considerado positivo quando a soma da eliminação é menor que a administração, e negativo quando o paciente elimina mais do que lhe foi administrado.

2. OBJETIVO

Controle de líquidos infundidos e eliminados.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

De 6/6 horas ou conforme prescrição médica.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Folha própria, frascos graduados e seringas.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Identificar a folha de prescrição com nome, data e leito;

• Registro dos parâmetros vitais;

• Anotar entradas como soros, medicações, dietas, entre outros;

• Anotar saídas como urina (em ml), drenagem por drenos, fezes diarreicas e/ou melena, êmeses em episódios, sangramentos em quantidades (pequena, média ou grande), etc;

• Registro ao término de cada plantão;

• Colocar hora e processo efetuado, rubricando.

Elaboração	Revisão:	Aprovação
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Técnica para calçar luvas estéreis	**Página:** 116 - 117
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

O uso de luvas é uma das barreiras utilizadas para o controle da disseminação de microorganismos no ambiente hospitalar.

2. OBJETIVO

Visa proteger da contaminação, tanto para o paciente como para o profissional.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Ao realizar procedimentos que necessitem do uso de luvas estéreis.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Luvas estéreis.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Retirar adornos caso esteja fazendo uso (proibido conforme NR 32) e realizar a lavagem das mãos;

• Abrir o pacote de luvas sem contaminação e deixá-lo sobre superfície plana;

• Abra o invólucro interno e tocando apenas a face externa, abra ambas as dobras;

• Retire a primeira luva do pacote, pegando pela dobra do punho;

• Levante-a mantendo-a longe do corpo, acima da cintura, os dedos da luva para baixo;

• Coloque a luva na primeira mão, tocando apenas a dobra do punho da luva;

• Retire a segunda luva do pacote escorregando três dedos da primeira mão, agora enluvada, sob o punho da segunda mão;

• Puxe a luva sob o punho com a primeira mão que está enluvada sem tocar em nada ao redor;

• Ajuste os dedos de ambas as luvas usando a outra mão enluvada;

• Se ocorrer contaminação em qualquer momento entre as etapas descarte as luvas.

7. OBSERVAÇÕES

• Escolher a luva de acordo com o tamanho de sua mão;

• Na retirada de luvas agarre uma das extremidades superior da luva e pelo lado externo na região do punho, retirá-las sem que a pele entre em contato com a parte contaminada e desprezá-la no lixo contaminado.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Montagem de ventilador mecânico	**Página:** 118 - 119
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Montagem de ventilador mecânico.

2. OBJETIVO

Deixar o ventilador montado para ser conectado ao paciente.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que houver necessidade de intubação de paciente.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Ventilador mecânico;
- Traqueia;
- Bifurcação(Y);
- Filtro bacteriano;
- Pulmão teste;
- Luva plástica;
- Máscara descartável.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Colocar a máscara;
- Abrir com técnica asséptica o pacote de traqueias;
- Bifurcação;
- Filtro de barreira;

• Calçar as luvas esterilizadas;

• Montar as traqueias e demais conexões do ventilador mecânico com técnica asséptica;

• Colocar o pulmão teste na extremidade da traqueia;

• Datar e colocar o nome do profissional que realizou o procedimento.

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A montagem do conjunto de traqueias do ventilador mecânico exige criteriosidade asséptica devido ao risco de infecção hospitalar que pode comprometer a condição clínica do paciente entubado.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Dispensação de medicamentos	**Página:** 120 - 121
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem e Equipe da Farmácia	**Responsável:** Equipe de enfermagem e Equipe da Farmácia
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Implementar rotina para a dispensação de medicação pela farmácia para pacientes em internamento.

2. OBJETIVO

Dispensação padronizada de medicamentos.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem e Equipe da Farmácia

4. PERIODICIDADE

Diariamente.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Prontuário;

• Medicamentos;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

6.1 FUNÇÕES BÁSICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

• Encaminhar para a farmácia as prescrições médicas se possível até as 13horas com aprazamento de horários de medicações para as próximas 24horas, conforme horários padrões:

24 horas – 10 horas

12/12 horas – 10 e 22 horas

8/8 horas – 18, 02 e 10 horas

6/6 horas – 16, 22, 04 e 10 horas

4/4 horas – 10, 14, 18, 22, 02, 06 e 10 horas

2/2 horas – 12, 14, 16, 18, 20, 22, 00, 02, 04, 06, 08 e 10 horas

• Quando novo internamento, aprazar os horários de medicações para as próximas 24horas, conforme horários padrões e encaminhar a prescrição para a farmácia e aguardar até que os mesmos separem e acondicionem as medicações para dispensação das mesmas;

• Buscar medicações que foram acondicionadas pela equipe da farmácia em recipiente próprio;

• Conferir junto ao responsável pela dispensação da medicação o que está sendo fornecido segundo prescrições médicas;

• Em caso de alteração de prescrição médica levá-la imediatamente até a farmácia para ajustes;

• Em casos de alta da unidade, comunicar a farmácia.

6.2 FUNÇÕES BÁSICAS DA EQUIPE DA FARMÁCIA:

• Após a equipe de Enfermagem encaminhar as prescrições médicas, xerocá-las e devolvê-las ao setor;

• Separar medicação segundo prescrições médicas e acondicioná-las em recipiente próprio com identificação de cada paciente;

• Deixar em lugar de fácil acesso para serem retiradas pela equipe de enfermagem, próximo ao horário aprazado para administração do medicamento;

• Conferir junto ao responsável pela retirada da medicação o que está sendo fornecido segundo prescrições médicas;

• Em novos internamentos xerocar prescrição médica e fornecer medicação para serem administradas no momento;

• Equipe do turno noturno, deixar as medicações do primeiro horário do turno diurno já separado;

• Em casos de divergências ou equívocos solicitar conferência e/ou acertos junto a equipe de enfermagem.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Área suja	**Página:** 122 - 123
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Esta área se destina à recepção e pré lavagem e acondicionamento em recipiente com tampa dos materiais contaminados. Considerada insalubre, concentra grande parte de artigos sujos, com sangue e secreções.

Os produtos para saúde devem ser encaminhados em horários preconizados e fixados no expurgo para processamento na CME (Central de Material Esterilizado) após serem submetidos à pré lavagem.

2. OBJETIVO

Realizar a pré limpeza de artigos, para remover a sujidade visível.

3. EXECUTANTE

Técnico de Enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Sempre que tiver material para ser encaminhado a CME.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs – avental impermeável; Óculos; Máscara; Luvas de procedimentos;
- Esponja não abrasiva;
- Detergente neutro;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• A pré-limpeza dos artigos deve ser feita com o objetivo de remover a sujidade visível através da limpeza manual com detergente neutro e esponja não abrasiva em instrumentais, comadres, papagaios, bacias e outros, sempre utilizando EPIs – avental impermeável, óculos, máscara, luvas de procedimentos;

• A pré-limpeza dos artigos inalatórios deve ser realizada individualmente por meio de enxágue abundante, devendo sempre retirar toda identificação aderida a estes artigos;

• Após a realização da pré-limpeza, separar os instrumentais e acondicioná-los dentro da caixa específica para instrumental contaminado para o transporte;

• Após a realização da pré-limpeza, separar os artigos inalatórios e acondicioná-los dentro da caixa específica para artigos inalatórios contaminados para o transporte;

• Sempre deixar no setor (área suja), recipientes para o acondicionamento de novos materiais contaminados. Não enviar todos os recipientes à CME;

• Atentar-se ao horário para que todo material esteja acondicionado corretamente dentro das caixas próximo aos horários de busca das caixas pelas servidoras da CME;

• Não misturar os instrumentais com os artigos inalatórios;

• Realizar a limpeza/desinfecção das superfícies diariamente;

• Organizar o ambiente.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Rotina de troca de esponjas utilizadas na limpeza dos materiais	**Página:** 124
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

A rotina de troca de esponjas deve acontecer de forma sistemática, rotineiramente.

2. OBJETIVO

Evitar a proliferação bacteriana nos artigos.

3. EXECUTANTE

Técnico de Enfermagem.

4. PERIODICIDADE

A cada plantão.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Esponja.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Dividir uma esponja em quatro partes, sendo uma parte para um plantão e as demais partes armazenadas para os próximos plantões. A parte utilizada da esponja será destinada para a limpeza dos instrumentais, comadres, papagaios, bacias e outros com exceção dos artigos inalatórios;

• Ao finalizar o plantão, descartar a parte da esponja utilizada;

• Ao iniciar o próximo plantão, este deve utilizar uma nova parte da esponja;

• Manter o ambiente organizado e limpo.

Elaboração	**Revisão:**	**Aprovação**
Josiane Monteiro Ribeiro / 2017 Direção de Enfermagem	**1º Revisor:** Jéssica Rosin / 2019 **2º Revisor:** Kassiana C. Rayser 03/2021 **3° Revisor:** Jéssica Medrado 01/2024	**Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Área de armazenamento (área limpa)	**Página:** 125 - 126
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Equipe de Enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Tem por finalidade centralizar todos os artigos processados e esterilizados para serem distribuídos aos respectivos setores. A preservação do armazenamento adequado dos artigos é o objetivo principal desta área. Os artigos esterilizados devem ser estocados separadamente dos artigos não estéreis com o objetivo de reduzir o nível de contaminantes. O armazenamento deve ser feito em local limpo, seco, de acesso restrito, sob proteção da luz solar direta, submetidos à manipulação mínima, com umidade relativa entre 35 e 70% e temperatura de aproximadamente 18 a 22°C para não favorecer o crescimento bacteriano.

2. OBJETIVO

Centralizar todos os artigos processados e esterilizados para serem distribuídos aos respectivos setores.

3. EXECUTANTE

Técnico de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

Diariamente.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Materiais esterilizados;

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Realizar limpeza/desinfecção das superfícies diariamente e dos armários/recipientes semanalmente;

• Organizar os artigos respeitando a ordem cronológica de seus lotes e das datas de processamento, de forma que fique visível a data para facilitar no momento em que as demais equipes forem retirá-los;

• Quando houver materiais vencidos, colocá-los dentro da caixa de material esterilizado e encaminhar a CME;

• Efetuar inspeção periódica dos itens estocados para verificação de degradação visível;

• Realizar a previsão adequada dos artigos, avisando a CME com antecedência quando houver necessidade de uma quantidade maior de determinados itens;

• Receber e armazenar os materiais prontos para o uso provenientes da CME, esvaziando o recipiente de materiais limpos e deixando-o vazio para o próximo transporte;

• Não colocar as caixas em nenhum momento no chão.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Título: Transporte interno de instrumental e artigos inalatórios contaminados	**Página:** 127 – 128
Emissor: Josiane Monteiro Ribeiro	**Emitido em:** 2017
Revisor: Jéssica Medrado	**Revisado em:** 2024
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em:** 2024
Executante: Equipe de enfermagem	**Responsável:** Equipe de enfermagem
Vigência: 01/2026	**Versão:** 04

1. INTRODUÇÃO

Estabelecer os requisitos de boas práticas para o transporte de material contaminado, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

2. OBJETIVO

Transporte de instrumentais e artigos inalatórios contaminados em todos os setores geradores do PAM.

3. EXECUTANTE

Equipe de enfermagem.

4. PERIODICIDADE

No fim de cada plantão.

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

• Caixa de transporte.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

• Calçar luvas de procedimento;

• Abrir caixa de transporte, que disponíveis nos setores (emergência e Sutura);

• Acomodar o instrumental contaminado nos recipientes de forma separada: 01 caixa para instrumental e 01 caixa para artigos inalatórios;

• Atentar-se durante acomodação do instrumental contaminado, de modo que não ocorra acidentes;

• No momento do transporte, o material deve estar armazenado de forma que sua integridade e características mecânicas se mantenham preservadas, pois cuidados e manuseio adequados protegem os instrumentos e garantem uma vida útil mais longa;

• Desprezar as luvas de procedimento em lixeira para infectante;

• Fechar a caixa de transporte;

• Calçar luva de procedimento;

• Levar a caixa até a Sala de lavagem;

• Retirar todo material contaminado e acomodar em local adequado;

• Retirar luvas de procedimento e desprezar no lixo infectante;

• Paramentar-se com EPIs para realizar higienização da caixa (luva de borracha cano longo, avental impermeável, óculos e mascara);

• Limpar mecanicamente com água, sabão e fibra;

• Enxaguar em água corrente;

• Secar com pano limpo;

• Fazer desinfecção com Bacterend OX;

• Levar novamente a caixa de transporte para o setor de origem.

Obs.: As caixas de transporte são de uso exclusivo para este fim, não podendo permanecer com água em seu interior.

Elaboração **Josiane Monteiro Ribeiro - 2017** Direção de Enfermagem do PAM	**Revisão:** 1º Revisor: Jéssica Rosin / 2019 2º Revisor: Kassiana Cristina Rayser 03/2021 3º Revisor: Jéssica Medrado 01/2024	**Aprovação** **Jéssica Rosin** Diretora de Enfermagem PAM Portaria n° 262 de 12 de Maio de 2022.

Município de Toledo

Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO ÀS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Toledo
2024

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

1- ENDODONTIA

QUANDO INDICAR

- Dentes permanentes com comprometimento pulpar irreversível.
- Dentes permanentes que sofreram traumatismo alvéolo-dentário com necessidade de tratamento endondôntico.

REQUISITOS

- Adequação do meio bucal com remoção de focos de infecção e terapia periodontal básica realizada;
- Preparo prévio do dente a ser tratado: remoção do tecido cariado, penetração desinfetante, curativo de demora e restauração provisória;
- Coroa clínica restaurável após tratamento endodôntico;
- Condições de receber isolamento absoluto; caso necessário, encaminhar previamente para o serviço de Periodontia para aumento de coroa;
- Quando o dente necessitará de uma prótese fixa/coroa (orientar o paciente a realizar orçamento no setor privado quanto ao custo e após ciência e aprovação do paciente), realizar o encaminhamento para o CEO;
- Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal antes de encaminhá-lo ao serviço especializado;

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***:
- O elemento dental a ser tratado;
- Se houver encaminhamento para mais de uma especialidade interdependente, informar a ordem de prioridade. (ex.: 1º Periodontia “Aumento de coroa” e 2º Endodontia);

QUANDO NÃO INDICAR

- Terceiro molar sem antagonista ou com acesso restrito (giroversão);
- Retratamento endodôntico de dentes que não foram tratados no CEO*; (*Exceto quando foram tratados no CEO com comprovação de falha)
- Dentes com grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical;
- Envolvimento de furca;
- Dentes com pouca estrutura coronária e que o paciente não tenha interesse em realizar a reabilitação protética;
- Dentes decíduos;

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Selecionar no campo **Tipo de solicitação**: URGENTE
- Informar no campo **JUSTIFICATIVA**: o critério de prioridade:
- Traumatismo de dentes permanentes anteriores com necessidade de tratamento endodôntico;
- Necessidade de tratamento endodôntico em dentes permanentes para menores de 14 anos;
- Gestantes;
- Dentes que sejam suporte de prótese parcial removível já existente;
- Pacientes de contra-referência que precisam de uma outra especialidade;
- Paciente com agudização recorrente de abscessos de origem endodôntica;

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

2- PERIODONTIA

QUANDO INDICAR

- Aumento de coroa clínica;
- Gengivectomia e Gengivoplastia - onde exista hiperplasia gengival;
- Tratamento de periodontites avançadas (maior de 4mm, na sondagem);
- Enxerto gengival;
- Tratamento não cirúrgico de periodontia avançada, curetagem subgengival;
- Cirurgia periodontal;
- Correção de bridas musculares - quando sua inserção dificultar a higienização e/ou causando recessão gengival;
- Contenção de dentes por esplintagem - em caso de mobilidade severa dos dentes por doença periodontal avançada;
- Cunha distal ou mesial - nos casos de bolsa com mais de 4 mm, onde se verifique hiperplasia gengival que impossibilite a higienização ou restauração adequada;

REQUISITOS

- Adequação do meio bucal com a remoção total do tecido cariado e selamento das cavidades podendo ser restaurado definitivamente ou provisoriamente;
- Raspagem e polimento supragengivais realizados;
- Exodontias indicadas já realizadas;
- Pacientes devem estar motivados e comprometidos com o tratamento Periodontal e suas manutenções;
- Pacientes devem ter recebido orientação sobre higiene bucal e controle de placa;
- Deverão ser realizados os tratamentos de urgência como: tratamento de processo periodontal agudo, drenagem de abscessos, gengivite necrotizante aguda (GUNA), pericoronarite e prescrição terapêutica;
- O profissional da UBS deverá realizar as manutenções do tratamento finalizado pelo periodontista;

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***: Qual procedimento será necessário dentre os procedimentos previstos abaixo:
- Consulta de Avaliação com o Periodontista;
- Raspagem Corono-Radicular (por sextante);
- Enxerto Gengival (por dente);
- Gengivectomia e/ou Gengivoplastia (por sextante);
- Aumento de Coroa Clínica;
- Raspagem alisamento subgengivais de bolsa acima de 4mm (por sextante);
- Correção de bridas musculares;

QUANDO NÃO INDICAR

- Dentes com acentuada mobilidade vertical;
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais);
- Profundidade de sondagem menor que 4 mm;
- Tratamentos básicos de manutenção periodontal de pacientes que já tiveram o tratamento concluído no CEO;

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Selecionar no campo **Tipo de solicitação**: URGENTE (grifar com marca texto)
- Informar no campo **JUSTIFICATIVA**: o critério de prioridade:
- Doença periodontal aguda que já passou por tratamento periodontal básico mas é de difícil controle na UBS;
- Necessidade de tratamento em dentes pilares de prótese parcial removível;
- Pacientes de contra-referência que precisam de uma outra especialidade;

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

3- PRÓTESE TOTAL E PARCIAL REMOVÍVEL

QUANDO INDICAR

- Desdentado parcial e desdentado total;
- Usuários que necessitem de planejamento e confecção de placas oclusais;

REQUISITOS

- Restaurações, exodontias e periodontia básicas realizadas;
- Pacientes com Tratamento Concluído (TC);

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***:
- Especificar o tipo de Prótese solicitada (PPR ou PT) e Arcada (Superior e/ou Inferior);
- Se houver encaminhamento para mais de uma especialidade interdependentes, informar a ordem de prioridade. (exemplo: 1º Bucomaxilofacial "Cirurgia Pré-Prótetica" e 2º Protesista "Prótese Total");

*OBS.: Nos casos em que houver necessidade de encaminhar o paciente para a prótese mesmo sabendo que existe exodontias pendentes de realização, visando preservar a questão social, onde evita-se que o paciente fique desdentado durante o tempo de lista de espera, recomenda-se incluir essa informação na justificativa do encaminhamento.

(Obs.: Paciente necessita de retorno para realização de exodontias na UBS);

QUANDO NÃO INDICAR

- Presença de Dentes inclusos;
- Presença de Lesões que contraindiquem a reabilitação;
- Presença de dentes com acentuada mobilidade;
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais);
- Pacientes sem tratamento concluído*;

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Selecionar no campo **Tipo de solicitação**: URGENTE (grifar com marca texto)
- Informar no campo **JUSTIFICATIVA**: o critério de prioridade:
- Pacientes acima de 75 anos;
- Pacientes que perderam dentes anteriores e que necessitem de PPR;
- Paciente com prótese total fraturada;
- Paciente desdentado total que nunca usou prótese;
- Prótese total mal adaptadas e com ulceração traumática recorrente*;
- Pacientes de contra-referência que precisam de uma outra especialidade;

*OBS.: Próteses confeccionadas no CEO possui 1 ano de garantia, nesses casos devemos orientar o paciente a buscar agendamento diretamente no CEO para reavaliação da peça pelo profissional responsável pela confecção para possível ajustes ou troca. O paciente não deve ser encaminhado novamente em menos de 1 ano do recebimento da prótese.

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

4- CIRURGIA BUCOMAXILO FACIAL

QUANDO INDICAR

- Terceiros molares inclusos, semi-inclusos ou impactados: (com comprovação radiográfica);
- Dentes retidos e/ou anquilosados (com comprovação radiográfica);
- Dentes Supranumerários (com comprovação radiográfica);
- Terceiros molares com Pericoronarite recorrente;
- Terceiros molares com Reabsorção interna/externo;
- Terceiros molares com Posição ectópica associada a complicações;
- Dentes que sofreram algum tipo de complicação no momento de sua remoção na clínica básica;
- Irregularidades de rebordo alveolar, e de tuberosidade maxilar;
- Exodontias múltiplas;
- Ulectomia, ulotomia;
- Frenectomia (apenas pacientes a partir de 6 anos);
- Tratamento de nevralgias faciais;
- Tratamento emergencial para redução de fratura alvéolo-dentária a nível ambulatorial;
- Correção de comunicação buco-sinusal;
- Remoção de Torus palatino ou mandibular;

ORIENTAÇÕES

- Encaminhar somente após avaliação da radiografia panorâmica.
- Encaminhar a radiografia panorâmica anexo ao encaminhamento.
- Nos casos em que o paciente realizou o exame na rede privada, o profissional deverá informar na justificativa do encaminhamento que o paciente já possui a radiografia panorâmica.

QUANDO NÃO INDICAR

- Dente erupcionado, funcional, livre de doenças e/ou com cáries tratáveis;
- Remoção profilática do terceiro molar, dentes assintomáticos;
- Ausência de Radiografia Panorâmica;

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Selecionar no campo **Tipo de solicitação**: URGENTE (grifar com marca texto)
- Informar no campo **JUSTIFICATIVA** o critério de prioridade:
- Quando há queixa de dor que não cede com procedimentos locais;
- Gestantes;
- Paciente de contra referência do ceo-ciscopar;

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

5- ESTOMATOLOGIA

QUANDO INDICAR

- Alterações bucais em tecidos moles e duros não compatíveis com a normalidade;
- Usuários portadores de lesões brancas, vermelhas ou negras (exceto variações de normalidade), hipertrofias, nódulos, vesículas, bolhas e aumento de volume na mucosa, dificuldade para movimentar/ sensação de dormência na língua e dificuldade para engolir;
- Lesões bucais que não cicatrizam há mais de 15 dias;
- Lesões Bucais em pessoas com fatores de risco para câncer bucal (usuários com mais de 40 anos, tabagistas, alcoolistas/etilistas, com história de câncer bucal, trabalhadores com exposição contínua ao sol ou produtos químicos).

ORIENTAÇÕES

- Ao examinar o paciente o profissional deve estar atento a todas as alterações da boca, buscando detectar variações da normalidade e/ou processos patológico;
- Na suspeita de CA encaminhar diretamente pelo sistema para Médico Oncologista e seguir o fluxo UOPECCAN/CEONC.

FLUXOS

- CISCOPAR (CEO) - Solicitar que o paciente entregue a guia de encaminhamento carimbada e assinada pelo odontólogo juntamente com a ficha de estomatologia na recepção, onde a mesma será encaminhada para a SMS pelo malote verde;
- UOPECCAN/CEONC – Solicitar que o paciente entregue a guia de encaminhamento carimbada e assinada pelo odontólogo juntamente com a ficha de estomatologia, XEROX dos documentos pessoais, Cartão SUS e Comprovante de Endereço na recepção da UBS onde deverá ser encaminhado para a CENTRAL DE ESPECIALIDADE ou o paciente poderá levar o encaminhamento diretamente na CENTRAL DE ESPECIALIDADES para uma maior agilidade no agendamento.

QUANDO NÃO INDICAR

- Pacientes com lesões bucais de manejo clínico na UBS (ex: candidíase, aftas, torus sem comprometimento funcional, estomatites herpéticas)

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

6- RADIOGRAFIA PANORÂMICA

QUANDO INDICAR

- Pacientes que necessitem de avaliação radiográfica com suspeita de alguma patologia óssea;
- Pacientes com suspeita de agenesia de vários dentes permanentes após algum tempo do período normal de erupção;
- Pacientes que sofreram trauma onde haja suspeita de fratura óssea;
- Pacientes que possuem doença periodontal avançada com bolsas profundas cuja justificativa clínica confirme a necessidade do exame;
- Pacientes que farão cirurgia de 3º molares ou múltiplas extrações;

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***:
- A justificativa para solicitação;
- Quando múltiplas extrações, especificar os elementos dentários no motivo do encaminhamento.

QUANDO NÃO INDICAR

- Não é recomendada para verificação de cáries;
- Para serviços que não temos Linha de Cuidado, como ortodontia, implantodontia, etc;
- Apenas para a avaliação periódica sem queixas que justifiquem a solicitação;
- Para avaliação endodôntica.
- Avaliação de dentição mista sem suspeita de anormalidade;
- Encaminhamento sem justificativa

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ODONTOLÓGICA

- Exame solicitado apenas pelos profissionais do CEO.

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

7- ATENDIMENTO A PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

QUANDO INDICAR

- Toda e qualquer pessoa que apresente limitações que impeça de ser submetida ao tratamento odontológico convencional na Atenção Primária após a 2º tentativa como os seguintes quadros:
- Autistas severos; Deficiências mentais severas; Síndromes diversas; Demências; Alzheimer;
- Pacientes que não permitam atendimento: muito agressivos, severo reflexo nauseoso que possam bronco aspirar, portadores de movimentos involuntários e acamados.

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***:
  - Qual tipo de deficiência do paciente,
  - Qual o Diagnóstico médico de base (definitivo ou provável);
  - Quais medicações que o paciente utiliza;
  - Quantas tentativas de atendimento foram realizadas;
  - Quais as dificuldades encontradas durante o atendimento;
  - Nos casos de atendimento compartilhado com o profissional do CEO informar o procedimento que não consegue realizar e qual elemento dentário.

QUANDO NÃO INDICAR

- Idosos, cadeirantes, surdos, cegos, mudos, fóbicos que permitam atendimento;
- Doentes mentais leves, hiperativos, transtorno de déficit de atenção;
- Síndrome de Down, Asperger que permitam atendimento na UBS;

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Quando há queixa de dor que não cede com medicação, exigindo intervenção local e que impeça atendimento convencional na UBS.
- Obs.: A manutenção pós-tratamento será realizada pela UBS

ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

8- ODONTOPEDIATRIA

QUANDO INDICAR

- Deverão ser encaminhadas crianças de 0 a 12 anos quando estas não permitirem o seu atendimento na Unidade Básica de Saúde.
- Deverá ser feita no mínimo 2 tentativas de atendimento/condicionamento, caso não surtam efeito poderão ser encaminhadas. Verificar a possibilidade de um segundo profissional atender na UBS.

Procedimentos realizados na especialidade:

- Endodontia de dentes decíduos: mono, ou multirradiculares, bio ou necrosados;
- Pulpotomia em decíduos com selamento provisório ou restauração definitiva;
- Colocação de coroas de policarbonato ou resina acrílica, preferencialmente dentes anteriores decíduos;
- Ulectomia/ulotomia;
- Frenectomia lingual apenas para pacientes até 5 anos (seguir o fluxograma);
- Frenectomia labial (somente após a erupção dos caninos superiores) apenas para pacientes até 5 anos.

  Obs.: Pacientes a partir de 6 anos encaminhar para o bucomaxilofacial;
- Exodontia de dente decíduo e permanente em pacientes com dificuldade de atendimento na UBS;

ORIENTAÇÕES

- Informar no ***Encaminhamento no Campo Motivo de Referência***:
  - Informações detalhadas sobre quantas tentativas foram realizadas, bem como registros de atendimentos realizados ou mesmo das tentativas frustradas e dificuldades encontradas.
  - Obs.: No CEO não é realizado nenhum tipo de sedação, então não criar expectativa para o acompanhante/família sobre o tratamento.

QUANDO NÃO INDICAR

- Crianças que permitam o atendimento após duas sessões de condicionamento;
- Crianças com necessidade apenas de profilaxia e aplicação tópica de flúor;
- Quando houver possibilidade de realização de tratamentos alternativos para estabilizar a doença (ART, cariostático, fluorterapias, orientações de higiene e dieta)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

- Casos com dor que não cessa com medicação em pacientes de difícil manejo.

- Todos os encaminhamentos que estiverem em desacordo com o preconizado neste fluxograma poderá ser devolvido para a unidade de origem solicitando maiores esclarecimentos;

ESPECIALIDADES REALIZADAS EM HOSPITAIS

Estes encaminhamentos podem ser realizados pela Atenção Primária e Secundária.

1. CIRURGIA ORTOGNÁTICA, DTM, EXODONTIA EM PACIENTE ESPECIAL (CEAPAC)

Encaminhar para consulta com Cirurgião – Dentista Traumatologista Bucomaxilofacial para CEAPAC

Estes casos são atendidos no Hospital Universitário de Cascavel .

2. FISSURA FENDA PALATINA, LÁBIO LEPORINO/ANOMALIA CRÂNIO FACIAL (QUALQUER IDADE) (CEAPAC)

Encaminhar para Consulta Médica em Atenção Especializada para CEAPAC

Estes casos são atendidos no Hospital Universitário Cascavel

3. LESÃO COM CARACTERÍSTICA MALIGNA – CÂNCER (CEONC OU UOPECAN)

Encaminhar pacientes com suspeitas de neoplasias do complexo maxilo-mandibular para Médico Oncologista para CEONC ou UOPECAN.

Estes casos são atendidos no Hospital em Cascavel (SEGUIR FLUXO).

4. PACIENTES COM TRAUMA DE FACE (Hospital Bom Jesus)

O paciente deve ser orientado a procurar o atendimento diretamente no Hospital Bom Jesus. Contato: Núcleo Interno de Regulação – 2103-2033.

Outros casos de encaminhamentos:

➔ Encaminhamentos para Especialidades odontológicos realizados por outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, Fonoaudiólogos, etc)

Estes pacientes devem ser avaliados pelo dentista da UBS do seu território ou UBS Referência (onde não tem dentista) para realização do encaminhamento para a especialidade odontológica pertinente.

➔ Contrarreferência do CEO:

Unidades que tem dentista agendar para avaliação e o paciente entregar a contrarreferência no dia da consulta para o dentista (consulta pode ser agendada ou vaga de demanda). Exceto para remoção de sutura, pois nestes casos o paciente deve remover a sutura na UBS no dia solicitado.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)	CÓDIGO	PÁGINA
		007	01 A 21
		VERSÃO/ANO	
		003/2023	
TÍTULO	PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA DANIELE SALES LUCENA / JAN DE 2018		
REVISÃO/ ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / DEZ DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP/FARMÁCIA/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

Promover práticas seguras no uso de medicamentos no PAM – Pronto atendimento Municipal 24 Horas.

2. JUSTIFICATIVA

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (high alert medications), que possuem maior potencial de provocar dano no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a

probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, **educação permanente** e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

3. PRÁTICAS SEGURAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;

Caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

4. INTERVENÇÕES

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com

recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

Itens de verificação para a distribuição segura dos medicamentos

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve ser reservado; contar com fluxo restrito de pessoas; e ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura deverá ser precedida pelas seguintes atividades: seleção, padronização, aquisição, recebimento, armazenamento, fracionamento, e identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados no PAM, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

Deverão ser realizadas ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia e, manter esses funcionários em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

Estratégias para dispensações seguras relacionadas ao armazenamento

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

Restrição de Acesso: medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

Procedimento Operacional: A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado, homologado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia, que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo e a dispensação dos mesmos. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com

registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

Boas Práticas de Armazenamento: A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância. Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo: **LAMI**vudina; **ZIDO**vudina.

Estratégias para dispensações seguras relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ou à manipulação da formulação prescrita, verificando-se a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando for o caso, sendo checados e assinados pelo farmacêutico.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, caso seja possível, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como: triagem para duplicidade terapêutica; alergias; interações medicamentosas; intervalos de dose adequados; alerta para doses superiores às máximas; alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

As etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade, livre de ruídos e distrações.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

A dispensação de medicamentos prescritos de forma verbal deve ser restringida à situações exclusivamente de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para se certificar da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

– O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis.

– Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;

– Sanar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;

– Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: **dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento, medicamento-alimento e possíveis alergias;**

– O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;

– Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;

– Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;

– Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;

– Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;

– Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;

– O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;

– Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas.

– Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal.

– Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;

– Deve ser feito a dupla checagem na dispensação dos medicamentos potencialmente perigosos, ou de alta vigilância (medicamentos de dupla checagem – anexo I).

6. PRÁTICAS SEGURAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar: a ação, as interações; e os efeitos colaterais.

Intervenções

Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foi atualizado para treze certos: **paciente certo, medicamento certo, dose certa, aspectos da medicação certo, prazo de validade certo, via certa, hora certa, compatibilidade certa, orientação certa, direito de recusa, registro certo, tempo de administração certo, ação certa.**

Os treze certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

I. Paciente certo

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto. Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas

abertas e que necessitam de mais interação paciente - profissional, tal como: “Por favor, diga-me o seu nome completo?”. Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao: nome identificado na pulseira; nome identificado no leito; nome identificado no prontuário.

Importante: caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.

Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado, é garantir, dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome não fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto.

II. Medicamento certo

– Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.

– O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.

– Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito.

– Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com aviso em prontuário, alertando toda a equipe.

– Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

III. Dose certa

– Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.

– Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.

– Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.

– Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

– Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão, em caso de medicamentos de infusão contínua.

– Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

– Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

– Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

IV. Aspecto da medicação certo

- Observar atentamente o aspecto da medicação;
- Observar atentamente a coloração da medicação;
- Observar atentamente precipitação ou violação da embalagem.

Importante: Não administrar medicamentos que estão com algum dos itens acima fora do padrão, comunicar imediatamente o farmacêutico e substituí-la.

V. Prazo de validade certo

– Conferir a validade da medicação a ser administrada.

Importante: Não administrar medicamentos que estão vencidos, comunicar imediatamente o farmacêutico e substituí-lo.

VI. Via certa

– Identificar a via de administração prescrita.

– Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.

– Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.

– Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.

– Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros).

– Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

– Esclarecer todas as dúvidas com o enfermeiro, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento.

– Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Importante: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos, deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou se pode consultar o farmacêutico.

VII. Hora certa

– Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, sem 'pular' nenhum, para garantir adequada resposta terapêutica.

– Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.

– A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

VIII. Compatibilidade certa

– Atentar-se para a possibilidade de haver interação medicamentosa e/ou alimentar entre as drogas a serem administradas.

Importante: Identificando algum possível risco, comunicar imediatamente o enfermeiro, médico ou farmacêutico.

IX. Orientação certa

– Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

– Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

– Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

X. Direito de recusa da medicação

– Estando informado sobre qual medicamento receberá e quais seus possíveis efeitos, o paciente tem o direito de recusar o uso da medicação.

Importante: Havendo a recusa, o médico assistente deverá ser informado, bem como o enfermeiro, além de ser necessário registrar em prontuário.

XI. Registro certo

– Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.

– Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

– Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

XII. Forma certa

– Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.

– Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

– Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

– A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

XIII. Tempo de administração certo

– Certifique-se do tempo correto para administração da medicação (4 horas, 12 horas, 24 horas).

Intervenções específicas

– Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

– **REMOVER do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.**

– Deverão permanecer nas unidades de internação APENAS os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

7. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

– Implementar a prática de verificação dos treze certos da terapia medicamentosa.

– Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.

– Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.

– Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.

– Sempre que possível, o enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.

– Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor.

– Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.

– **Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.**

– Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.

– Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).

– Atentar-se para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.

– Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.

– Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.

– Para o preparo de medicamentos, o ambiente deve estar sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.

– Seguir guias atualizados, de prevenção de incompatibilidades entre fármacos/soluções e diluição de medicamentos.

– Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

– Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.

– Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.

– Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções.

– Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.

– Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.

– Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente.

– Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).

– Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.

– Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.

– Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os ao Núcleo de Segurança do Paciente.

– Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.

– Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração.

8. INDICADORES

- ✓ Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
- ✓ Taxa de erros na administração de medicamentos;
- ✓ Taxa de erros na prescrição de medicamentos;

Tabela 1: Ficha do indicador de erro de dispensação:

Nome do Indicador	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
Objetivo	Monitorar a ocorrência de erros na separação/dispensação de medicamentos no PAM
Fórmula	Nº de medicamentos dispensados com erros / X 100 Nº total de medicamentos dispensados
Periodicidade de análise	Mensal

Explicação da fórmula	**N° de medicamentos dispensados com erro de omissão, concentração/forma farmacêuticas erradas ou medicamento errado:** São erros de omissão quando o medicamento é prescrito, mas nenhuma dose (unidade) é dispensada ou o número de doses dispensadas é menor que o prescrito. São erros de concentração/forma farmacêutica quando o medicamento é dispensado em concentração diferente (maior ou menor) ou forma farmacêutica diferente daquela prescrita. O erro chamado medicamento errado ocorre quando prescrito um medicamento e dispensado outro, podendo estar associado a medicamentos com nome ou pronúncia similares, sendo possível a troca no momento da dispensação **N° total de medicamentos dispensados:** todos os medicamentos dispensados em determinado período de tempo.
Fonte de informação	Prescrição médica
Coleta de dados	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com **erro de omissão**, **concentração, forma farmacêutica e medicamento errado**
Observações	Em farmácias com sistemas informatizados, verificar a possibilidade de gerar relatório
Responsável	Farmacêutico

Tabela 2: Ficha do indicador de erro de administração:

Nome do Indicador	Taxa de erros na administração de medicamentos
Objetivo	Monitorar a ocorrência de erros na administração de medicamentos no PAM
Fórmula	Nº de medicamentos administrados com erros / X 100 Nº total de medicamentos administrados
Periodicidade de análise	Mensal
Explicação da fórmula	**N° de medicamentos prescritos mas não administrados (erro de omissão) ou administrados de forma errada (via, paciente, dosagem, diluição):** são os itens prescritos mas não administrados (checados) ou administrados no paciente errado ou com erro de diluição e/ou dosagem. **N° total de medicamentos administrados:** todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo
Fonte de informação	Registros de enfermagem na prescrição médica e notificações de eventos adversos

Coleta de dados	Elaborar planilha para com número de ‘erros’ e total de medicações administradas
Responsável	Enfermeiro NSP

Tabela 3: Ficha do indicador de erro de prescrição:

Nome do Indicador	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
Objetivo	Monitorar a ocorrência de erros de prescrição de medicamentos no PAM
Fórmula	Nº de medicamentos prescritos com erros / X 100 Nº total de medicamentos administrados
Periodicidade de análise	Mensal
Explicação da fórmula	**Nº de medicamentos prescritos com erro:** são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contraindicadas. **N° total de medicamentos prescritos:** são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo
Fonte de informação	Prescrição médica
Coleta de dados	Elaborar planilha com número de ‘erros’ e total de medicações prescritas
Responsável	Enfermeiro NSP e/ou Farmacêutico

9. HORÁRIO PADRÃO

O horário padrão para medicações foi definido por várias literaturas a fim de minimizar os erros por atraso ou omissão de doses de um medicamento. Tendo em vista a realidade vivida por várias Unidades de Saúde, onde o redimensionamento de profissionais acaba em algumas situações sendo inferior ao número adequado ao cuidado dos pacientes, levando em conta também que em Pronto Atendimentos existe demanda de pacientes graves envolvendo maior número de profissionais envolvidos em determinadas situações.

Para definir o horário de administração de um medicamento deve-se considerar a **complexidade da indicação** para a qual foi prescrito, a **situação**

clínica, as **necessidades do paciente** que o recebe, bem como as **características químicas e farmacológicas específicas do medicamento**. Suas propriedades químicas, mecanismo de ação e indicação terapêutica determinam como ele deve ser administrado, se é necessário respeitar o horário exato da prescrição, ou se é possível administrá-lo dentro de uma janela de tempo segura em torno do horário em que foi prescrito sem comprometer a segurança do paciente e o efeito terapêutico desejado, e qual a extensão dessa janela de tempo caso ela seja adequada. Não identificando nenhuma restrição, a medicação pode ser feita dentro do horário padrão definido na Unidade, com exceção dos **ANTIMICROBIANOS**. Esses devem ser feitos imediatamente na internação e seguir os horários partindo do primeiro, aproximando ao padrão mais próximo **(Pode ser antecipado para que seja incluído no padrão, porém não pode atrasar)**.

Medicamentos programados: incluem aqueles cujas doses devem ser administradas de acordo com um ciclo de frequência padrão e repetidas (ex.: uma, duas, três ou quatro vezes ao dia; diariamente; semanalmente; mensalmente).

- Medicamentos programados de tempo crítico: são aqueles cujo aprazamento da administração no horário prescrito deve ser seguido rigorosamente. A administração desses medicamentos fora do intervalo de 30 minutos, antes ou depois do horário prescrito, pode causar danos ao paciente.
- Medicamentos programados de tempo não crítico: são aqueles cuja antecipação ou atraso na administração, desde que respeitado um intervalo específico de 1 ou 2 horas, não apresentam potencial de causar danos ao paciente.
- Aprazamento padrão:

  De 2/2 horas-> 10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h 02h 04h 06h.

  De 4/4 horas-> 10h 14h 18h 22h 02h 06h.

  De 6/6 horas-> 12h 18h 24hs 06h.

  De 8/8 horas-> 14h 22h 06h.

  De 12/12 horas-> 10h 22h.

  3x ao dia-> 14h 22h 06h.

Os medicamentos programados NÃO INCLUEM:

• Doses que devem ser administradas imediatamente;

• Primeira dose ou dose de ataque;

• Doses únicas;

• Medicamentos administrados para preparo do paciente para realização de algum procedimento;

• Medicamentos administrados conforme a condição clínica do paciente (ex: conforme pressão arterial ou glicemia) ou prescritos “se necessário”;

TIPOS DE MEDICAMENTOS PROGRAMADOS – PAM 24 HS	**ORIENTAÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO NO HORÁRIO ADEQUADO**
MEDICAMENTOS PROGRAMADOS DE TEMPO CRÍTICO	
• Medicamentos em esquema de administração mais frequente do que a cada 4 horas. • Opioides de horário fixo utilizados para manejo de dor crônica ou em cuidados paliativos (flutuações no intervalo de administração podem ocasionar crise de dor desnecessária). • Medicamentos que devem ser administrados respeitando-se um intervalo de tempo em relação a outros medicamentos para prevenção de interação medicamentosa (ex.: antiácidos e fluoroquinolonas). • Medicamentos que necessitam ser administrados dentro de um período específico em relação às refeições (ex.: bolus de insulinas de correção; alendronato). • Medicamentos considerados de tempo crítico quando usados para uma indicação ou diagnóstico específico.	**Administrar na hora exata indicada** ou dentro de 30 minutos antes ou após o horário aprazado.
MEDICAMENTOS PROGRAMADOS DE TEMPO NÃO CRÍTICO	
Medicamentos de administração diária, semanal	Administrar **dentro de 2**

e mensal.	**horas** antes ou após o horário aprazado.
Medicamentos prescritos com frequência maior do que uma vez ao dia, mas menor do que seis vezes ao dia (a cada 4 horas).	Administrar **dentro de 1 hora** antes ou após o horário aprazado.

REFERÊNCIA

Administração de medicamentos no horário adequado. Instituto Para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISSN: 2317-2312 | VOLUME 6 | NÚMERO 2 | maio 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS*.** Brasília, 2013.

Elaborado: Daniele Sales Lucena / jan. 2018

Revisado/Atualizado por: Jéssica P. T. Medrado

Vigência: Até 07 de julho de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO _15/07/2022__; DATA DA APROVAÇÃO:_____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

FARMÁCIA:_____.

DIREÇÃO:_____.

Tabela 4: Medicamentos que devem ser realizada dupla checagem:

Drogas vasoativas endovenosas: • Epinefrina

• Dopamina • Norepinefrina • Dobutamina
Bloqueadores neuromusculares endovenosos: • Succinilcolina
Analgésicos opioides endovenosos: • Morfina • Fentanila
Sedativos: • Propofol • Midazolam
Antiarrítmicos endovenosos: • Amiodarona
Eletrólitos endovenosos: • Cloreto de potássio concentrado 19,1% • Cloreto de sódio 20%
Anticoagulantes: • Varfarina • Heparina
Antagonistas adrenérgicos endovenosos: • Metoprolol

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
Departamento da Rede de Urgência e Emergência

PACIENTE: TESTE **LEITO:** **DN:** **IDADE:** **DATA:**

QP: **PROVÁVEL DIAGNÓSTICO MEDICO:**

BRADEN		**MORSE**		
RISCO		**RISCO**		

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem / Sinais e Sintomas	**Outros Sinais e Sintomas**
Confusão Aguda OU Cronica, caracterizados por: ( ) Agitação/Inquietação e/ou Alucinações ( ) Alteração na função cognitiva e/ou psicomotora e/ou comportamento ( ) Percepções ( ) AVEI ou E ( ) Infecção ( )Alteração no nível de consciência incorretas ( ) Abuso de substâncias ( ) Idade ≥ 60 anos ( ) Delirium ( ) Demência	
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionado à ( ) restrição alimentar – inapetente ( ) Anorexia ( ) anemia, ( ) imc <18,5 ( ) perda ponderal significativa.	
Eliminação urinária prejudicada relacionada à múltiplas causas evidenciado por ( ) polassiúria; ( ) oligúria, ( ) retenção urinária ( ) doenças pré-existentes (DM, IRC, litíase)	

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES/PRIORIDADES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
Departamento da Rede de Urgência e Emergência

Prescrição de Enfermagem

PACIENTE: TESTE **LEITO:** **DN:** **IDADE:** **DATA:**

QP: **PROVÁVEL DIAGNÓSTICO MEDICO:**

	Item Prescrito	Horários
1	Aferir SSVV a cada _____ horas	10 16 22 04 10
2	Encaminhar para Banho de ASPERSÃO 1x/dia	10
3	Avaliar sinais de flebite 2x/dia	16 04
4	Hidratar a pele do paciente com_____ após o banho	
5	Ofertar higiene oral _____x/dia	
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
Departamento de Urgência e Emergência

Legenda

Risco Muito Alto: < 9
Risco Elevado: 10 a 12
Risco Moderado: 13 a 15
Risco Baixo: 15 a 18

Escala de Braden

PACIENTE:

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	**1.Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**2. Muito limitado:**Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	**3. Levemente limitado**: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	**4. Nenhuma limitação:** Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	4			
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	**1. Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentação	**2. Muito molhada:** A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	**3. Ocasionalmente molhada**: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	**4. Raramente molhada:** A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	4			
ATIVIDADE Grau de atividade física.	*1. **Acamado**: Confinado a cama.*	**2. Confinado a cadeira:** A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	**3. Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	**4. Anda frequentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.	4			
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	**1. Totalmente imóvel:** Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**2. Bastante limitado**: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	**3. Levemente limitado:** Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**4. Não apresenta limitações**: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.	4			
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	**1. Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	**2. Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	**3. Adequado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**4. Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	3			
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	**1. Problema:** Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	**2. Problema em potencial:** Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	**3. Nenhum problema**: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.		3			
				Pontuação Total	###			

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
Departamento de Urgência e Emergência

LEGENDA
BAIXO RISCO: 0 A 24
RISCO MÉDIO: 25 A 44
RISCO ALTO: > 45

Escala de Morse

	Pontuação	Data	Data	Data	Data
Histórico de Quedas					
Não	0	0			
Sim	25				
Mais de um Diagnóstico					
Não	0				
Sim	15	15			
Auxilio na Deambulação					
Nenhum / Acamado	0	0			
Muletas	15				
Mobília / Parede	30				
Terapia Venosa					
Não	0				
Sim	20	20			
Marcha					
Normal / Acamado	0	0			
Fraca	10				
Comprometida	20				
Estado Mental					
Orientado	0	0			
Esquece suas Limitações	15				
Total		=SOMA(K19:K75)			

		Aferir SSVV a cada _____ horas
Confusão Aguda OU Cronica, caracterizados por: ( ) Agitação/Inquietação e/ou Alucinações ( ) Alteração na função cognitiva e/ou psicomotora e/ou comportamento ( ) Percepções ( ) AVEI ou E ( ) Infecção ( )Alteração no nível de consciência incorretas ( ) Abuso de substâncias ( ) Idade ≥ 60 anos ( ) Delirium ( ) Demência		Avaliar sinais de flebite 2x/dia
Conforto prejudicado relacionado a regime de tratamento evidenciado por : ( ) sensação de desconforto ( ) medo ( ) ansiedade ( ) irritabilidade ( ) choro ( ) não aceitação		Checar 2 dados do paciente antes de procedimentos invasivos
Debito cardíaco diminuído, caracterizados por: ( ) Alteração no eletrocardiograma (ECG) ( )Edema ( ) Bradicardia/Taquicardia ( )Fadiga/Dispneia ( )Palpitações cardíacas ( )Taquicardia		Checar Oxigenoterapia 4x/dia _____LT/MIN
Déficit no autocuidado para banho, caracterizado por: ( ) Motivação diminuída/Fraqueza/Dor ( ) Prejuízo musculoesquelético ( ) Prejuízo neuromuscular ( ) Transtornos perceptivos ( )Alteração na função cognitiva		Encaminhar para Banho de ASPERSÃO 1x/dia
Dor aguda relacionada à ( ) a procedimento invasivo ( ) relato verbal ( ) Expressão facial		Encaminhar para Banho de CADEIRA DE RODAS 1x/dia com auxílio
Eliminação urinária prejudicada relacionada à múltiplas causas evidenciado por ( ) polassiúria; ( ) oligúria, ( ) retenção urinária ( ) doenças pré-existentes (DM, IRC, litíase)		Hidratar a pele do paciente com _____ após o banho
Hipertermia relacionado à : ( )Trauma ( )Sepse ( )Isquemia ( )Doença ( )Convulsão ( ) Taquicardia ( ) Taquipneia		Incentivar dieta via _____ _____ , _____x/dia
Hipotermia relacionado à ( ) relato verbal de frio ( ) cianose periférica; ( )temperatura corporêa abaixo dos parâmetros.		Instalar Colchão de Ar
Interação social prejudicada relacionada à barreira ambiental evidenciado por: ( ) função social prejudicada ( ) insatisfação com envolvimento social, ( )interação disfuncional com outras pessoas		Instalar dieta Via Sonda Nasoenteral (SNE) 4x/dia
Integridade Tissular Prejudicada relacionada à: ( ) presença de lesão ( ) mudança do turgor cutâneo ( ) nutrição desequilibrada		Manter cabeceira elevada
Mobilidade física prejudicada ( ) Acamado ( ) Dificuldade para se virar ( ) Dificuldade para deambular ( ) Movimentos incoordenados ( ) outros		Medir estase antes de instalar dieta enteral intermitente
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionado à ( ) restrição alimentar – inapetente ( ) Anorexia ( ) anemia, ( ) imc <18,5 ( ) perda ponderal significativa.		Montar isolamento de:_____
Padrão respiratório ineficaz, evidenciado por: ( )Bradipneia ( )Dispneia ( )Taquipneia ( )Dor ( )Fadiga da musculatura respiratória ( )Obesidade ( )Prejuízo neurológico ( ) outro:		Oferta dieta via_____ _____ , _____x/dia
Risco de choque, caracterizado por: ( )Hipotensão ( )Hipovolemia ( )Hipoxemia ( )Hipóxia ( )Infecção ( )Sepse ( )Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS)		Ofertar higiene oral _____x/dia
Risco de Infecção relacionado à: ( ) Procedimento invasivo ( ) obesidade ( ) desnutrição ( ) doenças crônicas ( ) CVC/CVP ( ) em VM ( ) com SVD ( ) manipulação excessiva ( ) flebite		Orientar ingesta de dieta e hidratação via oral 4x/dia
Risco de Integridade da Pele Prejudicada relacionado à: ( ) umidade ( ) idade extrema ( ) fator mecânico – mobilidade, pressão ( )hipotermia/hipertermia ( ) radioterapia		Realizar aspiração da Traqueostomia _____x/dia ou S/N
Risco de Quedas relacionado à: ( ) história de quedas ( ) Idade ≥ 65 anos ( ) uso de prótese em MMII ( ) uso de dispositivo auxiliar – andador, bengala, cadeira de rodas		Realizar aspiração do Tubo Orotraqueal (TOT)_____x/dia ou S/N
Risco de aspiração, evidenciado por: ( ) Alimentação enteral ( ) Capacidade prejudicada para deglutir ( ) Nível de consciência diminuído ( ) Presença de sonda oral/nasal		Realizar aspiração Orofaríngea _____x/dia
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado à : ( ) disfunção renal ( ) Disfunção endócrina/reguladora ( ) diarreia ( ) vômitos ( ) volume de líquido excessivo ( ) volume de líquido insuficiente		Realizar balanço hídrico a cada _____hrs
Risco de glicemia instável relacionado à: ( ) DM sem controle ( ) Obesidade ( ) perda de peso excessiva ( ) alteração do estado mental ( ) outro:_____		Realizar Banho no LEITO 1x/dia
Risco de pressão arterial instável, evidenciado por:) Desequilíbrio eletrolítico ( ) Retenção de líquidos ( ) Inconsistência com o regime medicamentoso ( ) Outros:		Realizar controle de diurese
Risco de sangramento relacionado à: ( ) doença sanguínea ( )trauma ( ) uso de anticoagulante ( )complicações da gestação ( ) outro:		Realizar controle de infusão venosa
Troca de gases prejudicada devido à: ( ) disfunção respiratória crônica ( ) infecção respiratória ( ) trauma ( ) disfunção cardiovascular ( ) outros:		Realizar controle hídrico a cada_____hrs
Ventilação espontânea prejudicada, relacionado a Fadiga da musculatura respiratoria, associado a alterações metabólicas, evidenciado por: ( ) Aumento da frequência cardíaca ( ) Aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (PCO2) ( ) Aumento da taxa metabólica ( ) Diminuição da pressão parcial de oxigênio (PO2) ( ) Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO2) ( ) Dispneia ( ) Inquietação/ Cooperação diminuída ( ) Uso aumentado da musculatura acessória		Realizar HGT a cada_____hrs
Volume de líquidos deficientes relacionado à terapia instituída evidenciado por : ( ) hipotensão, ( ) taquicardia, ( ) aspectos de desidratação ( ) vômitos ( ) diarreia		Realizar higiene oral _____x/dia
Volume de líquidos excessivos relacionado à mecanismos reguladores comprometidos, volume infundido e ingesta de líquidos excessiva caracterizado por: ( )edema ( ) ausculta pulmonar comprometida – estertores ( ) Outros		Realizar limpeza da Traqueostomia 1x/dia
		Realizar mudança de decúbito a cada_____hrs
		Realizar troca de curativo em _____x/ dia com:_____
		Testar a SNE antes de instalar dieta enteral intermitente
		Trocar acesso venoso periférico a cada 72H DATA DE INSERÇÃO_____/_____/_____ DATA SUGERIDA DE TROCA _____/_____/_____
		Trocar cadarço do TOT 1x/ dia
		Trocar equipo a cada 96 horas DATA DE INSERÇÃO_____/_____/_____ DATA SUGERIDA DE TROCA _____/_____/_____
		Trocar fixação da SNE 1x/dia

Comunicação Interna n^{0} 11/2024 Toledo, 28 de março de 2024.

À equipe médica e de enfermagem.

Assunto: Manejo Pós Óbito - IML/SVO

Prezados médicos e equipe de enfermagem.

Esta Comunicação Interna tem como objetivo orientar as equipes citadas acima, quanto ao manejo do corpo pós óbito, preenchimento da Declaração de Óbito, encaminhamento para o Instituto Médico Legal e/ou Sistema de Verificação de Óbito.

A normativa vigente sobre coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações acerca dos óbitos é a Portaria SVS n.º 116/2009.

As Declarações de Óbito (DOs) são preenchidas nas unidades notificadoras e recolhidas, regularmente, pelas SMS. Em função das características do óbito (por causa natural, por causa acidental ou violenta) ou do local de sua ocorrência (hospital, outros estabelecimentos de saúde, via pública, domicílio ou outro), o fluxo da DO varia, de acordo com o disposto nos artigos 20 a 26 da Portaria n.º 116/2009.

A versão atualmente em uso da DO foi atualizada, pela última vez, em 2014, e é composta por 59 variáveis distribuídas em 9 blocos:



Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde

A DO será emitida pelo médico que prestava assistência ao paciente e, em caso de ausência ou impedimento, pelo médico substituto. Na unidade de Pronto Atendimento, o médico assistente da sala de emergência, deverá preencher a DO.



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica

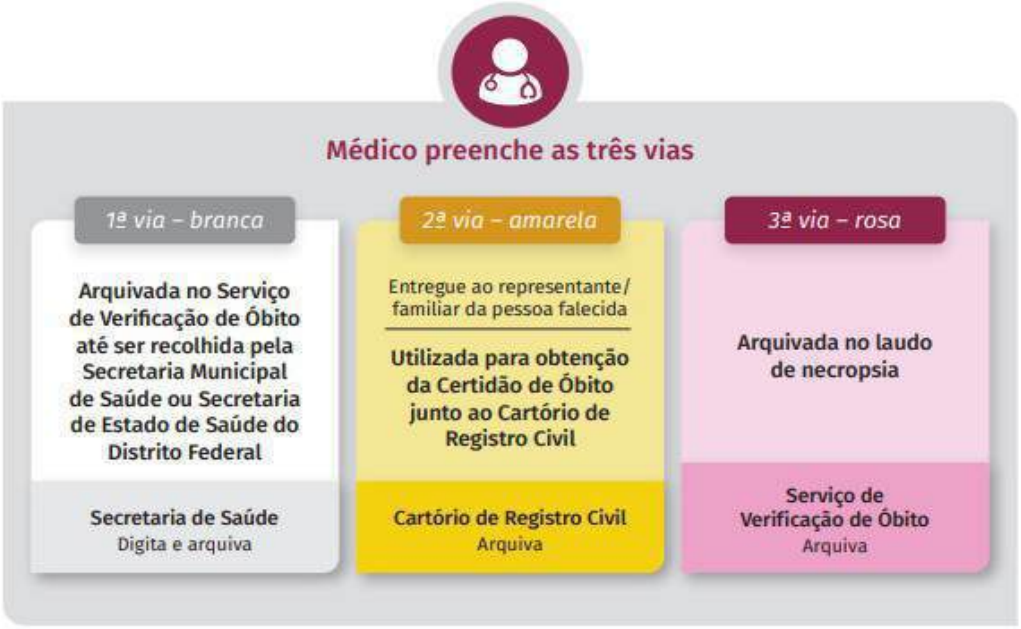
A DO será emitida pelo médico responsável pela assistência, OU designado pela instituição que prestava assistência, OU pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, OU Unidade de Saúde da Família mais próxima do local onde ocorreu o óbito, OU médico do SVO (art. 21 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa natural, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Verificação de Óbito

A DO será emitida pelo médico do SVO (art. 22 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito

A DO será emitida pelo médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o óbito, OU médico designado pela SMS, OU qualquer médico da localidade (art. 21, parágrafo único, da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico

A DO será emitida pelo oficial do Cartório de Registro Civil (art. 23 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade com Instituto Médico-Legal (IML)

A DO será emitida pelo médico do IML (art. 25 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade sem Instituto Médico-Legal

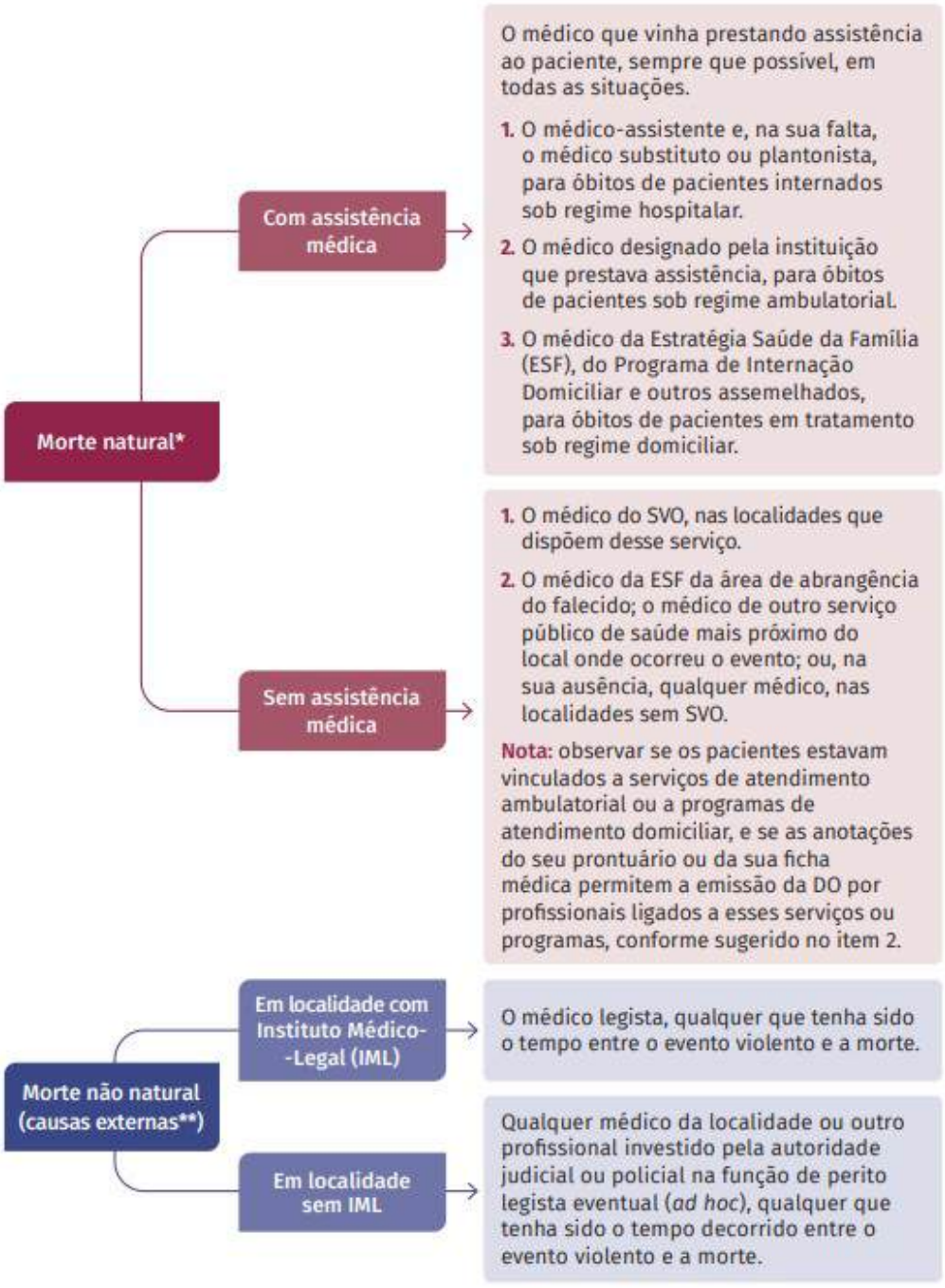
A DO será emitida pelo médico da localidade OU por outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (ad hoc) (art. 26 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Resumo da Emissão das DOs

FIGURA 2 Emissão da Declaração de Óbito



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

* Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

** Homicídios, acidentes, suicídios e mortes suspeitas.

Conforme Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Verificação de Óbitos Regional – Cascavel (SVOR), é necessário o preenchimento da Guia de Encaminhamento de Cadáver, devidamente preenchida e assinada pelo médico responsável pelo atendimento, Termo de Consentimento Informado e Esclarecido + Autorização para Remoção e Guia de Trânsito de Cadáver, já essas duas últimas, deverão ser assinadas pelo familiar ou responsável legal. Estes três formulários deverão ser encaminhados juntamente ao cadáver e estarão em anexo abaixo, anexos I, II e III.

Para encaminhamento do cadáver ao IML, é necessário o preenchimento do formulário específico, fornecido pelo próprio IML, o mesmo segue como anexo IV.

Juliana Ventura Lima
Diretora do Departamento da Rede de Urgência e Emergência

Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico do PAM

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO
SECRETARIA DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DE TOLEDO

PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR

TOLEDO
2022

INTRODUÇÃO

Conforme estabelecido pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, a Atenção Domiciliar (AD) é “um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” aos pacientes. De modo a atender tal demanda, é instituído o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), sendo este um serviço complementar ao cuidado realizado na Atenção Primária ou em serviços de urgência e emergência, de modo a substituir ou complementar o atendimento hospitalar. Neste serviço, incluem-se as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Enquadram-se nesta modalidade de atendimento, pacientes com agravos de saúde crônicos, com pouca perspectiva de melhora e necessidade de cuidados e assistência permanentes e contínuos, ou agudos (traumas) que tenham gerado necessidade de reabilitação por período maior que 6 meses.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde n° 825 de 25 de abril de 2016, em seu Art. 8° e §1º, determina que a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

Estão aptos à solicitação de inclusão no programa municipal de Fisioterapia Domiciliar pacientes:

-Restritos ao leito que permaneçam apenas em decúbito e não são capazes de sustentar a musculatura do pescoço e tronco;

-Paciente sem nenhum controle de musculatura de tronco para manter-se em posição sentado em cadeira de rodas (com risco de queda);

-Pacientes portadores de limitações motoras que os impeçam de dirigir-se a clínicas de fisioterapia, para tratamento ambulatorial, baseando-se na escala de Medida de Independência Funcional (MIF);

-Que possuam encaminhamento solicitado por profissional médico, atuante no Sistema Único de Saúde do município de Toledo, (Unidade Básica de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Central de Especialidades, CISCOPAR ou clínicas conveniadas), com condição de saúde informada e detalhada de modo tal que justifique o atendimento de fisioterapia domiciliar;

- Em uso de oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP);

-Com outra contraindicação clínica clara, declarada pelo médico responsável, que justifique o recebimento de atenção fisioterapêutica no domicílio;

-Com cuidador responsável pelo paciente e que seja capaz de acompanhar o profissional durante a assistência;

-Com cuidador que se comprometa a realizar, diariamente, as orientações feitas pelo profissional durante as suas visitas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA

Segundo a Portaria n° 825 de abril de 2016, fica inelegível para atendimento domiciliar o paciente que apresentar pelo menos uma das condições a seguir:

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua da enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar;
- Potencial demanda de diversos recursos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;

- Em uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver habilitada para realizar tal procedimento;

- Pacientes reabilitados (ou seja, aqueles que alcançaram estágio de reabilitação que permita que se locomovam até as clínicas de atendimento fisioterapêutico);

- Pacientes ou familiares que não evidenciem comprometimento com as orientações e solicitações do profissional, não sendo colaborativos para reabilitação do paciente. O paciente será desligado da assistência após três advertências verbais e por escrito, além de registro em prontuário eletrônico, por descumprimento da regra;

- Pacientes que não forem encontrados no domicílio em três visitas (não consecutivas) sem aviso prévio. Nessa situação, novo encaminhamento se fará necessário. Para tal, deverá ser feito registro em prontuário eletrônico do paciente, constando horário aproximado da visita e tentativas de contato.

- Pacientes que apresentem condições domiciliares que não garantam a segurança do profissional durante a prestação da assistência. O profissional responsável pelo atendimento deverá registrar em prontuário eletrônico os fatos ocorridos, que justifiquem a interrupção da assistência;

CONDIÇÕES DE ALTA DO SERVIÇO DOMICILIAR

- Pacientes com melhora de condição motora e estáveis, ou seja, aqueles que atingirem um estágio de reabilitação física e clínica que os permita se dirigir às clínicas de fisioterapia.

FREQUÊNCIA DA PRESTAÇÃO DO ATENDIMENTO

A frequência das sessões de fisioterapia está condicionada à avaliação clínica feita pelo profissional fisioterapeuta. Idealmente, deverá ocorrer ao menos um atendimento/acompanhamento mensal, respeitando os limites impostos pela disponibilidade do sistema de saúde do município de Toledo, podendo haver aumento do intervalo entre um atendimento e outro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento de fisioterapia domiciliar. Ribeirão Preto, SP: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 2007 (atualizado em 2013).

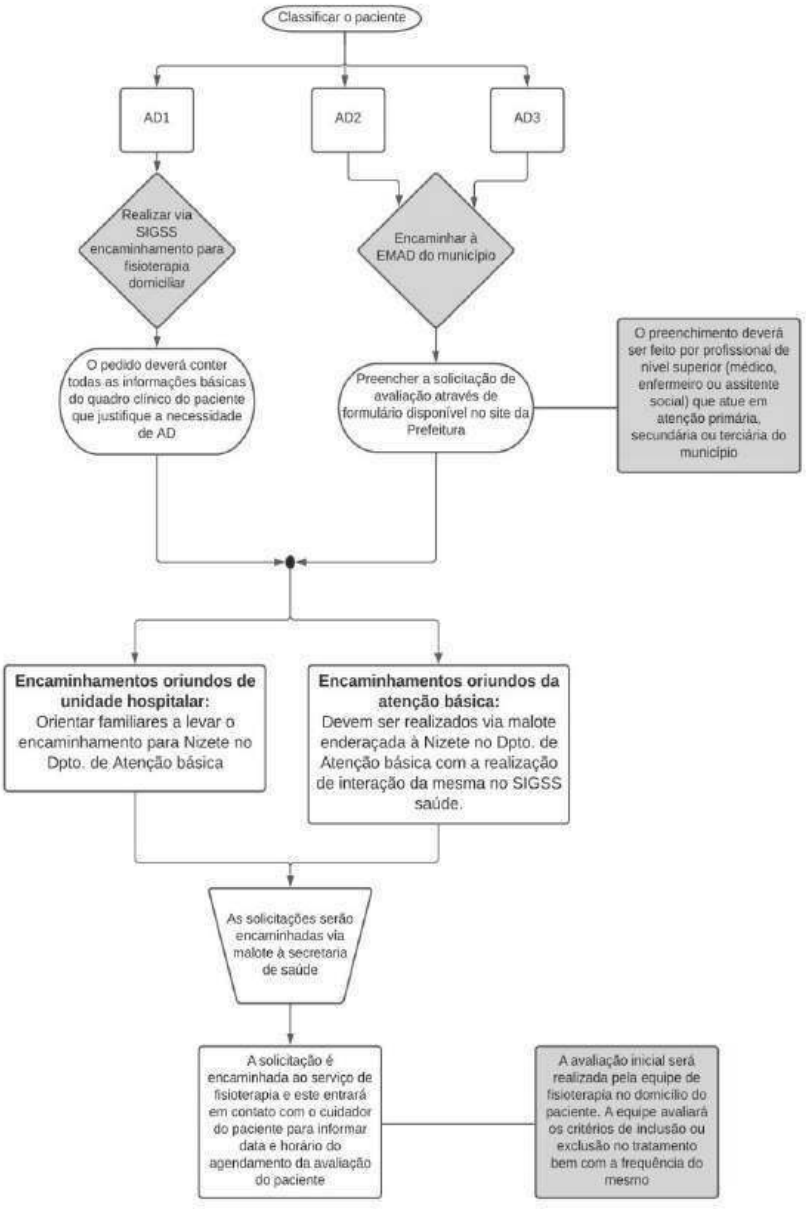
BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf

TOLEDO. Prefeitura Municipal de Toledo, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento de serviço de fisioterapia domiciliar. Toledo, PR: 2019.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Conduta fisioterapêutica na atenção domiciliar no Distrito Federal. Distrito Federal: Governo do Distrito Federal.

FLUXOGRAMA PARA SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR

AD 1	Pacientes com indicação de atenção domiciliar (AD) que requeira cuidados com menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, por ser pressuposta a estabilidade clínica e capacidade de cuidado satisfatória pelos cuidadores.
AD 2	Pacientes com indicação de AD, com a finalidade de abreviar ou evitar hospitalização, apresentando: agravos de saúde agudos ou crônicos agudizados, com necessidade de cuidados intensificados e seqüenciais (reabilitação, nutrição parenteral); agravos de saúde crônico-degenerativo, com grau de comprometimento de doença que demande atendimento semanal (no mínimo); necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico semanal (no mínimo), para fins de controle de dor e sofrimento do paciente; ou bebês com prematuridade e baixo peso, com necessidade de ganho ponderal.
AD 3	Pacientes com qualquer das situações elegíveis na modalidade AD2, que demandem de cuidado multiprofissional mais frequente, com uso de equipamentos ou conjunto de procedimentos de maior complexidade (ventilação mecânica e nutrição parenteral, por exemplo), e que usualmente demandam maiores períodos de acompanhamento domiciliar.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

SUS

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS DE LESÕES BUCAIS
CEO, CEONC E UOPECAN

UBS
Exame bucal
Detecção de lesão bucal

Lesão com característica **Benigna**

Lesão com característica Encaminhar pelo sistema para Cirurgião-Dentista Estomatologista (CBO 223220)

Encaminhamento impresso e anexar a ficha de estomatologia do CEO (Anexo A)

Via malote para a Secretaria de Saúde. Anotar A/C Odontologia.

Lesão com característica **Maligna**

Encaminhar pelo sistema para Médico Oncologista

Anotar a justificativa do encaminhamento e referência CEONC ou UOPECAN

Encaminhamento impresso e com xerox dos documentos pessoais, cartão SUS, e comprovante de endereço

Via malote para Central de Especialidades

Se o paciente desejar agendamento imediato: o usuário deve levar o encaminhamento referenciado para CEONC ou UOPECAN pessoalmente na Central de Especialidades com os documentos solicitados.

Juciliane Angoneze Cesaro
Coordenadora de Saúde Bucal

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre
Dir. Dep da Rede de Atenção Primária em Saúde

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Secretária Municipal da Saúde

Orientações:

Este fluxo foi elaborado para direcionar o agendamento das consultas para cirurgião-dentista estomatologista (CBO 223220) para CEO, CEONC e UOPECAN com o objetivo de agilizar o agendamento para lesões com suspeita de malignidade:

- Os usuários que necessitam de avaliação de lesão bucal com característica benigna, deverá ser encaminhado, pelo sistema, para o CBO 223220 – Cirurgião Dentista - Estomatologista. É obrigatório o preenchimento da ficha de estomatologia para os encaminhamentos direcionados para o CEO (Anexo A).
- Os usuários que necessitam de avaliação de lesão bucal com característica de maligna, deverá ser encaminhado, pelo sistema, para Médico Oncologista. É obrigatório o preenchimento da justificativa e referência para CEONC ou UOPECAN e anexar Xerox dos documentos pessoais, cartão SUS e comprovante de endereço.
- Os profissionais devem alimentar a planilha (dados M) com os dados do paciente e acompanhar o caso.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
SUS

Anexo A – Ficha Clínica para os pacientes de Estomatologia do CEO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Telefones: _____

Endereço: _____

_____

ENCAMINHADO POR: _____

NOME DA UBS: _____ TEL: _____

1) Queixa principal
( ) Estomatológica ( ) Outra marcar com X

Descrever: _____

_____

2) Duração/ Evolução
( ) Dias ( ) Meses ( ) Anos marcar com o número absoluto

3) Tratamento prévio:

( ) Nenhum ( ) Prescrição Médica ( ) Prescrição Odontológica

( ) Automedicação marcar com X

( ) Outro/Especificar: _____

4) Sofre de alguma doença?
( ) Sim ( ) Não marcar com X

5) Qual(is)?

6) Faz uso de algum medicamento?
( ) Sim ( ) Não marcar com X

7) Qual?

( ) Anti-hipertensivo ( ) Hipoglicemiante ( ) Analgésico ( ) Corticóides

( ) Antiinflamatório ( ) Antibiótico ( ) Antidepressivo

( ) Imunossupressores ( ) Hormonais ( ) Anticoncepcional ( ) Reposição Hormonal marcar com X

8) Descrever Medicamentos e dosagens: _____

9) Já se submeteu a alguma cirurgia?

( ) Sim ( ) Não marcar com X

Especificar: _____

10) Antecedentes familiares: _____

11) Tabagismo

( ) Nunca ( ) Prévio Parou há ( ) Anos Fumou durante ( ) Anos ( ) Média cigarros/dia

( ) Atual Duração ( ) Anos ( ) Média cigarros/dia

Tipo de Tabagismo:

( ) Cigarro industrializado ( ) Cigarro de palha ( ) Cachimbo ( ) Charuto

( ) Maconha ( ) Outros

Obs.: _____

12) Etilismo:

( ) Nunca ( ) Prévio Parou há ( ) Anos Bebeu durante ( ) Anos ( ) Média doses / semana)

( ) Atual Duração ( ) Anos ( ) Média doses/semana

Tipo de Etilismo:

( ) Bebida destilada ( ) Bebida Fermentada

Obs.: _____

13) Exposição Solar:

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PROTOCOLO PARA HIGIENE DAS MÃOS

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO	PÁGINA
		003	01 A 07
		VERSÃO/ANO	
		002/2023	
TÍTULO	**PROTOCOLO PARA HIGIENE DAS MÃOS**		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO/ ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / DEZ DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP/COORDENAÇÃO/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

Instituir e promover a higiene correta das mãos no PAM, com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

2. TERMOS E DEFINIÇÕES

Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (infecções relacionadas à assistência à saúde). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e, a antissepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

2.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

2.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

2.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxaguar em água, ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

2.3.1. Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida: preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

2.3.2. Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

3. INTERVENÇÕES

3.1 Momentos



1 ANtES DE ONtAtO OM O pA IENtE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. pOR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANtES DA rEA IZAÇÃO DE prO EDIMENtO ASS ptI O	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. pOR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 Ap S rIS O DE E pOSIÇÃO A IDOS Or pOr AIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). pOR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 Ap S ONtAtO OM O pA IENtE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. pOR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 Ap S ONtAtO OM AS rEAS pr IMAS AO pA IENtE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente . pOR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY · Organização Pan-Americana da Saúde · SUS · ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária · Ministério da Saúde · BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL · World Health Organization

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial de Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”. A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

3.1.1. Antes de tocar o paciente;

3.1.2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:

a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas;

b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.

3.1.3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou secreções:

a) Após contato com fluidos corporais ou secreções, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.

b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.

c) Após remover luvas estereis ou não estereis

3.1.4. Após tocar o paciente:

a) Antes e depois do contato com o paciente

b) Após remover luvas estereis ou não estereis

3.1.5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:

a) Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente;

b) Após remover luvas estereis ou não estereis

4. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

Seguir os passos contidos no POP nº 06 Higienização das Mãos

5. ESTRATÉGIAS

A melhora da prática de higienização das mãos, de forma bem-sucedida e sustentada, é alcançada por meio de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais. A Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde - OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos, foi proposta para traduzir, na prática, as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla gama de ferramentas práticas e de implementação, prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde.

Todas as ferramentas de higiene das mãos, direcionadas para gestores, profissionais de saúde e profissionais que atuam no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e qualidade estão disponíveis no Portal da Anvisa, em: http://bit.ly/wL0d6V.

Os componentes-chave da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos são descritos a seguir:

5.1. Mudança de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui algumas condições essenciais:

- Acesso a sabonete líquido e papel toalha;
- Acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência;
- Pias no quantitativo de uma para cada dez leitos

5.2. Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos.

5.3. Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde retroalimentando estes resultados.

5.4. Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

5.5. Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente e no qual o aprimoramento da higienização das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

- A participação ativa em nível institucional e individual;
- A consciência da capacidade individual e institucional para mudar e aprimorar (autoeficácia); e
- Parcerias com pacientes e acompanhantes.

6. ORIENTAÇÕES

6.1. Cuidado com o uso de luvas

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os micro-organismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;

- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas;

6.2. Cuidados com a pele das mãos

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes de proteção para as mãos ajudam a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

Os seguintes comportamentos devem ser evitados:

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a riscos de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

Os seguintes princípios devem ser seguidos:

- Enxaguar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras e anéis, etc;
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

7. INDICADORES

- ✓ **Consumo de preparação alcoólica para as mãos:** monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes dia.

- ✓ **Consumo de sabonete:** monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes dia.

8. RISCOS

O gerenciamento dos riscos será realizado pelo NSP, utilizando-se a planilha: MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

As ações estão disponíveis em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - Plano de Segurança do Paciente – PAM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. A**nexo 01: PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE***, disponível em:<Anexo 01: PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE* (www.gov.br)>. Acesso em 04 de julho de 2022.

FRANCISCO, A. et al. **Cartilha sobre segurança do paciente.** Disponível em:< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Enfª Jéssica P. T. Medrado
Revisado/Atualizado por: Enfª Jéssica P. T. Medrado
Vigência: Até dezembro de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO _____; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

Ofício nº 1294/2024 – SMS Toledo, 20 de Agosto de 2024.

À Senhora
Dirce Maria Steffens Külzer
Secretária Municipal da Educação
Toledo – PR

C/C
Diretores e Coordenadores das escolas pactuadas com o PSE
Toledo – PR

Assunto: Compromisso e corresponsabilização entre a Secretaria da Saúde e Secretaria da Educação com o processo de educação em saúde através do Programa Mais Saúde Bucal na Escola e Programa Estadual de Bochecho com Flúor no Estado do Paraná

Senhor (a) Secretária/Diretor/Coordenador,

Considerando que o PSE constitui-se em um programa interministerial que visa ampliar as ações de saúde no ambiente escolar através das equipes de saúde inseridas na Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Atenção Primária;

Considerando que o Programa Mais Saúde Bucal no PSE é responsável por realizar atividades de educação em saúde bucal e atendimento odontológico, por meio de palestras, vídeos, roda de conversa, entrega de escova, creme dental e fio dental, evidenciação de placa bacteriana, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor gel (nos casos indicados), exame bucal (nos casos autorizados), capacitação dos educadores para realização dos bochechos de flúor semanais, tratamento restaurador atraumático (nos casos necessários e autorizados) e encaminhamentos de escolares para atendimento odontológico na UBS, caso seja identificada a necessidade do(a) estudante;

Considerando que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná implantou em 1980 o Programa Estadual de Bochecho com Flúor, como parte do Programa Saúde Escolar, instituído pelo decreto nº 3046, de 10 de outubro de 1980, beneficiando escolares na faixa etária de 6 a 12 anos;

Considerando a expansão do Programa Estadual de Bochechos com Flúor para escolares de até 15 anos tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos, principalmente o SB 2010 (Saúde Bucal 2010), que apontaram um aumento de prevalência da

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

doença cárie entre 12 e 19 anos, com índice de CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,07 aos 12 anos saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos;

Considerando que a ação do flúor é bastante ampla, desempenhando um papel importante na prevenção e controle da doença cárie através da remineralização dentária reforçando a capacidade de resistência do esmalte dentário à cárie, sendo capaz de reduzir em torno de 26% a prevalência de cárie;

Considerando a importância da saúde bucal como parte integrante da saúde geral dos escolares do município de Toledo;

Considerando a importância da integração e articulação entre as secretarias de saúde e educação de forma permanente no processo de educação em saúde, proporcionando melhoria do desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras;

Solicitamos o firmamento de compromisso entre a ESB da EAP/ESF_____ com o Diretor(a)_____ da Instituição de Ensino_____ no desenvolvimento das atividades preconizadas no Programa Saúde na Escola de co-responsabilidade entre instituição de ensino e equipe de Saúde Bucal do território adstrito:

Ações que poderão ser desenvolvidas pelas Instituições de Ensino:

a) Dispensar termos de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) para pais ou responsáveis no momento das rematrículas escolares, informando sobre as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal durante o ano letivo;

b) Participação dos profissionais da Educação juntamente com os profissionais da Equipe de Saúde Bucal na realização do planejamento das ações coletivas que serão desenvolvidas e contemplação no cronograma do calendário escolar;

c) Escolher representante(s) na escola para ficar responsável pelo Programa Saúde na Escola e ser um elo entre a escola e a saúde;

d) O(s) representantes(s) do PSE na escola deverão entregar os termos de autorizações (anexo 1) para os pais ou responsáveis, pois, sem os termos assinados, o atendimento à criança será limitado às atividades educativas e preventivas;

e) Para o bochecho será solicitado a cada aluno um copinho de plástico (anexo 2);

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

f) O(s) representante(s) do PSE na escola deverá anotar os alunos que participaram do bochecho em cada semana em planilha (anexo 3)

g) As planilhas serão entregues a equipe de saúde bucal de forma mensal para possibilitar o registro adequado no sistema do Ministério da Saúde;

h) Os bochehos deverão ser realizados 1x por semana:

i) Crianças com idades entre 6 a 15 anos poderão participar dos bochechos;

j) Os sachês de flúor serão distribuídos periodicamente para o diretor ou representantes do PSE na escola, onde deverá datar e assinar o recebimento dos sachês de acordo com a quantidade fornecida pela ESB (anexo 4);

k) As equipes de saúde bucal após levantamento epidemiológico com estratificação de risco dos alunos, poderão mediante Termo de Consentimento assinado pelos responsáveis, planejar junto com a escola a realização de atividades com finalidade terapêutica, lançando mão do Tratamento Restaurador Atraumático (ART), sendo necessário para isso as devoluções das autorizações entregues para assinatura do(a) responsável.

l) Destacamos que os educandos que não entregaram a autorização deverão ser beneficiados apenas com ações educativas (grupos, gincanas, concursos sobre temas de saúde bucal, dentre outras) e preventivas.

2) Ações que poderão ser desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal:

   a. Atividades educativas (palestras, vídeos, roda de conversa e outros) com professores, pais e escolares;

   b. Entrega de kit de higiene bucal (escova, creme dental e fio dental);

   c. Evidenciação de placa bacteriana;

   d. Escovação dental supervisionada;

   e. Aplicação tópica de flúor gel;

   f. Exame bucal;

   g. Encaminhamentos de escolares para atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde (UBS) (Anexo 5);

   h. Capacitação de professores, diretores e outros funcionários da escola para que os mesmos dêem continuidade ao programa Estadual de Bochecho com

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

Flúor no Estado do Paraná, com supervisão indireta mensal da equipe de saúde bucal;

i. Outras atividades que a ESB e direção da escola considerar pertinentes.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

GEORGE SOARES GONÇALVES
Coordenação de Saúde Bucal
Portaria º 113, de 10/02/2023

TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora do Departamento da
Rede de Atenção Primária em Saúde
Portaria nº 594/2022 de 04/11/2022

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO

Senhor (a) responsável,

O Programa Mais Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola (PSE) é responsável por realizar atividades de educação em saúde bucal e atendimento odontológico, por meio da aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada e tratamento restaurador atraumático (ART-TRA), caso seja identificada a necessidade do (a) estudante. Todas estas ações são realizadas por um cirurgião-dentista e sua equipe, devidamente capacitados.

Estas ações, para que aconteçam, precisam do apoio da escola (com o qual contamos) e do consentimento do (a) responsável pelo(a) estudante.

Desta forma, eu _____ (nome do responsável), RG:_____CPF:_____, responsável pelo (a) estudante:_____AUTORIZO a realização do atendimento odontológico na escola por meio da aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada e tratamento restaurador atraumático (caso necessário), assim como as demais atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais na ação do PSE.

Caso permaneçam dúvidas, é possível entrar em contato diretamente com a escola.

att
Equipe de Saúde Bucal do PSE

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 2

Comunicado aos Pais e Responsáveis

A Secretaria de Saúde em conjunto com a Secretaria de Educação do Município de Toledo está com o Projeto **"Mais Saúde Bucal nas Escolas"**, no qual se insere a ação de **Bochecho de Flúor**. Os bochechos já foram iniciados a alguns meses e o mesmo está sendo feito com o uso de copinhos de café descartáveis. Devido ao custo financeiro e principalmente ao custo ambiental, de geração de lixo, solicitamos que cada família providencie para seu filho (a) um copo pequeno que pode ser do tipo para xarope (10 ml) para deixar na escola, pois será **REUTILIZADO** semanalmente para realização do Bochecho de Flúor.

Contamos com a colaboração de todos!

Nosso planeta agradece!!

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 3

RELATÓRIO MENSAL DO BOCHECHO FLUORETADO

Escola:_____

Turma:_____ Período:_____

Nome do Aluno	data	data	data	data	data

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 4

TERMO DE ENTREGA E RECEBIMENTO DE FLÚOR PARA O PROJETO BOCHECHO NAS ESCOLAS

Este termo firma o compromisso entre a Equipe de Saúde Bucal e a direção da instiuição de ensino para a realização e manutenção da ação do Programa Estadual de Bochecho com Flúor, como parte do Programa Saúde na Escola, instituído pelo decreto nº 3046, de 10 de outubro de 1980.

Eu _____diretor(a) da Escola _____ declaro que recebi da equipe de saúde bucal da ESF/EAP _____, _____ sachês de Fluoreto de Sódio em Pó de 1g cada do lote:_____, Venc.: ___ para realização da ação do programa estadual de bochechos semanal com flúor nas escolas municipais e estaduais do município de Toledo.

__/__/____

_____ _____

Equipe de Saúde Bucal Diretor (a)

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 5

CARTA CONVITE PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Aos pais ou responsáveis pelo menor: _____

Como cirurgião-dentista responsável pelo acompanhamento dos alunos matriculados na _____ (escola/ CMEI), por meio de uma rápida avaliação, constatei que seu (sua) filho (a) necessita de tratamento.

Para obter informações e agendamento, você (pai, mãe ou responsável com idade acima de 18 anos) deverá procurar o serviço odontológico da Unidade Básica de Saúde levando:

- esta carta
- um documento da criança (certidão de nascimento ou carteira de identidade)
- um documento do adulto que irá se responsabilizar pela criança (carteira de identidade)
- Comprovante de residência e número de telefone para contato

Não é necessário levar a criança. Esperamos sua visita e lembre-se:

Você é responsável pela saúde de seu filho!

Assinatura e carimbo do CD_____.

Data:___/___/____.

.....

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA CARTA

(O pai ou responsável deve destacar esta parte, assinar, datar e devolver na escola)

DATA:____/____/____.

Recebi a CARTA CONVITE PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO do meu filho _____.Estou ciente da necessidade de tratamento conforme as instruções da carta.

Nome do pai/mãe ou responsável:_____.

Assinatura:_____.

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 6

Orientações sobre a utilização do PEC (Porta Escova Coletivo)

O PEC é utilizado para o armazenamento das escovas dentais das crianças.

Sugere-se a troca das escovas dentais a cada 3 meses.

A descontaminação do PEC (sem as escovas) deverá ser feita por imersão, colocando–os na caixa branca com tampa, diluindo ½ copo de água sanitária (100 ml) em 5 litros de água deixando por um período de 8 a 12 horas.

Após este período enxaguar abundantemente e utilizar normalmente para o armazenamento das escovas dentais.

Realizar esse processo de descontaminação do PEC semanalmente.

Em caso de surto de diarreia, gripes, conjuntivites ou outras doenças infectocontagiosas, comunicar a Vigilância em Saúde.

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

ANEXO 7- CRONOGRAMA ANUAL DAS ATIVIDADES

DATAS	LOCAL: Escola/Turma	PROFISSIONAIS ATUANTES	AÇÕES PROGRAMADAS

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

Documento: 30128/2024 - Termo_de_compromisso_entre_secretaria_saúde_e_educação_com_o_PSE.pdf
Data: 20/08/2024 10:30:10

Assinatura avançada realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:07.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por George Soares Gonçalves em: 20/08/2024 10:30:10. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: GEORGE SOARES GONÇALVES em 20/08/2024 10:31:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 20/08/2024 10:49:08. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: eb071e69-3703-40f7-8970-64aeb654d6b3

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

Documento: 36466/2024 - Termo de Compromisso Secretaria da Saúde e Educação - Programa Mais Saúde Bucal na Escola.pdf
Data: 04/10/2024 10:51:59

Assinatura avançada realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:26.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

Inserido por Jaqueline Aparecida Alves dos Santos em: 04/10/2024 10:51:59. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: DIRCE MARIA STEFFENS KULZER em 04/10/2024 11:35:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d5b23bba-ce48-4083-9884-ad217663e716

Comunicação Interna nº 04/2024

Toledo, 07 de fevereiro de 2024.

Às equipes médicas.

Assunto: Adequado Preenchimento do Formulário para Dispensação de Antimicrobianos

Prezados médicos,

Gostaríamos de ressaltar a crucial importância do correto preenchimento do "Formulário para Dispensação de Antimicrobianos", uma vez que esse procedimento é uma exigência para a adequação dessa instituição às normas da Vigilância Sanitária. Cabe ainda salientar que conforme a resolução 1552/99 do Conselho Federal de Medicina, é ético o critério que condiciona a liberação de antibióticos pela CCIH à solicitação justificada e firmada por escrito. Garantir a precisão nessas informações não apenas assegura o cumprimento das normativas, mas também contribui significativamente para a segurança do paciente e o controle efetivo de possíveis infecções hospitalares. Os formulários que estejam incompletos serão devolvidos para o adequado preenchimento do respectivo médico.

Contamos com a colaboração de cada profissional para mantermos os padrões necessários e promover um ambiente hospitalar mais seguro e em conformidade com as normas vigentes.

Atenciosamente,

Felipe Augusto de L. Oliveira
Médico Infectologista
CRM-PR 42.014 - RQE 25017

Felipe Augusto de Lucena Oliveira
Infectologista

Julio Cesar Fabris
Diretor Téc. Médico de Unidade de Urgências e Emergências
Portaria 51, de 19/01/2021

Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico do PAM

Ata de constituição da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS)

1. A direção administrativa do Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (PAM), representada por Juliana Ventura Lima, no uso de suas atribuições legais vem através deste revogar a composição da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde do PAM, passando a ter a seguinte composição:

Membros Consultores:

a) Serviço médico: Julio Cesar Fabris;

b) Serviço de enfermagem: Jessica Rosin;

c) Serviço de farmácia: Fernando Aparecido Fovis;

d) Representante do Laboratório de microbiologia: Flávio Del Moro;

e) Administração: Juliana Ventura Lima e Marcos;

Membros Executores:

a) Médico Infectologista: José Eduardo Panini Mainart;

b) Enfermeira: Josiane Monteiro Ribeiro;

c) Técnico em Enfermagem: Wadis Ferreira Lima.

2. Fica designada para a coordenação da Comissão a enfermeira Josiane Monteiro Ribeiro.

3. A composição da comissão dar-se-á por período de 12 meses, podendo ser prorrogada ou alterada, por período igual ou superior.

4. Fica revogada a comissão anterior, constituída em 2021.

Juliana V. Lima
Diretora da Rede de Urgência
Portaria nº 1.210 de 17/06/14

Juliana Ventura Lima
Diretora do Departamento da Rede de Urgência e Emergência

Toledo, 24 de Maio de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

PREVENÇÃO E CONTROLE DE EVENTOS ADVERSOS

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO	PÁGINA
		005	01 A 07
		VERSÃO/ANO	
		002/2023	
TÍTULO	**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE EVENTOS ADVERSOS**		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO/ ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / DEZ DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP//DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas no PAM para reduzir o risco de danos ao paciente e a ocorrência de eventos adversos.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, onde vários fatores podem contribuir para a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência, faz-se necessária a identificação e tratamento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos. Entre os objetivos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, (PNSP) criado em abril de 2013, destaca-se: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde. Dessa forma, o comprometimento institucional, a disseminação desses conceitos entre toda a equipe profissional e a adoção das práticas profissionais seguras, são essenciais para a implementação do PNSP nos serviços do país. Nesse

contexto, destaca-se a importância do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como primeira instância a gerir o risco, empreendendo as suas etapas e lançando mão de ferramentas, com o objetivo de rever os processos de trabalho e alinhá-los às práticas de segurança, além de disseminar esses conhecimentos entre os demais profissionais da equipe, de forma a prevenir a ocorrência dos incidentes nos serviços de saúde.

3. TERMOS E DEFINIÇÕES

- Near Miss ou quase erro: Incidente que não atingiu o paciente;
- Evento: Algo que acontece ou envolve o paciente, com dano ou não;
- Evento Adverso: Evento com paciente que gera dano (leve, moderado, grave ou óbito);
- Never Events: Eventos catastróficos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, eventos sentinelas;

4. INTERVENÇÕES

Uma das estratégias para implementação do PNSP é a sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes. Dessa forma, a fim de conhecer a realidade do país e realizar um diagnóstico situacional dos incidentes ocorridos, foi regulamentada a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC n° 36 de 2013. A análise das notificações de incidentes recebidas, pelo SNVS, é feita por meio do Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (Notivisa) – Módulo Assistência à Saúde.

Segundo a RDC nº 36/2013, o monitoramento das notificações é atribuição do NSP, devendo a notificação ser realizada mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa – módulo Assistência à Saúde). Os EA que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

A notificação feita no sistema de informação do Notivisa (módulo Assistência à Saúde) é composta por 10 etapas: 1) Tipo de incidente; 2)

Consequências para o paciente; 3) Características do paciente; 4) Características do incidente/evento adverso; 5) Fatores contribuintes; 6) Consequências organizacionais; 7) Detecção; 8) Fatores atenuantes do dano; 9) Ações de melhoria e 10) Ações para reduzir o risco. Em cada uma das etapas estão dispostas variáveis objetivas e estruturadas.

5. EVENTOS ADVERSOS

Eventos adversos são aqueles decorrentes da prestação de serviço de saúde e que causam algum dano ao paciente

Lista dos Never Events (eventos catastróficos / que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde/eventos sentinelas) que devem ser notificados no Sistema de Informação da Anvisa:

NE 01 Óbito ou lesão grave de paciente, associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde

NE 02 Procedimento cirúrgico realizado em local errado

NE 03 Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado

NE 04 Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada

NE 05 Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente

NE 06 Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde

NE 07 Óbito ou lesão grave de paciente, associados ao uso de contenção física durante a assistência dentro do serviço de saúde

NE 08 Óbito ou lesão grave de paciente, associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde

NE 09 Úlcera (lesão) por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)

NE 10 Úlcera (lesão) por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)

Eventos a serem notificados:

EV 01 Quedas

EV 02 Queimaduras

EV 03 UPP

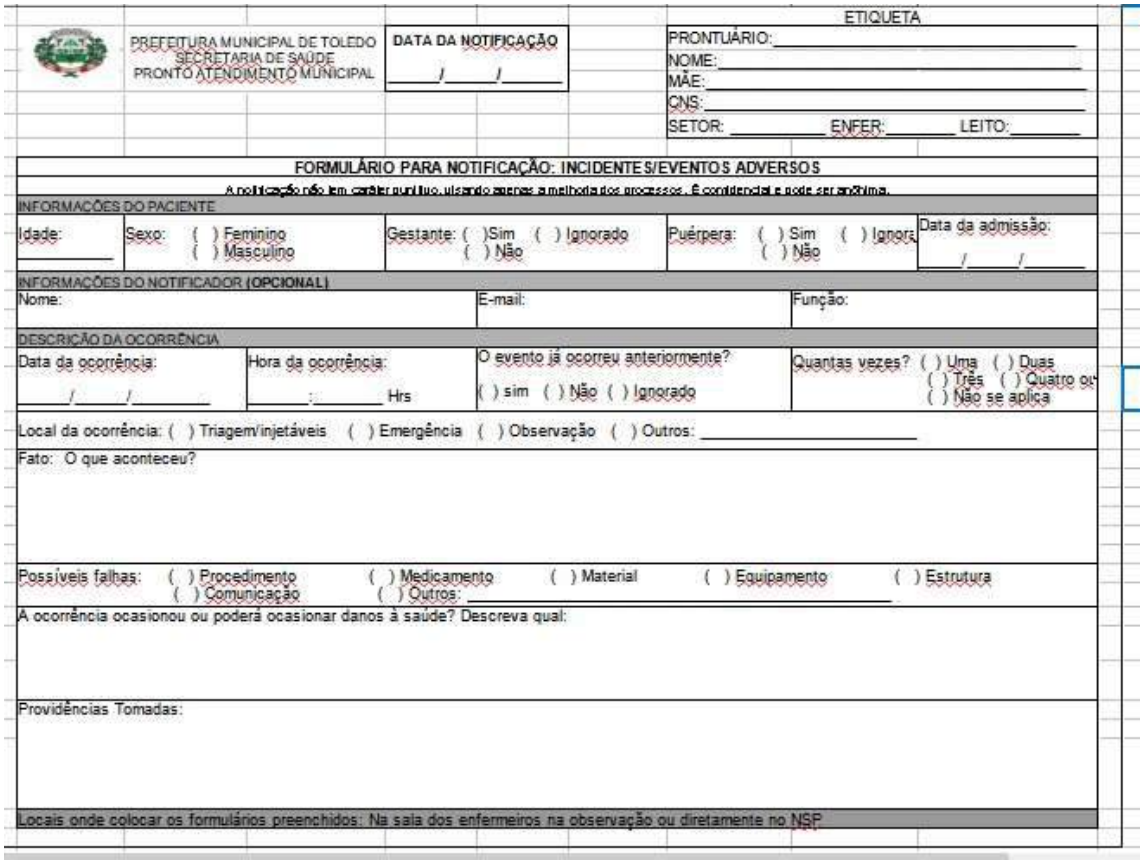
EV 04 Falha na identificação do paciente

EV 05 Administração errada de medicamento

EV 06 Infecção cruzada

EV 07 Erros envolvendo medicamentos (dispensação, diluição, troca, mesmo que seja identificado antes de atingir o paciente)

A equipe de enfermagem deve realizar a notificação do evento adverso ou do near miss através do formulário abaixo:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO
SECRETARIA DE SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

DATA DA NOTIFICAÇÃO
____/____/____

ETIQUETA
PRONTUÁRIO:_____
NOME:_____
MÃE:_____
CNS:_____
SETOR:_____ ENFER:_____ LEITO:_____

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS

A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Idade:	Sexo:	Gestante:	Puérpera:	Data da admissão:
_____	( ) Feminino ( ) Masculino	( )Sim ( ) Ignorado ( ) Não	( ) Sim ( ) Ignora ( ) Não	____/____/____

INFORMAÇÕES DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)

Nome:	E-mail:	Função:

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Data da ocorrência:	Hora da ocorrência:	O evento já ocorreu anteriormente?	Quantas vezes?
____/____/____	____:____ Hrs	( ) sim ( ) Não ( ) Ignorado	( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ou ( ) Não se aplica

Local da ocorrência: ( ) Triagem/injetáveis ( ) Emergência ( ) Observação ( ) Outros: _____

Fato: O que aconteceu?

Possíveis falhas: ( ) Procedimento ( ) Medicamento ( ) Material ( ) Equipamento ( ) Estrutura ( ) Comunicação ( ) Outros: _____

A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? Descreva qual:

Providências Tomadas:

Locais onde colocar os formulários preenchidos: Na sala dos enfermeiros na observação ou diretamente no NSP

Ou através do Qr Code:

A notificação é voluntária, podendo ser anônima, deverá ser entregue ao NSP ou deixado sob a caixa de notificações na sala dos enfermeiros.

6. IDENTIFICAÇÃO E GERENCIAMENTO DOS RISCOS

Os riscos serão gerenciados pela planilha disponível em: M: \SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO.

As ações propostas constam no Plano de Segurança do Paciente, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

7. PREVENÇÃO

Para prevenção dos eventos adversos, estão sendo implantados pelo núcleo de segurança do paciente os protocolos abaixo:

- ✓ Procedimento seguro;
- ✓ Comunicação;
- ✓ Higiene das mãos;
- ✓ Identificação do paciente;
- ✓ Prevenção de Quedas
- ✓ Prevenção de úlcera por pressão;
- ✓ Segurança na administração de medicamentos;

8. INDICADORES

- ✓ Ocorrência de eventos adversos;
- ✓ Número de casos notificados;

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA No 01/2015: **Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Disponível em:<https://www.sindhoesg.org.br/dados/publicacoes/pub0002732-3f8ea8b94d728bedf2c3127315226bbc.pdf>. Acesso em 18 de jul de 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025.** Disponível em:<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>. Acesso em 18 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Jéssica P. T. Medrado
Revisado/Atualizado por: Jéssica P. T. Medrado
Vigência: Até 07 de dezembro de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO _____; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ULCERA POR PRESSÃO

TOLEDO, 2022

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO	PÁGINA
		008	01 A 11
		Versão/Ano	
		002/2022	
TÍTULO	**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA DANIELE SALES LUCENA / JAN DE 2018		
REVISÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
APROVAÇÃO			

1. OBJETIVO

Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele nos pacientes internados no PAM.

2. JUSTIFICATIVA

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. Úlceras por pressão causam dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

3. INTERVENÇÕES

A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais de uma estratégia de UPP são:

Etapa 1: Avaliação de UPP na admissão de todos os pacientes.

1. Avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e;
2. Avaliação da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

Etapa 2: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados.

A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden. Esta caracterizará o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Para tanto, quando houver dúvidas na avaliação da pele, o enfermeiro do plantão deverá ser comunicado.

ATENÇÃO: As etapas subsequentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco.

Etapa 3: Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes em geral, hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e UPP já existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

Etapa 4: Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente.

Higienização e hidratação da pele:

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;

- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, se possível;

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;

- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil.

Manejo da umidade:

- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas;

- Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

Etapa 5: Otimização da nutrição e hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com deficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os deficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para UPP ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas para a prevenção de UPP;

- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem;

Etapa 6: Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

Mudança de decúbito ou reposicionamento:

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo;

- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso);

- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas;

- O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semi-deitado;

- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal;

- Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a UPP surgirá muito rapidamente.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento:

- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento;

- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual;

- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de UPP por fricção.

Uso de acessórios para aliviar a pressão:

- Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão;

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama;

- Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão. A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda;

- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes;

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de UPP quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão do que almofadas de gel.

4. MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

RISCO BAIXO (15 a 18 pontos na Escala de Braden)

- Cronograma de mudança de decúbito

- Otimização da mobilização

- Proteção do calcanhar

- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como o uso de superfícies de redistribuição de pressão

RISCO MODERADO (13 s 14 pontos na Escala de Braden)

- Continuar com intervenções do risco baixo

- Mudança de decúbito com posicionamento a 30º

RISCO ALTO (10 a 12 pontos na Escala de Braden)

- Continuar as intervenções do risco moderado

- Mudança de decúbito frequentemente

- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º

RISCO MUITO ALTO (< ou = 9 pontos na Escala de Braden)

- Continuar intervenções do risco alto

- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível

- Manejo da dor.

5. PREVENÇÃO DE OUTRAS LESÕES

Deve-se ter cuidado com a pela frágil, principalmente a de idosos. A fixação do cateter venoso com fita micropore minimiza o prejuízo da área de fixação. A lesão por fricção causada por fitas adesivas, no momento da remoção, é comum quando a ligação adesiva entre a fita e a pele é maior do que a existente entre a epiderme e a derme. Em pessoas com idade avançada há uma perda da espessura da pele, ocasionando mais facilmente esse tipo de lesão

6. INDICADORES

Todos os incidentes envolvendo a ocorrência de UPP devem ser advertidas, bem como, eventualmente será realizada a conferência da realização da avaliação de risco nos pacientes pela equipe do NSP.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

- ✓ Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão

- ✓ Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP
- ✓ Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP
- ✓ Incidência de UPP

7. RISCOS

O gerenciamento dos riscos será realizado pelo NSP, utilizando-se a planilha: MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

As ações estão disponíveis em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - Plano de Segurança do Paciente – PAM.

Tabela 1: Escala de Braden

Fator de Risco	Pontuação			
	1	2	3	4
Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	**Totalmente limitado:** Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	**Muito limitado:** Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	**Levemente limitado**: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	**Nenhuma limitação**: Responde a comandos verbais. Não tem deficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	**Completamente molhada:** A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	**Muito molhada:** A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	**Ocasionalmente molhada:** A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	**Raramente molhada**: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina
Atividade Grau de atividade física.	**Acamado:** Confinado a cama.	**Confinado a cadeira:** A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ ou precisa ser ajudado a se sentar.	**Anda ocasionalmente:** Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	**Anda frequentemente:** Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	**Totalmente imóvel:** Não faz nem mesmo, pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	**Bastante limitado:** Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes	**Levemente limitado:** Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	**Não apresenta limitações:** Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio

		sozinho		
Nutrição Padrão usual de consumo alimentar	**Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	**Provavelmente inadequado:** Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	**Adequado:** Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**Excelente:** Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e Cisalhamento	**Problema:** Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	**Problema em potencial:** Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	**Nenhum problema:** Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. P**rotocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013.

FRANCISCO, A. et al. **Cartilha sobre segurança do paciente.** Disponível em:< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Daniele Sales Lucena **Revisado/atualizado por:** Jéssica P. T. Medrado **Vigência:** julho de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO: 11/07/2022 DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE FOMENTO **Nº 01/2024** QUE ENTRE SI CELEBRAM O **MUNICÍPIO DE TOLEDO/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS), E A **ENTIDADE ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEIT ABBA**, PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, EM REGIME RESIDENCIAL TRANSITÓRIO E DE CARÁTER EXCLUSIVAMENTE VOLUNTÁRIO.

O Município de Toledo/Fundo Municipal de Saúde (FMS), inscrito no CNPJ sob nº 08.885.072/0001-75, neste ato representado pelo Senhor Prefeito **LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSATTI**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG nº 3.484.856-4 SSP/PR e do CPF nº 483.580.029-04, residente e domiciliado nesta cidade, neste ato denominado de **CONCEDENTE,** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado FMS, na condição de interveniente, com sede na Rua Carmelita Nodari, 132, Jardim Gisela, Toledo - PR, representado neste ato por sua Secretária de Saúde, a Sra. **GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI**, brasileira, portadora da Cédula de Identidade RG nº 14.179.879-0 e do CPF nº 014.048.690-93, residente nesta cidade, de um lado e de outro a entidade **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BEIT ABBA**, inscrita no CNPJ 14.159.711/0001-18, com sede no endereço: Rodovia PR 317 KM 2,8 Lote Rural 37 Saída para Ouro Verde, em Toledo-PR, através de seu representante legal Sr. **AMÓS FERREIRA MENDES**, brasileiro, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 9.260.535-3 e inscrito no CPF sob o nº 051.180.119-06, residente e domiciliado (a) na Av. Senador Atílio Fontana nº 5531, Toledo/PR, de ora em diante denominada simplesmente **PROPONENTE**, resolvem celebrar o presente Termo de Fomento, mediante as condições estipuladas nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Este Termo de Fomento tem por objetivo a formalização da parceria entre **CONCEDENTE** e **PROPONENTE**, o qual se destina a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

§ 1º - O atendimento de que trata o **caput** desta cláusula deve estar contemplado no Plano de Trabalho aprovado que passa a ser parte integrante deste instrumento, independentemente de transcrição.

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CLÁUSULA SEGUNDA - DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente edital está embasado nas Leis Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2011, nº 13.019 de 31 de julho de 2014 e suas alterações; nº 13.840, de 5 de junho de 2019 e Decreto Federal nº 9.761, de 11 de abril de 2019; Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS; Decreto Municipal nº 985/2016 e suas alterações, Resolução-MS nº 32/2017 – RAPS (Rede de Atenção Psicossocial); Portaria nº 131/2012 - MS; Portaria nº 3.588/2017 - MS; Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD Nº 01/2015; Resolução – RDC nº 29, de 29 de junho de 2011 – Anvisa, Portarias nº 562, 563, 564 de 19 de março de 2019 - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED; Instrução Normativa do Controle Interno do Município de Toledo nº 01/2013 e normas do Tribunal de Contas do Estado do Paraná que lhe for aplicável.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR DO TERMO E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O Município concede, através do FMS, auxílio ao PROPONENTE no valor de **R$ 1.172,23 (um mil cento e setenta e dois reais e vinte e três centavos)**, por serviços de acolhimento de adulto, tendo como metas pactuadas 6 (seis) acolhidos, o qual será aplicado, de acordo com o Plano de Trabalho, que compõe este Termo, com valor total de R$ **133.634,22 (cento e trinta e três mil seiscentos e trinta e quatro reais e vinte e dois centavos)** dividido em 19 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado até o limite da execução do Plano Plurianual – PPA 2022-2025 (31 de dezembro de 2025).

O valor mensal por adulto foi definido com base no valor de referência do Edital de Credenciamento nº 17/2019 – SENAPRED (Secretaria Nacional de Cuidadores e Prevenção às Drogas).

O reajuste dos valores dos auxílios financeiros *per capita* a serem concedidos pelo Município de Toledo, visando à manutenção de serviços continuados das entidades filantrópicas de Comunidades Terapêuticas, será com base no INPC acumulado no período, a contar do mês da assinatura ao mês anterior da execução do período de 12 meses, a partir da assinatura do Termo de Fomento.

O primeiro reajuste poderá ser concedido depois de decorridos 12 meses a contar da assinatura do Termo de Fomento, conforme dispõe a Lei Federal nº 13.204/2015, no Artigo 57. O plano de trabalho da parceria poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostilamento ao plano de trabalho original.

Destinado para o custeio de despesas com: 4 (quatro) refeições diárias por acolhido (gastos com gêneros alimentícios para alimentação); habitação (gastos com energia elétrica, água, telefone); pagamento de profissionais de nível superior (e

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

custos trabalhistas) e pagamento de profissionais de nível médio (e custos trabalhistas), no máximo em 50% com despesas de pessoal do total, conforme demonstrado nos estudos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

§1º - O Plano de Trabalho deverá ser aprovado pelo Gestor da Política ao qual o Fundo Municipal de Saúde está alocado, e sempre que houver necessidade de alterações o PROPONENTE deverá solicitar devidamente fundamentada apresentando nova proposta para aprovação, observadas as seguintes condições:

I - os recursos sejam utilizados para a consecução do objeto pactuado;

II - não seja alterado o valor total do Termo de Fomento, exceto nos casos previstos no art. 33 do Decreto Municipal nº 985/2016;

III – que as alterações não sejam superiores a 25% (vinte e cinco por cento) entre as contas;

IV – que não sejam incluídas novas naturezas de despesas após a análise do plano de trabalho pela comissão de seleção e da aprovação da unidade gestora responsável no momento da chamada pública. (disposto acrescido pelo Decreto nº 615, de 2 de setembro de 2019).

§ 2º - O repasse dos recursos pelo MUNICÍPIO/FMS à ENTIDADE correrá à conta da Dotação Orçamentária – Fundo Municipal de Saúde,

a) Órgão/Unidade: 14.002 – F undo Municipal de Saúde/Projeto Atividade – Manutenção das Ações da Saúde Mental;
Fonte de Recurso: 000/303;
Naturezas da Despesa: 33.50.41.00
D e p o s i t a d o em conta corrente da entidade: Associação Beneficente Beit Abba
Banco: Caixa Econômica Federal
Conta nº: 7470-0
Agência: 0726
Operação: 003

§3º - Os rendimentos auferidos de aplicações financeiras serão aplicados no objeto do termo de fomento, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

I - A movimentação dos recursos repassados pelo FMS será efetivada pelos meios eletrônicos ofertados pelo sistema bancário, na forma de avisos de crédito, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou por outros serviços da mesma natureza disponibilizados pelas Instituições Financeiras, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

II – Fica expressamente vedada à utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;

III – Os recursos repassados pelo FMS e não aplicados no prazo estabelecido, em desconformidade com o Plano de Trabalho, deverão ser restituídos com correção

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

monetária por ocasião da conclusão do objetivo ou extinção deste Termo de Fomento através de Documento de Arrecadação Municipal (DAM);

IV - Os rendimentos auferidos em aplicações financeiras serão aplicados no objeto do convênio e/ou restituídos conforme incisos "II" e "III" desta cláusula.

Parágrafo Único – Toda a movimentação de recursos no âmbito do Termo de Fomento será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

CLÁUSULA QUARTA - DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO

Fica assegurada à CONCEDENTE, através da Secretaria Municipal de Saúde, a prerrogativa de conservar a autoridade normativa e o exercício do controle e da fiscalização sobre a execução deste Termo de Fomento diretamente ou através de terceiros devidamente credenciados.

I - Para a fiscalização deste Termo de Fomento como Gestor da parceira será nomeado a servidora municipal Leila de Fátima Machado, CPF 040.268.509-19, matrícula Funcional 745141.

II - Para monitoramento e avaliação deste Termo de Fomento fica designada a comissão de avaliação e monitoramento, nomeada pela Portaria nº 207 de 05 de abril de 2024, composta por:

I - Denise Holzbach Pasqualli, como Presidente:

II - Leila Aparecida Garcia Barbosa, como Secretária;

III - Claudia Marines Siebert Padilha;

IV - Leila de Fátima Machado; e

V - Raquel Wammes Schwab.

CLÁUSULA QUINTA - DO CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO

O cronograma de aplicação que compõe o Plano de Trabalho, devidamente aprovado, fará parte integrante deste termo, independente de transcrição, devendo, eventual reformulação do cronograma de aplicação ser requerida por escrito, vedada, no entanto, a mudança do objeto.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES

O CONCEDENTE obriga-se a:

I - analisar e aprovar o Plano de Trabalho referente ao Serviço e respectivo cronograma de desembolso e execução, desde que não implique a alteração do objeto deste Termo;

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

II- Fazer o encaminhamento dos usuários do SUS ao estabelecimento do proponente através do serviço de referência – CAPS AD, nos casos de acolhimento voluntário. Nos casos da procura do usuário do SUS diretamente à contratada, esta, efetivará de imediato a solicitação de encaminhamento do CAPS AD.

III - efetuar o repasse do recurso financeiro ao PROPONENTE bimestralmente, conforme o cronograma de desembolso constante no plano de trabalho.

IV- Exercer o controle e a fiscalização sobre a execução do objeto do Termo de Fomento, mediante supervisão, acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades inerentes ao objeto deste instrumento, podendo assumir a parceria caso de paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer de modo a evitar a descontinuidade e qualidade dos serviços prestados pela Entidade;

V - acompanhar e supervisionar, assessorar, monitorar e avaliar tecnicamente os serviços e a execução do presente Termo, efetuando vistorias *in loco*, diretamente ou através de terceiros expressamente credenciados e/ou autorizados;

VI - analisar e emitir pareceres sobre relatório final encaminhados pelo PROPONENTE;

VII - orientar a aplicação dos recursos financeiros;

VIII - fiscalizar a execução dos projetos;

IX - prestar informações acerca dos recursos investidos na Política de Saúde, provenientes do FMS, à comunidade através de Audiência Pública Anual a ser realizada até o final do primeiro quadrimestre do exercício seguinte e, quando solicitado, à Câmara Municipal, ou outras instâncias;

O PROPONENTE obriga-se a:

I - encaminhar ao CONCEDENTE, para aprovação, o Plano de Trabalho o referente ao objeto deste Termo, sempre que ocorrer qualquer modificação;

II - responsabilizar-se pela correta aplicação dos recursos que não poderão ser destinados a quaisquer outros fins que não estejam estabelecidos na cláusula primeira deste instrumento e no Plano de Aplicação, sob pena de suspensão ou rescisão do mesmo e de responsabilidade de seus dirigentes;

III - observar fielmente o Plano de Trabalho compreendendo a aplicação dos recursos, o objeto pactuados neste Termo, bem como, o cronograma de execução, aplicação e desembolso;

IV - Atender as exigências previstas na RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas;

V - manter cadastros, prontuários, formulários de inserção e relatórios individualizados dos usuários, por tipo de atendimento, bem como quaisquer outros

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

registros através de sistemas informatizados que possam ser disponibilizados pelo poder público, de modo a permitir o acompanhamento, monitoramento, avaliação, e o controle dos serviços ofertados;

VI - ressarcir o CONCEDENTE os recursos recebidos através deste Termo quando se comprovar a sua inadequada utilização;

VII - responsabilizar-se pelos encargos de natureza fiscal, trabalhista e previdenciária, por danos causados a terceiros e pelo pagamento de seguros em geral, eximindo o CONCEDENTE de todos e quaisquer ônus ou reivindicações por parte de terceiros, em juízo ou fora dele;

VIII - responsabilizar-se pelo cumprimento dos prazos estabelecidos quanto à utilização dos recursos;

IX - submeter-se à supervisão e orientação técnica promovida pelo CONCEDENTE, fornecendo as informações necessárias à sua execução;

X - abrir e manter conta bancária específica, isenta de tarifas bancárias, em instituição financeira oficial, vinculada a este Termo de Fomento, para movimentação dos recursos a ele referentes, bem como contabilizar sua movimentação, detalhando suas aplicações;

XI - arcar com o pagamento de toda e qualquer despesa excedente aos recursos transferidos pelo CONCEDENTE;

XII - aplicar os recursos em caderneta de poupança, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, quando o prazo previsto para sua utilização for igual ou inferior a um mês.

XIII - propiciar aos servidores e técnicos credenciados pelo CONCEDENTE todos os meios e condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão e à fiscalização da execução do presente Termo, a qualquer tempo ou lugar, mantendo atualizada a escrituração contábil específica dos atos e fatos relativos à execução do Termo, bem como o cadastro dos usuários dos serviços;

XIV - prestar gratuitamente os atendimentos relativos ao objeto deste Termo;

XV- manter em arquivo, pelo prazo de dez anos, contados da aprovação pelo MUNICÍPIO, à documentação comprobatória da aplicação dos recursos, relativa ao exercício da concessão, o cadastro dos usuários do Serviço, os prontuários, as guias de encaminhamento, (referência e contra-referência), as fichas de inscrição ou de matrícula e demais registros individualizados, bem como os registros contábeis, com a identificação do Plano de Trabalho e do presente Termo;

XVI - responder, quando solicitado pela SMS pela Controladoria do Município ou Tribunal de Contas do Estado do Paraná, dentro do prazo determinado às informações requisitadas;

Parágrafo único – São vedados, por conta dos recursos de que trata esse Termo de Fomento:

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

I - realizar despesas a título de serviços e tarifas bancárias, taxa de administração, de gerência ou similar;

II – realizar despesas com profissionais que não integram as equipes de referência, responsáveis pela organização e oferta dos serviços prestados;

III - realizar despesas com multas de 40,00% sobre o saldo do FGTS quando de rescisão trabalhista;

IV - utilizar os recursos em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento, ainda que em caráter de emergência;

V - realizar despesas ou em regime de competências financeiras em data anterior ou posterior à execução;

VI - realizar despesas de publicidade, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos;

VII – pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e Plano de Trabalho.

§ 1º – É vedada a realização de pagamentos antecipados aos fornecedores de bens e prestadores de serviços com recursos da parceria.

§ 2º – É vedado o pagamento de juros, multas ou correção monetária, inclusive referente a pagamentos ou a recolhimentos fora do prazo, com recursos da parceria.

CLÁUSULA SETIMA - DA COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO

A comprovação do atendimento deverá ser apresentada ao CONCEDENTE sob forma de Relatório com a relação dos acolhidos com dados anonimizados, anexado à prestação de contas.

Apresentar relatório completo (nome, CPF, endereço, data de nascimento, data de entrada e plano de cuidados) sempre que solicitado pela equipe de saúde do Caps AD para acompanhamento de plano de cuidados, sendo esses dados de estrito sigilo dos profissionais de saúde.

Parágrafo único – É assegurado ao CONCEDENTE e aos Tribunais de Contas do Estado e da União, a qualquer tempo, o acesso aos registros do programa e a toda documentação pertinente ao Plano de Trabalho custeada com recursos do FMS.

CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTA

A prestação de contas dos recursos previstos neste Termo deverá ser apresentada, com todos os documentos descritos no Checklist disponível na página oficial do Município de Toledo, a SMS até o dia 30 do mês seguinte, contado a partir do último mês a que se refere o repasse, cabendo a SMS efetuar a sua análise prévia

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

e emitir parecer à sua aprovação, encaminhando-a ao Controle Interno para aprovação final, dentre eles destaca-se alguns principais:

I - Cópia do Termo e do Plano de Aplicação com seus respectivos objetivos;

II - Relatório de execução Físico-Financeiro;

III - Demonstrativos de receita e da despesa evidenciando o saldo e, quando for o caso, o rendimento auferido de aplicação no mercado financeiro;

IV - Relação de pagamento efetuado com recursos liberados pela SMS;

Pela ENTIDADE.

V - Conciliação do saldo bancário;

VI - Cópia do extrato da conta bancária específica;

VII - Comprovante do recolhimento dos recursos não aplicados, quando houver, à conta bancária indicada pela SMS;

VIII - Ofício de encaminhamento da prestação de conta;

IX - Relatório de atendimento (RA) mensal;

X - Cópias das Transferências;

XI - Cópias das notas fiscais;

XII - Cópias de tomadas de preços de, no mínimo, três fornecedores;

XIII - Declaração da entidade referente ao cumprimento dos;

XIV - Parecer do Gestor sobre o cumprimento dos objetivos.

Deverá a entidade, sem prejuízo do acima relacionado, aplicar/anexar às prestações de contas; no que couber, as disposições e formas elencadas na Instrução Normativa nº 001/2013- do Sistema de Controle Interno do Município de Toledo e Resolução nº 28/2011 e Instrução Normativa nº 61/2011, do Tribunal de Contas do Estado do Paraná e outras normas e itens constantes na Lei Federal nº 13.019/2014 e suas alterações, bem como no Decreto Municipal nº 985/2016 e demais normas que vierem a serem editadas.

CLAUSULA NONA - DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

O presente Termo poderá ser denunciado por escrito, a qualquer tempo, e rescindido de pleno direito, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, por descumprimento das normas estabelecidas na legislação vigente, por inadimplemento de quaisquer de suas cláusulas ou condições, ou pela superveniência de norma legal ou fato que o torne material ou formalmente inexequível.

§ 1º - Constitui, particularmente, motivo de rescisão a constatação de qualquer das seguintes situações:

a) descumprimento de quaisquer das exigências fixadas nas normas e diretrizes que regulam o Serviço, especialmente quanto ao público a ser atendido e aos padrões de qualidade de atendimento;

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

b) cobrança aos usuários de quaisquer valores pelo atendimento realizado;

c) falta de apresentação da prestação de contas, na forma pactuada;

§ 2º - Quando ocorrer à denúncia ou a rescisão ficam os participantes responsáveis pelas obrigações contraídas durante o prazo em que vigorar este instrumento, creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período.

I – em caso de suspensão do presente termo, fixa-se o prazo de pré-aviso de no mínimo 60 (sessenta) dias, podendo as partes interessadas acordarem prazo inferior, para que o Poder Público ou Entidade congênere assuma integralmente o serviço executado, ou suspender a oferta do mesmo sem que haja prejuízo a população usuária.

II - Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à administração pública no prazo improrrogável de trinta dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente da administração pública, conforme o Art. 52 da Lei Federal 13.019/2014.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESTITUIÇÃO

O PROPONENTE compromete-se a restituir os valores transferidos pelo CONCEDENTE, atualizados monetariamente e acrescidos de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Pública do Município, a partir da data do recebimento, na hipótese da inexecução do objeto da avença, ou de outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário, conforme exigência prevista na Lei Federal 13019/2014 e suas alterações e o Decreto Municipal 985/2016 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA E EXECUÇÃO

O período de execução do objeto deste Termo de Fomento observará o prazo estabelecido no Plano de Trabalho, ou seja, da data de sua publicação até 31/12/2025, o período de vigência será de 60 dias após o término do período de execução, encerrando em 01/03/2026.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO

Este Termo poderá ser revisto para alterações no plano de trabalho de valores ou de metas, mediante aditivos ou apostilamentos, respeitada a legislação vigente e após proposta previamente justificada pela Instituição e acolhida em parecer técnico

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

favorável do órgão competente ratificado pelo Titular da Secretaria de Saúde, com vedação de alterações que desfigurem ou alterem radicalmente o objeto da parceria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA AÇÃO PROMOCIONAL

Em toda e qualquer ação promocional, relacionada com o objeto descrito na cláusula primeira deste Termo, será obrigatoriamente destacada a participação da Secretaria Municipal de Saúde, observado o disposto no § 1º do artigo 37 da Constituição Federal.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

Pactuam, ainda, as seguintes condições:

a) todas as comunicações relativas a este Termo serão consideradas como regularmente efetuadas, se entregues mediante protocolo;

b) as reuniões entre os representantes do MUNICÍPIO e da PROPONENTE, bem como quaisquer ocorrências que possam ter implicações com este Termo serão registradas em atas ou relatório circunstanciado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA -DA PUBLICAÇÃO

Este termo será publicado em termo, de extrato, em órgão de comunicação oficial, até o quinto dia útil após a data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Toledo, PR, para dirimir as questões decorrentes da execução do presente Termo de Fomento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e acordadas, as partes firmam o presente Termo de Fomento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo relacionadas, para que surta seus efeitos legais.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLE

A Organização deverá divulgar na internet e em locais visíveis de sua sede social:

a) A data de assinatura e identificação do instrumento de parceria e do órgão da Adm. Pública responsável;

b) Nome da Organização e nº de inscrição no CNPJ;

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

c) Descrição do objeto da Parceria;
d) Valor da parceria e valores liberados;
e) Situação da prestação de contas, data para sua apresentação, data que foi apresentada, prazo de análise e resultado;
f) Se vinculados à execução do objeto e pagos com recursos da parceria, o valor total da remuneração da equipe de trabalho, as funções que desempenham e a remuneração prevista para o respectivo exercício.

Toledo, 17 de julho de 2024.

(Assinado eletronicamente)
LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
PREFEITO DO MUNICIPIO DE TOLEDO

(Assinado eletronicamente)
ELOI ITALO GROELER
SECRETÁRIO DESIGNADO DA SAÚDE
No período de 12 a 26 de julho de 2024, de acordo com a Portaria nº 422, de 12 de julho de 2024.

AMOS FERREIRA MENDES
Assinado de forma digital por AMOS FERREIRA MENDES
Dados: 2024.07.18 08:38:59 -03'00'
AMÓS FERREIRA MENDES
PRESIDENTE DA ENTIDADE

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

Assinaturas

Documento: 25458/2024 - TERMO DE FOMENTO 01-2024 - BEIT ABBA.pdf
Data: 17/07/2024 15:50:33

Assinatura avançada realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29.

Assinatura avançada realizada por: LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

Inserido por Fernando Junior da Costa em: 17/07/2024 15:50:33. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 17/07/2024 15:52:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT em 17/07/2024 18:45:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3bfd5ff1-f682-4d10-ae97-696fffc5e393

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL 24 HS DR JORGE MILTON NUNES DA SILVA

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

TOLEDO, 2022

1. OBJETIVO

Contextualizar, formalizar e orientar o planejamento de todas as ações relacionadas à segurança do paciente por meio de protocolos direcionados, do monitoramento contínuo dos incidentes e da gestão eficaz dos riscos neste ambiente, favorecendo ao estabelecimento uma cultura de segurança para reduzir o risco de danos ao paciente e a ocorrência de eventos adversos.

O PAM em concordância com as RDCs nº 529, de 01 de abril de 2013 e nº 36, de 25 de Julho de 2013, instituiu o núcleo de segurança do paciente e complementou suas ações formalizando-as dentro deste plano.

1.1 Objetivos específicos

- Garantir a correta identificação do paciente;
- Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre os serviços de saúde;
- Promover um processo seguro de prescrição, dispensação e administração de medicamentos;
- Assegurar pequenas cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente correto;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão;
- Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos na instituição de forma contínua e sistemática;
- Prevenir e controlar os eventos adversos;
- Promover um ambiente seguro: Gerenciamento de Risco e Segurança das Instalações, Materiais perigosos; gerenciamento de emergências, segurança contra incêndio, equipamentos médicos, sistemas utilitários;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

1.2 Meta

Garantir a segurança dos processos institucionais por meio do cumprimento dos padrões de excelência e melhorias contínuas.

1.3 Abrangência

O plano de segurança do paciente está destinado a atuar em todas as áreas que compõem a estrutura organizacional do PAM incluindo terceiros.

2. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido amplamente discutida no mundo inteiro, sendo considerada uma importante questão de saúde pública.

No Brasil, a incidência de Eventos Adversos (EAs) também é considerada alta, chegando a uma ocorrência de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis.

A meta de 100% de adequação dos serviços de saúde em relação à implementação das práticas de segurança do paciente é um desafio para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e todo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), através da publicação da Portaria nº 529 em 1º de abril de 2013. Um dos objetivos da Portaria é promover a implementação das ações voltadas para a segurança do paciente, a partir da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde.

Posteriormente, em 25 de julho de 2013, a ANVISA publicou a RDC nº 36, instituindo as ações de promoção para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, por meio da obrigatoriedade da instituição do NSP no serviço.

3. TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde**: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;
- **Segurança do paciente**: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
- **Cultura da segurança**: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
- **Incidente**: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
- **Evento adverso**: incidente que resulta em dano à saúde (leve, moderado, grave ou óbito);

- **Dano**: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- **Garantia da qualidade**: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;
- **Gestão de riscos**: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
- **Núcleo de segurança do paciente (NSP)**: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;
- **Plano de segurança do paciente em serviços de saúde**: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
- **Serviço de saúde**: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
- **Tecnologias em saúde**: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1 Estrutura do plano

4.2 Do Núcleo de Segurança do Paciente

No PAM, o Núcleo de Segurança do Paciente é um órgão em nível tático, de organização, coordenação e avaliação de gerenciamento de riscos e análise de eventos relacionados aos pacientes, reinstituído em julho de 2022, possui como membro fixo a enfermeira Jéssica Medrado.

Membros de apoio:

Enfermeira coordenadora Jéssica Rosin

Enfermeira Josiane Ribeiro (CCIH)

Enfermeira Édna de Almeida (CME)

Farmacêutico Fernando Fóvis

Médico Coordenador Dr Julio Fábris

Nutricionista Jocelaine Dall'Agnol

4.3 Dos Protocolos de Segurança do Paciente

Fundamentado nos conceitos de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, o PAM está formalizando protocolos e outros documentos para segurança do paciente:

- Garantir a correta identificação do paciente;
- Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre os serviços de saúde;
- Promover um processo seguro de prescrição, dispensação e administração de medicamentos;
- Assegurar pequenos procedimentos com local de intervenção, procedimento e paciente correto;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir o risco de lesões quedas e lesões por pressão;

Além das 6 metas de segurança do paciente, ainda incluem-se ações de segurança uma atenção especial também para:

- Envolvimento dos usuários para Segurança do Paciente
- Segurança na terapia nutricional enteral (parenteral não é utilizada no PAM), buscando quesitos de qualidade imprescindíveis para prevenção de Eventos Adversos.

4.4 Gerenciamento de Riscos e notificação de Eventos Adversos

O Gerenciamento de riscos no PAM será dividido em 2 etapas: avaliação de risco pro ativa e gestão de incidentes (risco reativo).

A avaliação de risco pró ativa será realizado por meio da utilização da metodologia de matriz de riscos. O método para priorização dos riscos acontece nas seguintes etapas: Identificação, Classificação, Análise e Resultado e Controle e Monitoramento do Risco. Os riscos podem ser enquadrado em um ou mais fatores de classificação, entre eles: Assistencial, Ambiental, Sanitário, Ocupacional, Responsabilidade Civil e/ou de Sistema e os critérios de análise são: Probabilidade e Gravidade. A somatória da pontuação dada a cada critério norteará a tomada de decisão e a etapa seguinte de controle e monitoramento dos riscos.

O Gerenciamento de incidentes (risco reativo) conta com as etapas de: notificação, classificação e análise. A identificação dos incidentes poderá ser feita por todos os colaboradores do PAM, sendo a notificação registrada conforme sua natureza. A classificação dos incidentes será com base nos dados registrados na notificação, nas informações obtidas através da análise de prontuário, informações obtidas com os colaboradores envolvidos, reuniões de análise de eventos adversos graves. Os mesmos poderão ser classificados como:

- Quase falha e Incidente sem dano;
- Dano leve;
- Dano moderado;
- Dano grave/óbito;

Indicadores formais para monitoramento global dos incidentes estão em fase de desenvolvimento.

Será utilizada a planilha disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP – Matriz de Gestão de Riscos, para identificação, monitorização e gerenciamento dos riscos.

A análise das notificações de incidentes recebidas pelo SNVS, é feita por meio do sistema de informações em Vigilância Sanitária (Notivisa) – Módulo Assistência à Saúde.

A notificação é composta por 10 etapas:

1) Tipo de incidente;
2) Consequências para o paciente;
3) Características do paciente;
4) Características do incidente/evento adverso;
5) Fatores contribuintes;
6) Consequências organizacionais;
7) Detecção;
8) Fatores atenuantes do dano;
9) Ações de melhoria e
10) Ações para reduzir o risco.

Em cada uma das etapas estão dispostas variáveis objetivas e estruturadas

4.5 Participação do paciente e familiares na assistência

O PAM adotará como medida o estímulo ao autocuidado para inclusão do paciente e familiares na assistência.

Durante toda sua internação o paciente e sua família receberão informações quanto ao seu quadro clínico assim como medidas educativas que irão contribuir para execução do seu cuidado, inclusive após sua alta. Estas medidas educativas tem como base os protocolos de segurança descritos nesta instituição, sendo o paciente orientado sob seus riscos e as medidas de prevenção implementadas para que seu risco seja eliminado ou minimizado sendo o paciente / familiar membro ativo para prevenção de riscos.

4.6 Promoção de ambiente seguro

O PAM trabalhará para propiciar um ambiente seguro e funcional aos pacientes, familiares, colaboradores e visitantes. Para isso será instituído a brigada de emergência e os seguintes planos:

- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - Este plano já está instituído e tem por objetivo identificar, definir a localização e controlar de forma

segura os resíduos e outros materiais perigosos. Isto inclui substâncias químicas, gases e vapores perigosos e outros resíduos biológicos infectantes ou controlados. Define a manipulação, o armazenamento e o uso correto desses materiais.

- Plano de Emergência - Este plano tem como objetivo formar equipes com o propósito especial de agir coordenadamente, na ação de salvaguardar a integridade dos colaboradores, clientes e do patrimônio da instituição e de seus parceiros em caso de desastres.

As condutas aplicadas para cumprimento destes padrões estão descritos nos documentos que norteiam o processo (políticas, protocolos, programas, procedimentos operacionais). As regulamentações existentes nestes documentos são gerenciadas e monitoradas por profissionais de acordo com as respectivas áreas de competência.

5. AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

I – Estimular a adesão ao protocolo de Identificação Correta do Paciente;

II – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;

III – Implementar o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

IV – Implementar o protocolo de segurança cirúrgica;

V – Estimular a adesão ao protocolo de higiene das mãos;

VI – Implementar o Protocolo de Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão;

VII - Estimular a notificação on-line dos Eventos Adversos, através do NOTIVISA;

VIII – Investigar os Eventos Adversos Moderados e Graves;

IX - Disseminação sistemática da cultura de segurança do paciente;

X - Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XI - Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XII - Educação continuada em segurança do paciente, incluindo na grade curricular dos residentes, estagiários e novos servidores.

XIII - Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

6. PLANO ESTRATÉGICO

Meta de segurança	Ações	Prazo	Responsável
Identificação do paciente	- Implantação do protocolo. - Auditoria da adesão	Até outubro de 2022	NSP e colaboradores

	ao processo de Identificação.	Contínuo	
Controle de incidência de úlcera por pressão	- Implantação do protocolo; - Auditoria de adesão e utilização da escala de braden - Monitorização dos eventos adversos	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP e colaboradores
Mitigar o risco de quedas	- Implantação do protocolo; - Auditoria de adesão e utilização da escala de morse; - Monitorização das quedas	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP e colaboradores
Comunicação efetiva entre profissionais de saúde	- Implantação do protocolo de transferência hospitalar; - Manutenção do instrumento de passagem de plantão. - Auditoria de adesão	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP e colaboradores
Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	Implantação do protocolo, com ações centradas em: - Estimular DUPLA CHECAGEM na dispensação e antes da administração de medicamentos; -Auditoria de adesão a DUPLA CHECAGEM; - Divulgar o protocolo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos (MPPs); - Auditoria dos erros de prescrição; - Auditoria da adesão	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP, Setor de Farmácia e colaboradores

	ao Protocolo de MPPs.		
Segurança nos procedimentos cirúrgicos	- Implantar com equipe o checklist de Cirurgia/procedimento Seguro - Realizar auditorias de adesão	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP e colaboradores
Prevenir e controlar a transmissão cruzada além de proteger os profissionais	- Implantação do protocolo de higiene das mãos; - Realização de atividades educativas sobre higienização das mãos; - Auditoria de adesão	Até outubro de 2022 Contínuo	NSP, CCIH/SCIRAS
Estimular a notificação on-line dos Eventos Adversos	- Visitas às unidades e divulgação da relevância da notificação in loco.	Contínuo	NSP e colaboradores
Investigar os Eventos Adversos	- Investigar 100% dos eventos adversos graves e óbitos; - Estimular os setores a trabalharem os eventos para processo de melhoria.	Contínuo	NSP, CCIH e colaboradores
Educação continuada em segurança do paciente	- Sensibilização dos colaboradores; - Atividades periódicas voltadas para Segurança do Paciente;	Contínuo	NSP e CCIH
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	- Campanha de sensibilização do paciente pela segurança do paciente;	Contínuo	NSP e Serviço Social
Segurança na administração de terapia nutricional enteral	- Manter atualizado POPs sobre terapia nutricional; - Estimular e monitorar o cumprimento de boas práticas relacionadas ao	Contínuo	NSP e Nutricionista

	processo de prescrição e administração de nutrição enteral.		
Promover a segurança no uso de equipamentos médico-hospitalares e seus acessórios	- Manter atualizado POPs pertinentes ao uso de equipamentos e seus acessórios; - Realizar manutenção preventiva conforme cronograma; - Capacitar continuamente as equipes; - Formalizar e investigar as queixas técnicas.	Contínuo	NSP, CCIH, Administrativo
Promover ambiente seguro	- Instituir brigada de emergência; - Utilizar listas de verificação predial para manutenção corretiva, lista de verificação de manutenção preventiva, visando obter um melhor controle da atuação da manutenção; - Elaborar um plano de contingência de rápido atendimento a situação que envolvem catástrofes naturais;	Até dezembro de 2022 Contínuo	NSP e Administrativo

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n°. 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013, 23 abr.

Brasil, ANVISA. **Caderno 7 - Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** Disponível em:<Caderno 7 - Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.pdf — Português (Brasil) (www.gov.br) >. Acesso em 08 de jul de 2022.

Elaborado: Enfª Jéssica P. T. Medrado
Revisado por:
Vigência: Até julho de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 01

DATA DE REVISÃO _____; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N ° 01 de 07 de junho de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando que a padronização das salas de vacina faz-se necessário para melhor atendimento à população e ciência da mesma para acesso ao sistema.

Considerando que o norteador necessita passar por atualização.

Considerando a baixa cobertura vacinal para todas as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, bem como das vacinas de campanha do Sarampo e Influenza.

Considerando a baixa cobertura vacinal da COVID-19, tanto para o esquema adulto quanto para o pediátrico.

RESOLVE:

Art. 1º A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o expediente, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo e atualização vacinal.

Art. 2º A sala de vacina será fechada uma vez ao mês, no máximo 3 horas, sempre no último dia útil do mês, devido relatório de vacina, que deve ser enviado à epidemiologia, após assinatura e conferência do enfermeiro responsável. Exceções em relação ao fechamento do relatório serão orientadas pela Vigilância Epidemiológica.

Art. 3º As salas de vacinas podem ser fechadas 30 minutos antes do término do expediente (leia-se final do dia), devido limpeza e organização da sala para novo expediente, ou seja, final do dia para ESF autorizado a partir das 17h, para UBS tradicionais a partir das 18:30, para UBS interior a partir das 12:30h. Para as unidades que fecham no horário do almoço, não é permitido o fechamento antes do horário de saída, ou seja, não é permitido fechamento às 11:30 horas.

Art. 4º Quando a sala contar com duas vacinadoras no mesmo período, no horário do lanche não pode ser fechado a sala de vacina, uma sempre ficando atendendo a demanda.

Art. 5º Toda vacina deve ser **registrada** e **aprazada** no sistema conforme calendário vacinal, para gerar o relatório de faltosos e conseguir realizar busca ativa de adultos, idosos, adolescentes e crianças, onde o sistema libera carta que o ACS entreguem.

No caso de não haver ACS, deverá ser entrado em contato com os usuários via telefone por todos da unidade.

Art. 6º A **VACINA COVID-19 ADULTO / ADOLESCENTES** estará disponível em todas as salas de vacina durante todo o período de funcionamento da unidade.

Art. 7º A **VACINA COVID-19 PEDIÁTRICA PFIZER** estará disponível na sala de vacina exclusiva da UBS do Jardim Porto Alegre e ESF Santa Clara IV durante todo o período de funcionamento da unidade.

Art. 8º A **VACINA COVID-19 PEDIÁTRICA CORONAVAC** estará disponível em todas as salas de vacina durante todo o período de funcionamento da unidade.

Art. 10º As **DEMAIS VACINAS DO CALENDÁRIO VACINAL** estarão disponíveis em todas as salas de vacina durante todo o período de funcionamento da unidade.

Art. 11º Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 07 de junho de 2022.

FERNANDA BITTENCOURT
Diretora de Atenção Primária em Saúde

JULIANA BEUX KONNO
Diretora da Vigilância em Saúde

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal de Saúde

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDA DESCARTÁVEL NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

FEVEREIRO/2023

VERSÃO 03

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDA DESCARTÁVEL NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Primeira versão elaborada no ano de 2016 e atualizado em 2017 por profissionais da Secretaria de Saúde. Versão 01 aprovada no Conselho Municipal de Saúde sob a Resolução nº 17/2016.

Terceira versão elaborada em julho/2022 por:

Amanda Araldi
Enfermeira
Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria de Saúde

Versão revisada e aprovada em fevereiro/2023 por:

Amanda Araldi
Enfermeira
Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria de Saúde

Alcione Correia de Lima
Enfermeira
Departamento de Atenção Primária em Saúde

Joel José Palma Junior
Agente Comunitário de Saúde
Ouvidor Municipal do SUS

Mayara Angelica Bolson Salamanca
Médica
Departamento de Gestão em Saúde

Diane Michely Cassaro
Enfermeira
Diretora Geral da Secretaria de Saúde

Tatiane Veiga Rodrigues
Enfermeira
Diretora do Departamento de Atenção Primária em Saúde

Tatiani Finkler Guzzo
Assistente Social
Diretora do Departamento de Gestão

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Médica
Secretária da Saúde

SUMÁRIO

1. CONTEXTO
2. PÚBLICO ALVO
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO
6. CARACTERÍSTICA DO INSUMO
7. QUANTIDADE
8. ACESSO AO INSUMO
9. FLUXO
10. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO
11. CONSIDERAÇÕES

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1. CONTEXTO

A Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, de acordo com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do direito do cidadão em acessar de forma ordenada e organizada o sistema de saúde, apresenta nova versão do Protocolo de Dispensação de Fraldas aos usuários com incontinência urinária e/ou fecal, residentes no município de Toledo, que se enquadram nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Este benefício é de **caráter suplementar** prestado aos cidadãos e às famílias cuja necessidade é motivada por doença.

A primeira versão deste protocolo foi elaborada em 2016 e atualizado em sua segunda versão em 2017.

As fraldas descartáveis são produtos de higiene íntima usado por bebês, crianças, adultos e idosos que não tem ou perderam o controle esfincteriano de suas necessidades fisiológicas. No entanto, como sistema de saúde, é preciso estabelecer critérios clínicos para o uso racional do insumo.

Os dispositivos absorventes são ferramentas agregadas ao cuidado em saúde. Com os avanços tecnológicos em saúde, observa-se aumento significativo na expectativa de vida da população com mudança no perfil dos pacientes sob cuidados de saúde com idade mais avançada acometidos por doenças crônicas (ARAÚJO, 2021).

A incontinência urinária caracteriza-se por perda involuntária de urina e incontinência fecal por perda involuntária de fezes (BITTENCOURT, 2021).

2. PÚBLICO ALVO

Pacientes usuários do Sistema Único de Saúde acima de 02 (dois) anos de idade e que atendam aos critérios de inclusão descritos neste protocolo.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O fornecimento de fraldas destina-se exclusivamente aos usuários residentes e domiciliados no município de Toledo, PR.

3.1 Usuários com os seguintes diagnósticos:

- D48 - Neoplasias

- F03 - Demência não especificada
- F72 – Retardo Mental Grave
- F84 – Transtornos globais do desenvolvimento
- G04 – Encefalite, Mielite, Encefalomielite
- G06 – Abscesso e granuloma intracranianos e intra-raquidianos
- G09 – Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- G20 – Doença de Parkinson
- G30 – Doença de Alzheimer
- G31 – Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte
- G63 – Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte
- G80 – Paralisia Cerebral
- G82 – Paraplegia e Tetraplegia
- I62 – Outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I64 – Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I67 – Outras doenças cerebrovasculares
- M62 – Sarcopenia
- N39.4 – Bexiga Hiperativa
- Q00 – Anencefalia e malformações similares
- Q01 – Encefalocele
- Q02 – Microcefalia
- Q03 – Hidrocefalia congênita
- Q04 – Outras malformações congênitas do cérebro
- Q05 – Espinha Bífida
- Q06 – Outras malformações congênitas da medula espinhal
- T90.5 – Sequela de Traumatismo Intracraniano
- T91.1 – Sequela de Traumatismo de Coluna Vertebral
- T94.1 Sequelas de traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo

Deve-se OBRIGATORIAMENTE associar aos diagnósticos descritos no item 3.1, os seguintes diagnósticos:

- CID R15: Incontinência fecal.
- CID R32: Incontinência urinária.
- CID N31: Disfunção neuromuscular da bexiga.
- CID K 59.2: Cólon neurogênico.

Todas as informações necessárias para a inclusão deverão estar atestadas no relatório médico classificado pelo CID-10, incluindo os CIDs no prontuário eletrônico do paciente.

Para pacientes politraumatizados ou pós cirúrgicos que mantém normalmente o controle de esfíncteres, porém devido à sua condição clínica na alta hospitalar estão totalmente restritos ao leito, poderão receber no máximo 60 (sessenta) fraldas ao mês.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes nas situações abaixo não poderão receber fraldas descartáveis:

4.1 Pacientes estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia).

4.2 Usuários que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste protocolo.

4.3 Pacientes que apesar dos diagnósticos citados em 3.1 possuem total controle de esfíncteres, não apresentando qualquer tipo de incontinência.

4.4 Pacientes pós cirúrgico de procedimentos estéticos.

5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

a. A ausência do paciente ou responsável ou cuidador para retirada dos insumos por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, salvo os casos devidamente justificados;
b. Que não procederem à renovação de seu processo administrativo após doze meses de atendimento;
c. Que mudarem do município;
d. Que agirem de má fé, ou seja, que praticarem a comercialização ou qualquer tipo de desvio do insumo recebido, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do usuário cadastrado;
e. Alta médica;
f. Óbito.

6. CARACTERÍSTICA DO INSUMO

Os insumos são provenientes de aquisição por processos de licitação do município de Toledo, cujo material segue descritivo para atender as necessidades de incontinência.

Cabe ressaltar que as fábricas e marcas possuem variações de qualidade e tamanho em suas fabricações, sendo possível ocorrer diferenças entre fraldas do mesmo tamanho que sejam de fabricantes diferentes.

O quadro abaixo é um guia para os tamanhos das fraldas que são comercializadas e é o guia norteador para aquisição no município de Toledo.

Guia auxiliar para tamanho de fraldas			
TIPO	**TAMANHO**	**PESO**	**CINTURA**
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 – 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 – 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 – 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	>90 Kg	120 – 165 cm
Pediátrica	Média	5 - 10 Kg	-
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

Fonte: Protocolo para dispensação do insumo fralda descartável – São Paulo, 2021.

7. QUANTIDADE

O quantitativo de fraldas descartáveis a ser dispensado para o usuário acima de 07 anos com incontinência é de no máximo 90 (noventa) unidades ao mês, sendo consideradas 3 (três) trocas diárias.

O quantitativo de fraldas descartáveis a ser dispensado para o usuário com incontinência entre 02 e 07 anos é de no máximo 120 (cento e vinte) unidades ao mês, sendo consideradas 4 (quatro) trocas diárias.

Para pacientes politraumatizados ou pós cirúrgicos que mantém normalmente o controle de esfíncteres, porém devido à sua condição clínica na alta hospitalar estão totalmente restritos ao leito, poderão receber no máximo 60 (sessenta) fraldas ao mês, sendo consideradas 2 (duas) trocas diárias.

8. ACESSO AO INSUMO

Os profissionais das equipes de Atenção Primária ou Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) deverão avaliar o usuário, sendo a prescrição

do uso da fralda descartável atribuição do profissional médico, pois a sua dispensação depende de critério de inclusão – CID 10.

A prescrição de fralda descartável terá validade de 12 (doze) meses, devendo ser renovada sob atendimento médico presencial/domiciliar. Neste período, a equipe deverá manter acompanhamento de rotina para o usuário e reavaliação do tamanho do insumo caso se faça necessário.

Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo SUS (exemplo: provenientes de convênios ou particulares) ou que sejam originadas fora do município de Toledo. Nesses casos, o paciente deverá ser submetido à nova avaliação médica da UBS.

9. FLUXO

Após atendimento e prescrição, o usuário ou cuidador/familiar/responsável deverá dirigir-se à **Unidade Básica de Saúde de referência de sua moradia** com a receita para que a equipe possa preencher o formulário de solicitação de fraldas (anexo I).

O termo de responsabilidade (anexo II) deverá ser assinado pelo paciente ou cuidador/responsável e arquivado na Unidade de Saúde.

Este formulário deverá ser arquivado na Unidade de Saúde (não é necessário reter receita) para eventuais consultas ou alterações.

Em caso de óbito, alta ou mudança do paciente para outra cidade, o formulário deverá ser mantido arquivado na Unidade de Saúde por 5 (cinco) anos.

A dispensação das fraldas deverá ser realizada no Sistema SIGSAÚDE nominalmente no momento da entrega do material no módulo Farmácia, com tamanho e quantidade corretos dos pacotes.

10. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

As equipes das Unidades Básicas de Saúde devem manter sempre o cadastro do paciente atualizado, registrando interações e procedimentos como rotina, assim como devem em acompanhamento domiciliar verificar a utilização correta do insumo.

O Departamento Administrativo/Financeiro da Secretaria de Saúde é responsável pelo acompanhamento de consumo das fraldas descartáveis e programação de licitação e compras.

11. CONSIDERAÇÕES

Serão atendidos os usuários provenientes de Serviço Público Municipal de Saúde.

As fraldas serão entregues conforme disponibilidade na Unidade de Saúde no dia, podendo sua entrega ser parcelada em mais de uma vez no mês, conforme rotina da Unidade, desde que não ultrapasse a quantidade máxima estipulada neste protocolo (90 fraldas/mês ou 120 fraldas/mês para crianças entre 02 e 07 anos).

Só receberão fraldas os pacientes que tenham idade acima de 02 (dois) anos que se enquadram nos critérios de inclusão.

Não deve ser fornecido fralda descartável para pacientes hospitalizados, com exceção daqueles que já fazem uso e são atendidos pelas equipes de saúde do município.

Espera-se que as medidas recomendadas proporcionem aos usuários do sistema público de saúde de Toledo os meios necessários para melhorar o acesso ao insumo.

Assim, a revisão do protocolo é uma estratégia para a definição de critérios clínicos e de fluxo administrativo para a distribuição do insumo e permite a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência.

Em caso de necessidade superior ao quantitativo máximo deste protocolo, o paciente, cuidador/responsável tem a possibilidade de adquirir fraldas nas Farmácias Populares, através de receituário médico e documentos pessoais, com desconto conforme Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, a qual dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Na suspensão do uso/intolerância às fraldas ou óbito, deverá ser realizado a devolução do quantitativo não utilizado na Unidade de Saúde de referência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, FSF; Di Piero KC; Cardinelli CC. Aplicação da escala de avaliação do uso de fraldas em uma clínica médica de um hospital universitário. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 2021, 19: e2221. https://doi.org/10.30886/estima.v19.1114_PT. Acesso em 27/07/2022.

BITTENCOURT, G. R. Validação da escala de avaliação do uso de fraldas e absorventes em idosos na Atenção Primária.Online braz. j. nurs. (Online) *20:* e20216466, 05 maio 2021. Acesso em 27/07/2022.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Protocolo de fornecimento de fraldas descartáveis para uso domiciliar a usuários com diagnóstico de incontinência urinária e anal permanente. Distrito Federal. Acesso em 27/07/2022

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Franciso Beltrão. Protocolo para Concessão de Fraldas Descartáveis. Francisco Beltrão, 2022. Acesso em 27/07/2022.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Paranaguá. Protocolo Municipal para o Fornecimento de Fraldas Descartáveis. Paranaguá, 2018. Acesso em 27/07/2022.

RESOLUÇÃO CFT nº 19/2011. Dispõe sobre a implantação do Programa Municipal de Distribuição de Fraldas Descartáveis. Franca, 2011. Disponível em http://www.franca.sp.gov.br/portal/saude/projetos/distribuicao- fraldas.html. Acesso em 27/07/2022.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo para Dispensação do Insumo Fralda Descartável, São Paulo, 2021. Acesso em 26/07/2022.

SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Resolução n° 004. Regulamenta o Fornecimento de Fraldas Descartáveis aos pacientes que dela necessitam. Florianópolis, 2014. Acesso em 27/07/2022.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria da Saúde

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇAO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS 2023

Data: _____/_____/_____

NOME:								
DN:	**IDADE:**	**MÉDICO PRESCRITOR (que faça parte da equipe que acompanha o paciente):**						
ENDEREÇO:								
UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA:								
TAMANHO	**Adulto P**	**Adulto M**	**Adulto G**	**Adulto EG**	**Pediátrica M**	**Pediátrica G**	**Pediátrica EG**	**Pediátrica EXG**
ASSINALE								

ASSINALE	**CID**	**TIPO DE INCONTINÊNCIA**
	R15	Fecal
	R32	Urinária
	N31	Disfunção Neuromuscular da Bexiga
	K59.2	Cólon Neurogênico

ASSINALE	**CID**	**PATOLOGIA ASSOCIADA**
	D48	Neoplasias
	F03	Demência Não Especificada
	F72	Retardo Mental Grave
	F84	Transtornos globais do desenvolvimento
	G04	Encefalite, Mielite, Encefalomielite
	G06	Abscesso E Granuloma Intracranianos E Intrarraquidianos
	G09	Sequelas De Doenças Inflamatórias Do Sistema Nervoso Central
	G20	Doença De Parkinson
	G30	Doença De Alzheimer
	G31	Outras Doenças Degenerativas Do Sistema Nervoso Não Classificadas Em Outra Parte
	G63	Polineuropatia Em Doenças Classificadas Em Outra Parte
	G80	Paralisia Cerebral
	G82	Paraplegia E Tetraplegia
	I62	Outras Hemorragias Intracranianas Não Traumáticas
	I64	Acidente Vascular Cerebral Não Especificado Como Hemorrágico Ou Isquêmico
	I67	Outras Doenças Cerebrovasculares
	N39.4	Bexiga Hiperativa
	Q00	Anencefalia E Malformações Similares

		Q01	Encefalocele
		Q02	Microcefalia
		Q03	Hidrocefalia Congênita
		Q04	Outras Malformações Congênitas Do Cérebro
		Q05	Espinha Bífida
		Q06	Outras Malformações Congênitas Da Medula Espinhal
		T90.5	Sequela De Traumatismo Intracraniano
		T91.1	Sequela De Traumatismo De Coluna Vertebral
		T94.1	Sequelas De Traumatismos Envolvendo Regiões Múltiplas Do Corpo

NOME E ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR:

_____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

_____

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- ✓ Declaro estar ciente que para RETIRAR as fraldas, o paciente, cuidador/responsável deve comparecer a unidade de referência, munido de documento de identificação e receita.
- ✓ O fornecimento de fraldas se dará pelo período de 12 meses.
- ✓ Permanecendo a necessidade do paciente, o responsável deverá comparecer à unidade de referência com antecedência de 30 dias antes do fim do prazo solicitando a renovação do benefício.
- ✓ A entrega das fraldas tem caráter suplementar, sendo provisionado 90 (noventa) fraldas ao mês.
- ✓ É de responsabilidade do paciente, cuidador/responsável aquisição das fraldas a mais que são necessárias no mês.
- ✓ As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o insumo.
- ✓ Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.
- ✓ Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitado alteração no formulário.
- ✓ O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a sessenta (60) dias, implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar).
- ✓ O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material
  (comercialização, armazenamento sem necessidade, uso para outra finalidade, má fé).

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de fraldas descartáveis.

Responsável pelo paciente:

_____

D

A

T

A

.

Assinaturas

Documento: 13118/2023 - Protocolo de Fraldas 2023.pdf
Data: 25/04/2023 08:47:56
Situação: Pendente de assinatura

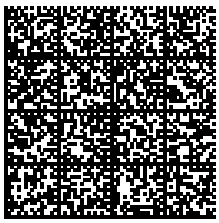
Servidor	Assinado em



O documento foi assinado por AMANDA ARALDI na data 25/04/2023 08:58. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO na data 25/04/2023 10:15. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 25/04/2023 13:57. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por TATIANE VEIGA RODRIGUES na data 25/04/2023 14:26. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por JOEL JOSE PALMA JUNIOR na data 25/04/2023 15:06. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por DIANE MICHELY CASSARO na data 27/04/2023 14:00. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023

Assinaturas

Documento: 13451/2023 - protocolo de fralda 2023.pdf
Data: 27/04/2023 14:19:47
Situação: Encaminhado para assinatura

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI na data 27/04/2023 16:03. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13451/2023

PROTOCOLO DA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EM GESTANTES

1 **ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA**

Indicações:

DURANTE O PRÉ-NATAL E POR ATÉ 6 SEMANAS APÓS O PARTO	APENAS POR ATÉ 6 SEMANAS APÓS O PARTO
História pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência[1]	Trombofilia de alto risco[3] e sem história pessoal ou familiar de TEV
Diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente	Trombofilia de baixo risco** e com TEV em parente de primeiro grau
Trombofilia de alto risco[2] e história de TEV em parente de primeiro grau	Histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência[4]

[1]**Moderado a alto risco de recorrência:** único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados.

[2]**Trombofilia de alto risco:** mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina; deficiência de antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Laiden e do gene da protrombina associadas, SAF.

[3]**Trombofilia de baixo risco:** mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S.

[4]**Baixo risco de recorrência:** trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez.

OBS.: quando indicada no período pré-natal, a profilaxia deve ser realizada desde o primeiro trimestre, sendo interrompida na fase latente do trabalho de parto e reiniciada 6-12 h após o parto vaginal. No caso da cesariana eletiva, a medicação deve ser suspensa 12 h antes do parto, sendo reiniciada 6-8 h após a raquianestesia/peridural/retirada de cateter peridural.

Anticoagulação profilática com ENOXAPARINA SÓDICA:

- **Posologia**: dose única diária de 40 mg, por via subcutânea, durante a gestação e até no máximo 6 semanas pós-parto.
    - Dose máxima diária: 80 mg (pacientes acima de 90 kg podem necessitar de ajuste na dose padrão).

Anticoagulação profilática com ÁCIDO ACETILSALICÍLICO:

- **Posologia:** 100 mg, uma vez ao dia, por via oral. À critério médico, pode ser suspenso a partir da 36ª semana de gestação.
    - Em casos de gestantes diagnosticadas com SAF, associar à 40 mg de enoxaparina sódica via subcutânea.

2 ANTICOAGULAÇÃO PLENA

Indicações:

- Gestantes com diagnóstico de SAF e trombose vascular
- Gestantes com dois ou mais episódios de TEV
- Gestante em vigência de anticoagulação

Posologia:

- Enoxaparina sódica: 1 mg/kg, via subcutânea, a cada 12h.
    - Dose máxima diária: 160 mg

Interrupção:

- Parto vaginal: interromper na fase latente do trabalho de parto e reiniciar 6-12 h após o parto vaginal.
- Cesariana eletiva: suspender 24h antes do parto e reiniciar 6-8 h após a raquianestesia/peridural/retirada de cateter peridural.

Se não houver tempo hábil entre a suspensão da heparina e o parto, e caso ocorra sangramento maior do que o esperado durante o procedimento, pode ser utilizado o sulfato de protamina (10mg/ml), na dose de 1mg para cada 1mg de enoxaparina recebida na última dose ou 1mg para cada 100 UI de heparina não fracionada recebida na última dose.

Eventos adversos:

A hemorragia é o principal evento adverso associado aos anticoagulantes. Nestes casos, a gestante deve ser encaminhada para unidades de urgência/emergência obstétrica para avaliação. Em grande parte dos casos, o efeito pode ser neutralizado pela administração endovenosa lenta de protamina, em ambiente hospitalar.

- 1 mg de protamina neutraliza parcialmente o efeito anticoagulante de 1 mg de enoxaparina.

3 DIAGNÓSTICO DE TROMBOFILIAS NA GESTAÇÃO

- O rastreamento não está indicado para todas as gestantes, apenas para:
    - Gestantes com história pessoal de TEV, com ou sem fator de risco recorrente e sem teste de trombofilia prévio
    - Gestantes com história familiar de trombofilia hereditária de alto risco em parentes de primeiro grau (investigar apenas trombofilias hereditárias)

Diagnóstico de trombofilias hereditárias

- **Exames:** idealmente, devem ser solicitados antes da gravidez, em pacientes que não estejam em uso de anticoagulantes ou de terapia hormonal.
    - Fator V de Laiden
    - Mutação G20210A-FII: heterozigota ou homozigota
    - Mutação C677T-MTHFR: homozigota com elevação da homocisteína sérica
    - Dosagem de proteína C funcional
        - Diagnóstico: atividade inferior a 72%
    - Dosagem de proteína S livre OU dosagem de proteína S funcional
        - Diagnóstico: atividade inferior a 55%
    - Dosagem da antitrombina
        - Diagnóstico: atividade inferior a 85%

Diagnóstico da Síndrome Antifosfolipídeo

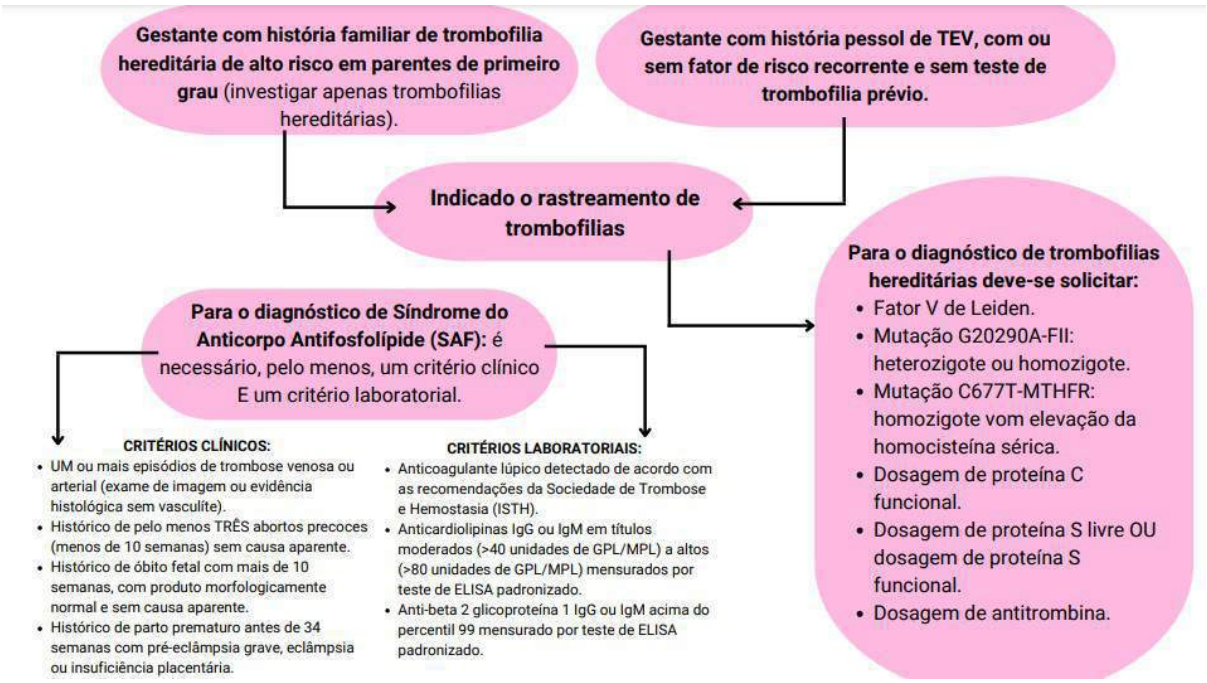
O diagnóstico é realizado com a presença de, pelo menos, um critério clínico e um critério laboratorial:

CRITÉRIOS CLÍNICOS	CRITÉRIOS LABORATORIAIS*
Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);	Anticoagulante lúpico detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH);
Histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;	Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40 unidade de GPL/MPL) a altos (>80 unidade de GPL/MPL) mensurados por teste ELISA padronizado;
Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfologicamente normal e sem causa aparente;	Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM acima do percentil 99 mensurada por teste ELISA padronizado.
Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.	

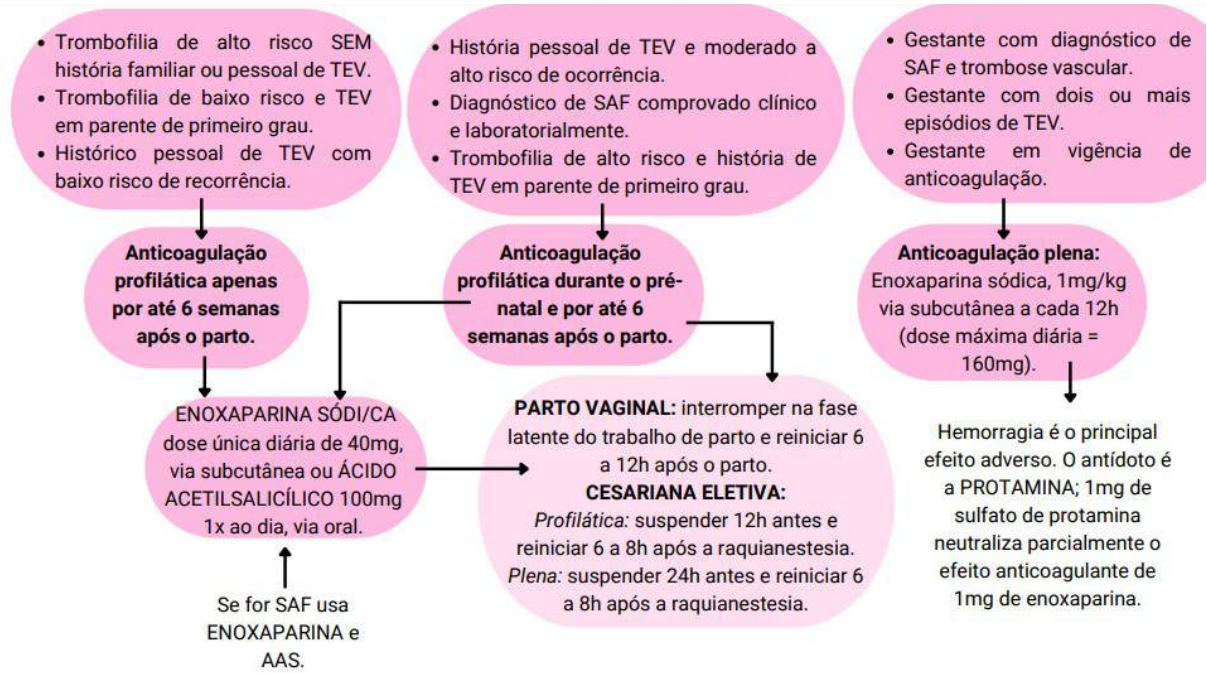
OBS.: as pacientes portadoras de anticorpos antifosfolipídeos sem eventos clínicos (trombóticos ou obstétricos) deverão ser tratadas de forma similar às pacientes com trombofilia hereditária de baixo risco.

*Devem estar presentes em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas.

ANEXOS



Fluxograma 1. Diagnóstico das trombofilias
Elaborado pelos autores



Fluxograma 2: Tratamento das trombofilias.
Elaborado pelos autores

AUTORES

Dra. Marianne Ariely Andretta[1]
Dra. Patrícia Leen Kosako Cerutti[2]
Victoria Castello Branco Iwakami de Mattos[3]
Amanda Nardi Zanluchi[3]
Mateus Henrique Verplotz[3]
Isadora Maria Pilati Campos[3]
Milena Marques[3]
Juliane Toffoli da Silva[3]
Izabella Maria Lopes Titon[3]

[1]Médica Cirurgiã Vascular Endovascular e professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo
[2]Médica Ginecologista e Obstetra e professora do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo
[3]Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS. (*) Republicada por ter saído com incorreção no Diário Oficial da União (DOU) nº 245, de 29 de dezembro de 2021, seção 1, página nº 172

FEBRASGO. Avaliação do Risco e Prevenção de Tromboembolismo no Pré-Natal. 21 de junho de 2017. Disponível em: < https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/117-avaliacao-do-risco-e-prevencao-de-tromboembolismo-no-pre-natal > Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

JACOBSON, B. et al. Safety and Efficacy of Enoxaparin in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Adv Ther 37, 27–40 (2020). Disponível em: < https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-019-01124-z#citeas > Acesso em: 22 de fevereiro.

MARQUES, M.A; OLIVEIRA, A. L. M. L. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. Brasil. J Vasc Bras. 2016 Out.-Dez.; 15(4):293-301. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829728/#S01 > Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

SANTOS, F. C; et al. Anticoagulação na gravidez. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(2):71-77. Disponível em: < https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7cNZRHjN4YIJ:https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/download/18442/14340+&cd=13&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br > Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

SILVEIRA, P. R. M. Trombose venosa profunda e gestação:aspectos etiopatogênicos e terapêuticos. J Vasc Bras. 2002, Vol. 1, Nº1. Disponível em < https://www.jvascbras.org/article/5e275a660e8825355426b9fa/pdf/jvb-1-1-65.pdf > Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE TELEDERMATOLOGIA

PROTOCOLO Nº4

1ª EDIÇÃO

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

PROTOCOLO DE TELEDERMATOLOGIA

SOLICITAÇÃO DE TELEDIAGNÓSTICO EM DERMATOLOGIA

PROTOCOLO Nº4

1ª EDIÇÃO

TOLEDO, JULHO DE 2024.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Prefeito

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Vice-Prefeito

Ademar Dorfschmidt

Secretária de Saúde

Gabriela Kuscharski

Autores

Alcione Correia de Lima Basetti - Enfermeira

Tatiane Veiga Rodrigues - Enfermeira

Revisores

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 3
2. JUSTIFICATIVA.....3
3. OBJETIVO GERAL 4
4. EQUIPE RESPONSÁVEL 4
5. POPULAÇÃO ALVO 4
6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO 4
7. PRINCIPAIS PASSOS DA TELEDERMATOLOGIA.....4
8. ORIENTAÇÕES GERAIS 5
9. ABREVIAÇÕES OU SÍMBOLOS.....6
10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 7

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente, as doenças da pele e anexos são causas comuns da procura de atendimento na atenção primária em saúde. Na dermatologia encontramos uma ampla gama de condições de saúde que variam muito em complexidade.

Além disso, tem-se observado no Sistema Único de Saúde (SUS) que muitos casos encaminhados para consulta especializada poderiam ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso aumenta o tempo de espera pela consulta, ocupa a fila da especialidade com casos passíveis de solução na APS, pode atrasar o início dos tratamentos, ocasiona deslocamentos desnecessários e menor eficiência do gasto público. Portanto, é fundamental implementar medidas que melhorem a resolubilidade da APS.

A teledermatologia é uma proposta de agilidade e redução de custo através de tecnologia avançada, possibilitando o encaminhamento do paciente para especialistas do sistema de telemedicina e telessaúde.

A teledermatologia, como atividade do Núcleo de Telessaúde, é realizada pelo exame dermatológico à distância a partir da captura e transmissão de fotografias digitais ou dermatoscopia digital realizada por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Através dos laudos emitidos a distância o serviço fornece a classificação de risco para as lesões de pele de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, busca adequar os encaminhamentos de acordo com a gravidade estabelecida pela classificação de risco.

2. JUSTIFICATIVA

A implantação da teledermatologia na atenção primária à saúde pode trazer inúmeros benefícios, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde e a gestão dos serviços, dentre eles ampliação de acesso, diagnóstico precoce, redução das filas, educação continuada aos profissionais permitindo que os casos mais graves sejam atendidos com mais rapidez evitando encaminhamentos desnecessários. Portanto a teledermatologia é uma ferramenta valiosa para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde na atenção primária.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

3. OBJETIVO GERAL

Facilitar o acesso ao diagnóstico e o tratamento das condições dermatológicas através da tecnologia, melhorando a eficiência e a qualidade dos atendimentos.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toledo-PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Todos os usuários com lesões de pele atendidos pelo Sistema Único de Saúde nas unidades de saúde do município de Toledo-PR.

6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO

Demanda espontânea ou agendada em qualquer serviço de saúde da rede.

7. PRINCIPAIS PASSOS DA TELEDERMATOLOGIA

- Receber o paciente cordialmente;
- Identificar pacientes com lesões de pele, encaminhar para avaliação médica e conduta;
- Se necessário especialista o médico deverá preencher o formulário na plataforma STT através do ícone solicitação com os dados do paciente, solicitante, Informações clínicas, Informações complementares, Lesões e CID – 10 e finalizar o envio da solicitação do exame;
- Solicitar via MV/SIGSS o exame de dermatoscopia com telediagnóstico;
- Orientar o paciente a realizar o agendamento do exame na recepção da UBS;
- Agendar o paciente no Ambulatório de Feridas e Ostomias nas vagas destinadas para o exame de dermatoscopia com telediagnóstico;
    - Entregar a guia do agendamento com data e horário, orientar o paciente o local correto para a realização do exame.
    - **Ambulatório de Feridas e Ostomias – Registro Fotográfico**

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

- Diariamente imprimir a listagem dos pacientes agendados no MV/SIGSS para a realização do exame de dermatoscopia com telediagnóstico;
- No Ambulatório de Feridas e Ostomias o profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem) irá realizar as fotografias e inserir as imagens na plataforma STT no ícone envio de imagens de acordo com o protocolo lesão por câncer de pele ou protocolo dermatoses;
- Entregar o termo de consentimento para o paciente assinar.
- Entregar o número do protocolo ao paciente e orientar que em 72 horas poderá visualizar o laudo.
- Diariamente (final do dia) a equipe do Ambulatório de Feridas e Ostomias deverá entrar na plataforma STT no ícone exames para verificar os laudos liberados e alimentar o MV/SIGSS.
    - A unidade de saúde deverá acompanhar a liberação destes exames para realizar o agendamento da consulta do paciente para conduta, encaminhamentos ou orientações de acordo com a classificação em 5 níveis.

8. ORIENTAÇÕES GERAIS

O serviço de Teledermatologia emite o laudo em até 72 horas após o envio dos registros fotográficos.

A plataforma apresenta todos os exames realizados sendo: exames que possuem laudos destacados em verde, exames sem laudo em branco, com atraso por mais de 72 horas em amarelo, exames invalidados em vermelho.

Se o exame estiver em vermelho (invalidado) o ambulatório de feridas ira entdeverá entrar em contato com o paciente para um novo registro fotográfico.

Cada lesão será emitida um laudo com a descrição da lesão, classificação de risco e conduta clínica.

O encaminhamento do paciente será segundo a classificação de risco:

Vermelho: quadros agudos sendo necessário ir para urgência e emergência.

Amarelo: casos que necessita de priorização (dermatologista ou oncologia).

Verde: encaminhar para consulta com especialista (dermatologia).

Azul: tratamento na Unidade Básica de Saúde conforme conduta clínica sugerida.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Branco: sem necessidade de acompanhamento na UBS ou encaminhamento para especialista por se tratar de lesão benigna de pele. Realizar as orientações ao paciente indicadas no laudo.

É fundamental que todas as informações clínicas e fotos sejam de qualidade para garantir um diagnóstico preciso.

Se necessário após o laudo encaminhar o usuário para especialista (dermatologia ou oncologia) deverá colocar na justificativa do encaminhamento o resultado do laudo fornecido e o número do laudo.

Quando a classificação for branca orientar o paciente que se houver modificação da lesão atual ou surgimento de novas lesões o mesmo deve procurar a UBS para reavaliação e repetição do exame.

As consultas de retorno deverão sem agendadas como **TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**.

Os exames deverão ser agendados como prestador **Laboratório ambulatório de feridas e ostomias**.

Todos os usuários antes de serem encaminhados para a especialidade de dermatologia, o médico da UBS solicitará o exame de dermatoscopia com telediagnóstico.

9. ABREVIAÇÕES OU SÍMBOLOS

STT- Sistema de Telemedicina e Telessaúde

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wagner et.al. Modelo de telediagnóstico na Atenção Primária à Saúde para lesões na pele**.**

Apostila do curso 2021

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Documento: 27799/2024 - PROTOCOLO teledermato .pdf
Data: 02/08/2024 16:10:49

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22.

Assinatura avançada realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52.

Assinatura avançada realizada por: TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/08/2024 16:10:49. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/08/2024 16:11:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 02/08/2024 16:26:22. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em 02/08/2024 16:39:30. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 3b3139ab-dac3-49cb-817c-cbe7ca8de8e8

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO 004 VERSÃO/ANO 002/2023	PÁGINA 01 A 05
TÍTULO	**PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO/ ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / DEZ DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP/COORDENAÇÃO/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo garantir a correta identificação dos pacientes atendidos no PAM, a fim de mitigar eventos adversos e near misses.

2. JUSTIFICATIVA

A identificação assegura ao paciente que a ele será destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo erros de procedimentos, administração errônea de medicação ou dieta.

Há um risco grande em não identificar o paciente ou na identificação incorreta, devido ao potencial de letalidade de procedimentos errados ou administração errônea de medicações.

Os pacientes sentirão maior segurança quando identificados. É importante a participação dos pacientes neste processo, já que há o interesse, não só pela equipe da Unidade, mas, sobretudo, do próprio paciente, de que tudo esteja sendo feito em segurança.

3. ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado em todo paciente que der entrada no PAM. Aqueles que tiverem passado por triagem e estiverem aguardando consulta deverão

apresentar etiqueta de acordo com a classificação de Manchester. Já naqueles pacientes que ficarem em observação na enfermaria da Unidade e na sala de suporte (emergência) deverão ser identificados com nome completo do paciente, data de nascimento e data de internação em placa sobre a cabeceira da cama/leito do paciente e com pulseira branca, com nome completo e data de nascimento.

4. INTERVENÇÃO

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes: Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar nome completo, data de nascimento e data de internação em placa sobre a cabeceira da cama, quando internado na enfermaria ou quando o paciente estiver na sala de suporte.

4.2. Educar o paciente e/ou acompanhante para envolvimento e entendimento da identificação correta, orientando-o a não remover a pulseira.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado.

5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A **identificação** do paciente será realizada em sua admissão no serviço de enfermaria ou sala de suporte através de uma placa com nome completo, data de nascimento e data de internação. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado.

Colocar pulseira de identificação, disponível no posto de enfermagem, e escrever de forma legível, nome completo e data de nascimento:



Eleger o membro superior direito (punho direito) para colocação da pulseira e na ausência do mesmo, substituir pelo punho esquerdo e por último o membro inferior.

Quando não se puder confirmar a identificação do paciente, será identificado como DESCONHECIDO seguido do número de chegada no dia, e data de internamento. Ex.: primeiro desconhecido que interna no dia 25 de agosto de 2022, ficará identificado como DESCONHECIDO 01 data de entrada 25/08/2022.

No primeiro atendimento, tanto médicos quanto enfermeiros/técnicos de enfermagem, devem anotar no prontuário todas as características que facilitem identificação no momento da chegada, como: nome relatado pelo paciente, sexo, idade aparente ou relatada, características físicas (cor da pele, cor dos olhos, descrição dos cabelos, altura aproximada, barba, bigode, tatuagens, uso de brincos, pulseiras, piercings, etc), Informar também dados relativos ao local onde foi encontrado (caso tenha sido trazido) e quais as condições em que foi encontrado.

A **confirmação** da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui: a administração de medicamentos, a coleta de material para exame, a entrega da dieta e a realização de procedimentos invasivos. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente ou familiar.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no Pronto Atendimento, a fim de manter a sua segurança. **PEÇA** ao paciente que diga seu nome completo e data de nascimento.

6. ESPECIFICAÇÕES DA PLACA DE IDENTIFICAÇÃO

- Folha A4 na cor branca, inserida dentro de placa de cor transparente/ material de acrílico, para fácil higienização e visibilidade.
- A escrita deve ser realizada de forma manuscrita, sempre com cor azul-escuro ou preta e legível ou impressa (modelo disponível em: M: \SAUDE\MINI-HOSPITAL\ENFERMEIROS\IDENTIF. PASTA-LEITO PACIENTE).

- A data de nascimento deve ser registrada no formato: DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/05/2019).

7. IDENTIFICAÇÃO DE TRANSPORTE DO PACIENTE

Quando for realizada a **transferência** de um paciente para o Hospital, o paciente deverá sair da unidade com cópia completa do prontuário e espelho de aceite via central de leitos ou quando transferido pelo SAMU, com folha de transferência do SAMU, nestes dois casos há identificação com nome completo e data de nascimento. Se o paciente estiver em **isolamento** deverá ser estar informado na ficha de transferência.

8. INDICADORES

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser advertidas, bem como, eventualmente será realizada a conferência da correta identificação dos pacientes pela equipe do NSP.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

- Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde

9. RISCOS

O gerenciamento dos riscos será realizado pelo NSP, utilizando-se a planilha: MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

As ações estão disponíveis em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - Plano de Segurança do Paciente – PAM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil, Ministério da Saúde. **Anexo 02: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*,** disponível

em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente.pdf/view>. Acesso em 01 de jul de 2022.

FRANCISCO, A. et al. **Cartilha sobre segurança do paciente.** Disponível em:< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Enfª Jéssica P. T. Medrado

Revisado/Atualizado por: Enfª Jéssica P. T. Medrado

Vigência: Até dezembro de 2024

HISTÓRICO
VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO _____; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N° 011 de 30 de outubro de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o § 1º, incisos I e II do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando a **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando ainda que o **Caderno de Atenção Básica nº28** do Ministério da Saúde, traz a reorganização do processo de trabalho e o acolhimento à demanda espontânea na atenção básica.

Considerando que a APS se configura como uma porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, e que a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências e acolhimento. Dessa forma, responsabilizando a APS pela resolução integral da demanda ou transferência para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado, regulado e organizado em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

RESOLVE:

Art. 1º Padronizar os atendimentos nos serviços de Saúde do Município de Toledo, na ausência de sistema e/ou internet e/ou energia elétrica.

Art. 2º Para atendimentos, seguir as seguintes orientações:

I. **Recepção/Porta**: Atender o paciente ouvindo a sua necessidade, se necessário, encaminhar para o acolhimento.

II. **Acolhimento**: Realizar a escuta qualificada e encaminhar as demandas para consulta médica e ou de enfermagem para que estes profissionais

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 30/10/2023 09:18:52. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:05. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

avaliem a possibilidade de atendimento e resolutividade no mesmo dia.

III. **Enfermagem/Médico**: acolher e realizar consulta para as demandas ou encaminhamentos que sejam possíveis naquele momento, com a máxima resolutividade possível, orientando o paciente adequadamente. Atender o paciente registrando o atendimento no computador, utilizando Microsoft Word ou programa similar e posteriormente lançar estes dados no prontuário eletrônico, não havendo possibilidade de fazer o atendimento em computador, este poderá ser realizado manualmente.

Art. 3º Para os registros dos atendimentos multiprofissionais:

I. Os registros deverão ser lançados em prontuário eletrônico, preferencialmente no prazo de 10 dias úteis de forma retroativa, para todos os atendimentos realizados no período sem sistema.

II. Os profissionais deverão atentar-se para registro posterior dos atendimentos que necessitem de atualização de dados/alimentação das planilhas.

III. Cabe ao gerente de cada unidade de saúde definir a melhor forma para o lançamento retroativo, podendo bloquear um período da agenda, atentando-se para a suspensão do atendimento ao público de maneira organizada que não cause prejuízo à continuidade dos atendimentos, evitando o fechamento de setores no mesmo período, a fim de minimizar o impacto a população.

IV. Para encaminhamentos de especialidades exames/consultas, orientar o paciente que após o lançamento no sistema eletrônico por parte do profissional que realizou o atendimento, a unidade ficará responsável por comunicá-lo para que o mesmo retire a guia na unidade de saúde.

V. Sobre a dispensação dos medicamentos na farmácia, atender de forma integral, devendo o profissional registrar manualmente os dados de dispensação dos medicamentos e lançamento futuro no sistema. A contagem do estoque só poderá ser feita após o lançamento dos recibos manuais no sistema. O processo deverá ser aplicado inclusive aos medicamentos psicotrópicos contidos na portaria 344/98.

VI. Pacientes que procurarem a unidade de saúde para realizar vacinas deverão estar portando os documentos (cartão SUS e identidade) e cartão de vacina.

VII. Crianças de até 13 anos que compareçam na unidade de saúde para realização de **vacina de rotina aprazada** no cartão de vacina, administrar a

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 30/10/2023 09:18:52. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:05. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

vacina, registrar no cartão de vacina e anotar dados referentes à dose aplicada para posteriormente lançar no sistema. Se o paciente não tiver cadastro no município, realizar Cadastro Provisório Manual.

VIII. Criança, adolescente ou adulto para realização de vacina **sem o cartão de vacina**, orientar o paciente ou o acompanhante a retornar na unidade quando houver restabelecido o sistema, ou encaminhar a outras unidades com sistema/e ou internet.

IX. Procedimentos de enfermagem: curativo, inalação, injetáveis, coleta de preventivo, coleta de streptococcus, testes rápidos entre outros. Realizar os procedimentos que sejam possíveis naquele momento, solicitar a apresentação de documentos pessoais do paciente, anotar todos os dados necessários para posterior lançamento no restabelecimento do sistema.

X. Agendamento de exames laboratoriais orientar o paciente a retornar em outro momento para agendar assim que reestabelecido o acesso à internet/sistema de informação. Para exames urgentes: entrar em contato com a Central de Especialidades para agendamento.

XI. Em situações onde a ausência de energia elétrica, verificar a luminosidade do ambiente e a possibilidade de atendimento.

XII. **Em hipótese nenhuma o usuário do serviço deve ser dispensado sem ao menos passar pelo acolhimento da equipe, para que tenha sua demanda ouvida e possa receber as orientações adequadas com a máxima resolutividade possível para a ocasião.**

Art. 4° Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 30 de outubro de 2023.

TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora do Departamento da
Rede de Atenção Primária à Saúde
Portaria nº 594/2022 de 04/11/2022

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI
Secretária Municipal da Saúde
Portaria nº 15/2021 de 01/01/2021

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 30/10/2023 09:18:52. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:05. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 30/10/2023 09:18:52. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:05. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

Documento: 39201/2023 - Instrução_Normativa_011.2023_Atendimento_ausência_sistema_internet_energia_elétrica .pdf
Data: 30/10/2023 09:18:52

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35.

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:04.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 30/10/2023 09:18:52. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 30/10/2023 09:55:35. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 30/10/2023 14:41:05. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: d95bbaa6-c639-484d-bea6-5f5cadcfdb15

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO	PÁGINA
		006	01 A 12
		VERSÃO/ANO	
		002/2023	
TÍTULO	**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS**		
ELABORAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO/ ATUALIZAÇÃO	ENFERMEIRA JÉSSICA MEDRADO / DEZ DE 2023		
APROVAÇÃO	NPS/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

Mitigar o risco de queda de pacientes no PAM e o dano dela decorrente, por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente e garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, promovendo a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. JUSTIFICATIVA

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Quedas de pacientes, contribuem para o aumento do tempo de permanência

hospitalar e custos assistenciais, gerando ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, podendo haver questões judiciais.

Estudo apontou os incidentes por queda como o terceiro evento mais relatado em boletim de Eventos Adversos, pontuando 10,7% do total de eventos notificados, sendo as quedas do leito as mais frequentes (55%), seguidas pelas quedas da própria altura (38,8%).

Os índices de queda em hospitais brasileiros variam de acordo com característica da instituição, de 1,4 a 13,0 quedas para cada 1000 pacientes-dia, e as lesões estão presentes de 15% a 50% dos eventos de queda. Das lesões 83% são abrasões, contusões e lacerações e 9% são fraturas. As fraturas ocorrem nos ossos do quadril (4%) e nos ossos da calota craniana (3,5%).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as estratégias de prevenção das quedas devem ser abrangentes e multifacetadas e enfatizar a educação, formação, criação de ambientes mais seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e a definição de políticas eficazes para reduzir o risco.

A adoção de um protocolo específico de prevenção de quedas constitui uma importante ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem e a melhoria constante da excelência do cuidado, através do controle dos riscos, prevenção dos eventos e redução de suas consequências.

A coluna do Pennsylvania Patient Safety Reporting System (sistema de notificação de segurança do paciente da Pensilvania) destaca exemplos de tais quedas, apontando que a maioria ocorre “entre meia-noite e 07:00”.

O estudo de Tomazoni (2013) realizado em quatro UTI neonatais constatou que a segurança do paciente é uma questão delicada, indicando que fatores culturais precisam ser repensados, pois ainda persiste a cultura nesses ambientes, na qual os erros são julgados como incompetência profissional, quando na verdade, são resultados de múltiplas falhas no sistema.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente no PAM, para todo cuidado realizado na Sala de Emergência e Setor de Observação.

Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

Para avaliação de risco de queda de pacientes **adultos**, utiliza-se a Escala de Queda de Morse – EQM

3.1. Avaliação Do Risco De Queda No Adulto

A EQM é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta, sendo que cada resposta corresponde uma pontuação, descritos abaixo. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada item resulta num escore que indica o risco de queda, e varia de 0 a 120 pontos.

1) ANTECEDENTES DE QUEDA:

- Não (0 ponto): O paciente não teve nenhum episódio de queda no último ano.
- Sim (25 pontos): O paciente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda (s) fisiológica (s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano (Tinetti, 2003; Morse, 2009). Exemplos incluem quedas resultantes de convulsões ou de uma marcha debilitada anteriormente à admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.

Observação:

- Se um paciente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante o presente internamento, então a sua pontuação passa imediatamente de 0 para 25 pontos neste tópico.
- Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico. Por exemplo uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é rasteirado ou alguém que cai no autocarro porque ia de pé e o condutor travou com intensidade instantaneamente, não se considera como antecedente.

2) DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

- Não (0 ponto): Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.
- Sim (15 pontos): Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.

Observação:

- Não existe nenhum tópico com medicação pois a escala já a contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.
- Doenças ou condições de saúde do cliente, tais como: hipotensão, deficit nutricional, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo, medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, **são consideradas como "Diagnósticos Secundários".**
- Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresentem interferência na condição física do paciente, não são considerados como diagnósticos secundários.

3) APOIO NA DEAMBULAÇÃO

- Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional de saúde (0 ponto): O paciente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o paciente andar sempre apoiado por outra pessoa. Se usa uma cadeira de rodas e está adaptado à utilização e transferência autônoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para a cadeira de rodas. Se está em repouso e cumpre o repouso na cama, não saindo da mesma.
- Auxiliar de marcha (15 pontos): Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).
- Apoiado na mobília (30 pontos): Se anda apoiando-se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair).

Observação:

- A utilização de suporte rodado não pode ser considerado como “Apoio na Deambulação” uma vez que já se encontra contabilizado no item “Terapia Endovenosa em Perfusão”.
- Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico “Tipo de Marcha”.

4) TERAPIA ENDOVENOSA/ DISPOSITIVO ENDOVENOSO SALINIZADO OU HEPARINIZADO

- Não (0 ponto): O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.
- Sim (20 pontos): O cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão contínua ou intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração.

Observação:

- Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bólus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão.
- Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como, por exemplo, perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.
- Este item se encontra atualmente na escala como “Terapia Endovenosa/Heparina”, o termo heparina foi usado com o intuito de se tentar demonstrar a necessidade de perfusão, pois em alguns casos a heparina endovenosa é usada em perfusão contínua (durante longos períodos).

5) MARCHA

- Normal/ Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas (0 ponto): O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação. O cliente move-se em cadeira de rodas (encontrando-se adaptado à utilização e transferência autônoma para e da cadeira de rodas e/ou é

sempre transferido por alguém de e para a cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.

- Fraca (10 pontos): O cliente anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.
- Comprometida/ Cambaleante (20 pontos): O cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé. Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor porque apresenta um deficit de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência. Ao ajudar o paciente a andar, o enfermeiro perceberá que ele segura a sua mão com força, ou quando agarra um corrimão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O paciente dá passos curtos e vacila.

Observação:

- Se o paciente está numa cadeira de rodas, terá uma pontuação de acordo com a sua capacidade de se transferir da cadeira de rodas para a cama e vice-versa (de acordo com o que já é referido nas instruções).

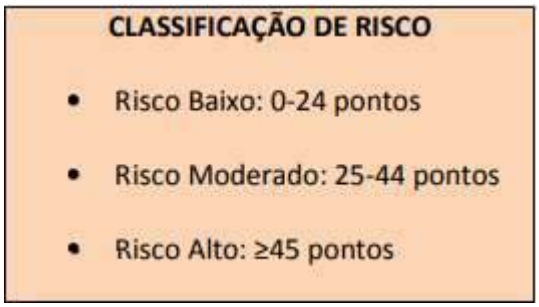
6) ESTADO MENTAL

- Orientado/ Capaz quanto a sua capacidade/ Limitação (0 ponto): O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio paciente) relativamente à sua capacidade de andar. Questione o cliente: "É capaz de ir ao banheiro sozinho?" ou "Precisa de ajuda?". Se a resposta do paciente ao julgar a sua própria capacidade é consistente com as prescrições/percepções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.
- Superestima capacidade/ esquece limitações (15 pontos): Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente superestima

suas capacidades e esquece-se das suas restrições, logo não está consciente das suas limitações.

Observação:

- O estado mental é diferente da orientação tempo espacial. Um paciente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações. - Um paciente confuso não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crônica ou intermitente.



4. Periodicidade da Avaliação do Risco de Quedas

A avaliação do risco de queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade do PAM, no que se refere à segurança do paciente.

Perfil de pacientes	**PREENCHER formulário de avaliação de risco de queda**
Sala de Emergência	- Na admissão do paciente (nas primeiras 24 horas de internação); - A cada 24 horas;
Setor de Observação	- Na admissão do paciente (nas primeiras 24 horas de internação); - A cada 48 horas; - Alterações de quadro clínico do paciente; - Ocorrência de queda (reavaliar);

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

a) Identificação do paciente com risco de queda; Após avaliação e determinação do grau do risco de quedas, **SINALIZAR** na placa de identificação do paciente.

b) Necessidade de acompanhante;

c) Orientações ao paciente/acompanhante: Usar calçados antiderrapantes; Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura; Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento; Manter ao alcance, pertences e objetos mais utilizados; Informar à equipe do Serviço Social e de enfermagem o período em que a paciente permanecerá sem acompanhante.

d) Acomodar os pacientes com risco elevado para queda mais próximos do posto de enfermagem;

e) Orientações da equipe multiprofissional: Revisão periódica dos medicamentos – orientar sobre efeitos colaterais de medicamentos, os quais aumentam o risco de queda; Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança da paciente; Avaliação do nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos; Avaliação do grau do risco de queda de acordo com o perfil do paciente.

f) Transporte seguro: O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem do paciente, tornando-o seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar seu estado clínico. Todo transporte de paciente deve ser indicado, planejado e executado mediante uma avaliação médica criteriosa dos riscos potenciais do deslocamento.

Considera-se o transporte seguro quando:

1. A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo;

2. Assegura-se a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico;

3. Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento;

4. Segue o protocolo de transporte seguro, respeitando as exigências para o perfil de cada paciente;

5. Há uma rotina operacional para realizá-lo.

6. NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS

As notificações deverão ser preenchidas e entregues ao Núcleo de Segurança do Paciente que posteriormente realizará a inclusão no sistema NOTIVISA.

Diante da ocorrência de queda, mesmo com a adoção de medidas preventivas, todos os casos devem ser notificados para que se inicie o processo de análise do evento, oportunizando a revisão do processo e definição de barreiras para evitar novas ocorrências.

7. INDICADORES DE QUEDAS

Serão adotados pelo PAM os seguintes indicadores, os quais serão monitorados semestralmente.

A) Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

B) Número de quedas com dano.

C) Número de quedas sem dano.

D) Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia)*1000].

8. FLUXO

1. Avaliar o risco de queda do paciente no momento da admissão na unidade (Anexo 1 – Formulário de Avaliação do Risco de Queda– Adulto);

2. Orientar pacientes e acompanhantes sobre as medidas preventivas de Queda;

3. Sinalizar no leito do paciente o risco de queda, para alertar todos os membros da equipe do cuidado;

4. Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s) para cada paciente, registrando no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;

5. Reavaliar o risco de acordo com o perfil do paciente descrito no item 5.1;

ITEM	ESCALA	PONTUAÇÃO
1) **Antecedentes de queda**	Não: 0 Sim: 25	
2) **Diagnóstico Secundário**	Não: 0 Sim: 15	
3) **Apoio Na Deambulação** - Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional de saúde - (bengala, canadianas, andarilho). - Apoiado na mobília	0 15 30	
4) **Terapia Endovenosa/ Dispositivo Endovenoso Salinizado Ou Heparinizado**	Não: 0 Sim: 15	
5) **Marcha** - Normal/ Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas; - Fraca - Comprometida/ Cambaleante	0 10 20	
6) **Estado Mental** - Orientado/ Capaz quanto a sua capacidade/ Limitação - Superestima capacidade/ esquece limitações	0 15	
TOTAL		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS	
Risco Baixo	0 – 24 pontos
Risco Moderado	25 – 44 pontos
Risco Alto	Igual ou Maior a 45 pontos

6. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

7. Avaliar e tratar o paciente após evento de queda e investigar as causas do evento;

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção de quedas.** Brasília, DF: 2013.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Enfª Jéssica P. T. Medrado **Revisado/Atualizado por:** Enfª Jéssica P. Tozati Medrado **Vigência:** Até dezembro de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO _____; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO

TOLEDO, 2023

	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	CÓDIGO	PÁGINA
		001	01 A 06
		VERSÃO/ANO	
		002/2023	
TÍTULO	**PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO SEGURO**		
ELABORAÇÃO	ENFª JÉSSICA MEDRADO / JUL DE 2022		
REVISÃO	ENFª JÉSSICA MEDRADO / AGO DE 2023		
APROVAÇÃO	NSP/CME/COORDENAÇÃO/DIREÇÃO		

1. OBJETIVO

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso adaptado da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

2. JUSTIFICATIVA

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.

3. INTERVENÇÕES

3.1 CME

O papel da central de materiais e esterilização é crítico na prevenção de infecções cirúrgicas, segue a baixo 07 práticas obrigatórias para promoção de assistência cirúrgica segura:

- O processamento de produtos devem seguir um fluxo uni direcionado, sempre da área suja para a área limpa;
- A qualificação da instalação, da operação e do desempenho dos equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para a saúde deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano e sempre que houver reparos ou mudanças nos locais de instalação;
- A água utilizada na CME deve ter sua qualidade controlada mensalmente, além da obrigatoriedade de utilização do filtro de água;
- Monitorar o processo de esterilização a cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos;
- Todos os produtos processados devem ser identificados por rótulos que permaneçam legíveis e íntegros durante todo o processo até a utilização do produto. O rótulo deve conter minimamente as seguintes informações: Nome do material, número de lote de esterilização, data de esterilização, data limite de uso, método de esterilização e nome do responsável pelo preparo do material;
- Realizar teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia;
- Todos os monitoramentos do processamento dos produtos para saúde devem ser registrados e estes registros arquivados para eventual verificação ou auditoria;

3.2 LISTA DE VERIFICAÇÃO

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação

vigente, entre outros. Segue abaixo orientações sobre a utilização da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases:

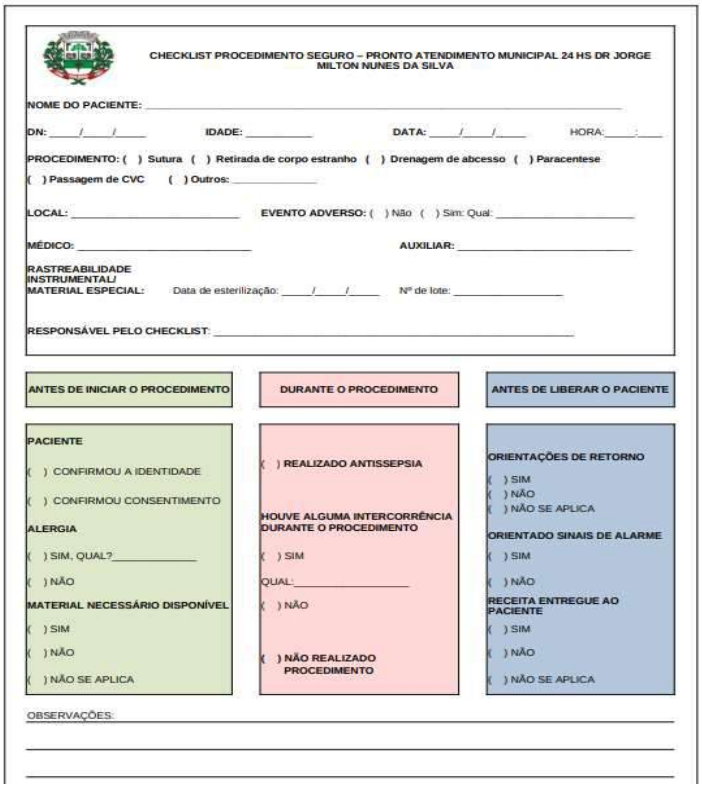
I – Antes da anestesia;

II – Antes da incisão cirúrgica; e

III – Antes do paciente sair da sala de procedimento.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de procedimento até a sua solução.

Figura 1: Modelo de checklist, adequado conforme procedimentos realizados no PAM, visto que não são realizadas cirurgias:



CHECKLIST PROCEDIMENTO SEGURO – PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL 24 HS DR JORGE MILTON NUNES DA SILVA

NOME DO PACIENTE: _____

DN: ____/____/____ IDADE: _____ DATA: ____/____/____ HORA:____:____

PROCEDIMENTO: ( ) Sutura ( ) Retirada de corpo estranho ( ) Drenagem de abcesso ( ) Paracentese ( ) Passagem de CVC ( ) Outros: _____

LOCAL: _____ EVENTO ADVERSO: ( ) Não ( ) Sim: Qual: _____

MÉDICO: _____ AUXILIAR: _____

RASTREABILIDADE INSTRUMENTAL/ MATERIAL ESPECIAL: Data de esterilização: ____/____/____ Nº de lote: _____

RESPONSÁVEL PELO CHECKLIST: _____

ANTES DE INICIAR O PROCEDIMENTO	DURANTE O PROCEDIMENTO	ANTES DE LIBERAR O PACIENTE
PACIENTE ( ) CONFIRMOU A IDENTIDADE ( ) CONFIRMOU CONSENTIMENTO ALERGIA ( ) SIM, QUAL?_____ ( ) NÃO MATERIAL NECESSÁRIO DISPONÍVEL ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA	( ) REALIZADO ANTISSEPSIA HOUVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA DURANTE O PROCEDIMENTO ( ) SIM QUAL:_____ ( ) NÃO ( ) NÃO REALIZADO PROCEDIMENTO	ORIENTAÇÕES DE RETORNO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA ORIENTADO SINAIS DE ALARME ( ) SIM ( ) NÃO RECEITA ENTREGUE AO PACIENTE ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

OBSERVAÇÕES: _____

Nota: Orientar o paciente a retornar caso tenha algum sinal de infecção/inflamação no local do procedimento.

Colocar etiqueta de rastreabilidade do material utilizado na ficha de checklist.

Preencher livro de realização de pequenos procedimento, disponível na sala de sutura.

4. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- ✓ Taxa de adesão à Lista de Verificação;
- ✓ Número de Eventos Adversos relacionados aos procedimentos.

5. RISCOS E AÇÕES E NOTIFICAÇÕES

O gerenciamento dos riscos será realizado pelo NSP, utilizando-se a planilha: MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO, disponível em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP.

As ações estão disponíveis em: M:\SAUDE\MINI-HOSPITAL\CCIH\NSP\NSP - Plano de Segurança do Paciente – PAM.

Caso haja algum evento adverso relacionado aos pequenos procedimentos, o Núcleo de Segurança do Paciente deverá ser notificado conforme Protocolo de Prevenção e Controle de Eventos Adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Anexo 03:PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA***. Brasília, 2013.

PURIM, Katia, *et al.* **Checklist de segurança no ensino de cirurgia ambulatorial**, disponível em:<https://cdn.publisher.gn1.link/revistadocbc.org.br/pdf/v46n3a11.pdf>. Acesso em 07 de jul de 2022.

FRANCISCO, A. et al. **Cartilha sobre segurança do paciente.** Disponível em:< https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf>. Acesso em 14 de jul de 2022.

Ministério da Saúde. Portaria n° 529 de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html >. Acesso em 01 de jul de 2022

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36 de 25 de julho de 2013: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 01 de jul de 2022.

Elaborado: Jéssica P. T. Medrado **Revisado por:** Enfª Jéssica Medrado **Vigência:** Até 01 de agosto de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO 01.08.2023; DATA DA APROVAÇÃO: _____.

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes** **POLÍTICA INTERNA**
TITULO: POLÍTICA DE CONSENTIMENTO, CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE	**Páginas: 04**
Emissor: Direção De Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal	**Emitido em: 28/07/2024**
Revisor: Não há	**Revisado em:**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 08/2024**
Executante: Recepção, Serviço Social, Corpo Clinico e Enfermagem	**Responsável:** Recepção, Enfermeiros, Direção de Enfermagem, Corpo Clínico
Vigência: 08/2026	**Versão:** 01

1. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer diretrizes a serem observadas nos processos de aplicabilidade de termos que deem ciência sobre regras e normas internas e informem o usuário podendo este dar o seu consentimento a procedimentos invasivos.

2. JUSTIFICATIVA

O consentimento informado é um processo no qual um profissional de saúde instrui o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção sendo que o paciente deve ser competente para tomar uma decisão voluntária sobre a realização de tal procedimento. Trata-se de uma obrigação tanto ética quanto legal dos médicos e compromisso de toda instituição de saúde, pública ou privada. Os termos de ciência se justificam pelo fato de que o usuário tem acesso à informações pertinentes, que facilitem o seu tratamento e bem estar dentro do serviço.

O consentimento informado é um documento exigido pelo Código de Ética Médica. Através dele o médico busca o consentimento para prosseguir com as intervenções. A exceção ocorre em caso de risco iminente de morte do paciente.

Contudo, esse documento tem como objetivo principal esclarecer todos os detalhes, benefícios, meios e os riscos que envolvem o procedimento médico sugerido.

Assim, diante da das informações, o paciente autoriza ou não os procedimentos. Lembrando que, em caso de incapacidade, idosos, menores e menores seu responsável legal também deve receber as informações e assinar os termos.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Tal política é fundamentada no artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019), na Lei 8.078/1990, referente ao Código de Defesa do Consumidor, como também no artigo 15 do Código Civil Brasileiro.

Os termos de ciência e responsabilidade objetivam informar e comprovar que o usuário tem conhecimento das normas e regulamentações importantes para organização do serviço e para segurança da equipe e dos pacientes.

3. ABRANGÊNCIA:

Esta Política se aplica aos setores de admissão e assistência, como a recepção, equipe médica, equipe de enfermagem e serviço social no intuito de orientação, informação e ciência dos pacientes que necessitem permanecerem em observação no Pronto Atendimento Municipal – PAM.

4. DEFINIÇÕES

- Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado: Dá ciência sobre os direitos e deveres do paciente, assim como faz orientações gerais para o paciente internado e seu acompanhante.
- Termo de Consentimento Informado do Setor Pronto Socorro/ Emergência: O consentimento informado é um processo no qual um profissional de saúde instrui o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção sendo que o paciente ou responsável deve ser competente para tomar uma decisão voluntária sobre a realização de tal procedimento.
- Termo de Consentimento Informado para o paciente psiquiátrico: Atesta a aceitação do tratamento recomendado ao paciente em internação psiquiátrica, assim como dá ciência de condutas e normas institucionais adotadas em benefício ao tratamento do paciente, incluindo o fluxo de vagas de internação em hospitais e clínicas especializados. Todo paciente que interne para observação ou tratamento psiquiátrico, deve estar acompanhado por algum familiar, e este acompanhante deve assinar o termo, durante a admissão.
- Termo de Responsabilidade ao acompanhante do paciente idoso: Termo de responsabilidade que deve ser assinado para dar respaldo ao serviço quando o idoso fica desacompanhado durante o período de internação e ampara a pessoa idosa com relação aos seus direitos.
- Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento: Esse termo dá ciência e responsabilidade ao usuário que decide interromper o tratamento ou período de obervação mesmo sem a indicação médica.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

5. DIRETRIZES

1. Para **todos** os pacientes que necessitem de internamento (em observação), os termos definidos anteriormente, serão impressos e assinados pelo paciente e, nos casos de menor de idade, idoso, paciente psiquiátrico ou ainda em internamento no setor de Emergência, os termos deverão ser assinados, obrigatoriamente, também pelo acompanhante ou responsável.
2. **Exceção:** o Termo de Responsabilidade ao acompanhante do paciente idoso e o Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento, serão aplicados somente quando forem necessário.
3. A partir da publicação desta política, todos profissionais médicos que atuem no ambulatório, realizando consultas ao usuário, ao definirem que o paciente necessita ficar em observação (internamento), deverão orientar o paciente e seu acompanhante, a retornarem para recepção com intuito de efetivar a internação e a assinatura dos termos. O paciente não poderá sob nenhuma hipótese, ser encaminhado ao setor de Observação, sem ao menos seu acompanhante ter assinado os termos de consentimento e responsabilidades.
4. Caso o paciente chegue ao serviço por ambulância, necessite de suporte avançado e seja atendido no setor de Pronto Socorro/Emergência, o seu responsável deve assinar os termos, incluindo o Termo de Consentimento Informado do setor Pronto Socorro/Emergência. Este termo pode ser aplicado pela recepção ou pelos profissionais da saúde. Porém, é mandatório que o médico, seja responsável pela orientação e a assinatura do termo, como determina o Art. 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019).
5. Sendo o paciente admitido inconsciente e sem acompanhante, será assinalado uma nota no próprio termo, justificando a ausência de assinatura do paciente e/ou responsável.
6. Dado que o paciente necessite de suporte avançado de vida e esteja desacompanhado, o médico assinará o Termo de Consentimento Informado do Pronto Socorro na parte de “Circunstância de Emergência e Risco de Morte”.
7. Todo acompanhante de paciente idoso que manifeste a vontade e/ou necessidade de se ausentar deixando o paciente sozinho, mesmo com o termo assinado, deverá ser orientado sobre o direito do idoso determinado no Art. 16 da Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e sobre os prováveis riscos que a pessoa idosa corre, ao

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ficar desacompanhada durante o período de internação. Tal termo deverá ser aplicado pelo Serviço Social ou ainda pela enfermagem.

8. Todo usuário em situação de Internação Social, como nos casos de Pessoa em Situação de Rua – PSR, deverá assinar o Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado sobre as características do serviço e as respectivas normas, no momento da admissão, como outro usuário.
9. Todo paciente ou responsável que decida interromper o tratamento e/ou período de internação no PAM, deverá assinar o Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento, após ser devidamente orientado quanto aos riscos decorrentes. O presente termo deverá ser aplicado pelos profissionais Enfermeiros.
10. Os termos devem fazer parte do prontuário de todo paciente internado.
11. Em suma, para **todo paciente** que necessite internar a **recepção deverá imprimir** os 03 termos: Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado; Termo de Consentimento Informado do Setor Pronto Socorro/ Emergência; Termo de Consentimento Informado para o paciente psiquiátrico;
12. Caso o paciente ou acompanhante solicite uma via dos termos, a recepção deve emitir uma cópia assinada.

6. COMPROMISSO

Os funcionários dos setores envolvidos devem demonstrar compromisso aos conceitos da atual Política, alocar e prover recursos apropriados para o seu cumprimento. As decisões devem ser baseadas na ética e nas práticas justas de cada conselho e outras normas, ajustando objetivos do desempenho, executando planos de implementação e adotando ações corretivas para sanar deficiências identificadas por avaliações internas ou externas.

7. REFERÊNCIAS

- **Código Civil Brasileiro** – 5° ed, - Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2014;
- **Código de Defesa do Consumidor** – Decreto n° 2.181/1997 – Brasília;
- **Código de Ética Médica:** Resolução CFM n° 2.217/ 2019 – Conselho Federal de Medicina - Brasilia

ELABORAÇÃO	CONSENSO	APROVAÇÃO
Raquel Emilia da Silva Wiederkehr Direção de Enf. na Rede de Urgência e Emergência Portaria n° 97 de 22/02/2024	Júlio Cesar Fábris Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergência Portaria n° 51 de 18/01/2021	Juliana de Lima Ventura Direção do Departamento de Urgência e Emergência de Toledo Portaria 322 de 17/06/2021

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO I

TERMO DE CIÊNCIA DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE INTERNADO

Nome do paciente:_____
Carteira de identidade:_____
Responsável legal (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):_____
Carteira de identidade:_____
Eu, acima identificado, na condição de paciente da Unidade de Saúde, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que estou ciente dos Direitos, assim como os Deveres de todo paciente em tratamento no Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes - PAM, abaixo especificados:

DIREITOS DO PACIENTE E DO SEU RESPONSÁVEL

1. Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os funcionários do PAM, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação, respeitando sua individualidade.
2. Ser identificado pelo seu nome completo e data de nascimento, e não por códigos, números, nome de sua doença.
3. Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações.
4. Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de seu tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
5. Receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) Sua doença ou hipótese diagnóstica, procedimentos, exames diagnósticos, medicações, tratamento e duração prevista destes, bem como os riscos de não realizar o tratamento proposto.
b) Riscos, benefícios, efeitos inconvenientes e alternativas dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos a serem realizados.
c) Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, qualquer um dos procedimentos propostos.

6. Ter situações de dores físicas avaliadas e controladas de acordo com as rotinas e procedimentos do PAM, bem como receber analgesia e anestesia em todas situações indicadas clinicamente, de acordo com as possibilidades terapêuticas disponíveis.
7. Ter respeitada sua crença espiritual e religiosa.
8. Se adolescente, ter seus direitos na forma do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/90) assegurados, entre eles, a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável ao seu lado.
9. Se idoso, ter todos os direitos previstos no Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/03) assegurados, em especial a permanência, em caso de internação ou observação, de um acompanhante em tempo integral, salvo determinação médica em contrário.
10. Se paciente com transtorno mental, ter seus direitos assegurados, de acordo com a Lei n. 10.216/01.
11. Se mulher, ter assegurado o direito de ser acompanhada por uma pessoa maior de idade durante todo período de atendimento conforme a Lei 14.737/23, exceto a sala de Urgência e Emergência, devido suas características e ausência de acomodação.
12. Ser informado sobre todos os direitos citados anteriormente, sobre as normas e os regulamentos do Hospital e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações esclarecimentos de dúvidas e apresentação de reclamações.

DEVERES DO PACIENTE E DO SEU RESPONSÁVEL

São obrigações do paciente durante o período em que permanecer no Hospital:

1. Agir com cortesia, respeito e discrição nas dependências do PAM, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitante, os direitos dos demais pacientes, dos funcionários, prestadores de serviços, bem como respeitar os padrões e normas da instituição.
2. Conceder informações precisas e completas nas consultas e internações sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à saúde.
3. Zelar e solicitar que os seus visitantes e acompanhante contribuam para o bem-estar de todos nas dependências do PAM, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcóolicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
4. Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados, e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
5. Respeitar o Art. 331 do Código Penal Brasileiro, que fala sobre o desacato ao servidor público, podendo responder judicialmente.

ORIENTAÇÕES GERAIS

O PAM é um Serviço de Pronto Atendimento. Os pacientes que ficam em observação são inseridos na Central de Leitos (Sistema que recebe todas solicitações de leitos para internação e transferências hospitalares) e aguardam regulação de vaga para transferência em Hospitais referências do nosso Estado, dando assim segmento no tratamento adequado conforme cada caso clínico.

PROVIDENCIAR PARA O PACIENTE

- Objetos de uso pessoal como: sabonete, desodorante, creme corporal, pasta de dente, escova de dente, fraldas (quando necessário) e roupas;
- Uma garrafa de água, de uso pessoal;
- Medicações que faz uso contínuo.

ALIMENTAÇÃO

- A alimentação do paciente é fornecida pelo PAM de acordo com a avaliação médica quanto a dieta adequada para cada situação;
- A alimentação do acompanhante (quando necessário) também é fornecida pelo PAM;
- Não é permitido trazer alimentos de fora;
- Não forneça água ou alimentos ao paciente sem autorização da equipe.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ACOMPANHANTES

- A permanência de acompanhantes na sala de emergência não é permitida em nenhuma hipótese;
- Terão direito a acompanhante em leito de enfermaria apenas pessoas com idade acima de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência e casos específicos avaliados pela equipe;
- As trocas de acompanhantes deverão ser realizadas nos seguintes horários:

• Das 07h00 as 08h00 (acompanhante do dia)
• Das 19h00 as 20h00 (acompanhante da noite)

- Nestes horários apenas o acompanhante que fará a troca deverá entrar no quarto;
- O acompanhante deve ter mais de 18 anos e, preferencialmente, menos de 60 anos;
- O acompanhante deve trazer seus pertences pessoais e itens de higiene necessários.

VISITAS

- O horário de visitas é exclusivamente das 12h00min as 13h00min todos os dias. Situações específicas devem ser avaliadas pela equipe;
- Na sala de emergência é necessário avaliação da equipe quanto a possibilidade de realização de visitas.

INFORMAÇÕES

- Mantenha os dados cadastrais atualizados com os telefones de contato dos familiares. Caso necessário, a equipe fará contato nos números fornecidos solicitando presença dos familiares para repasse de informações.
- Informações pertinentes à condição clínica do paciente são de responsabilidade da equipe médica e serão repassadas ao próprio paciente. Apenas nos casos de pacientes menores de idade, idosos ou incapazes de assimilar as próprias condições clínicas (por motivo permanente ou temporário), as informações serão repassadas para um familiar ou responsável legal.

CUIDADOS NECESSÁRIOS DURANTE PERMANÊNCIA

- O acompanhante deve fazer higienização das mãos frequentemente;
- É indicado o uso de máscara durante a permanência no PAM;
- O acompanhante não deve transitar pelos corredores e quartos de outros pacientes internados além do estritamente necessário e autorizado pela equipe;
- É proibido ao acompanhante sentar ou se deitar nas camas dos quartos, bem como depositar pertences sobre as mesmas, afinal os leitos estão higienizados e prontos para receberem novos pacientes.
- O uso de celulares é permitido (exceto na sala de emergência), porém, é de inteira responsabilidade do paciente e/ou acompanhante e o mesmo deve ser utilizado no modo silencioso ou com fones de ouvido, evitando barulhos inconvenientes;
- Não é permitido tirar fotos ou fazer filmagens durante internamento, assim como divulgar informações as quais eventualmente tiver acesso sobre os pacientes.

PERTENCES

- O PAM não se responsabiliza pela guarda ou extravio de pertences pessoais como: celular, cartão de crédito, joias, dinheiro, entre outros, sendo os mesmos de responsabilidade do paciente e/ou seu acompanhante;
- Pertences e documentos encontrados nas dependências da Unidade: O Serviço Social fará contato com familiares, orientando a efetuarem a retirada. Estes serão guardados pelo prazo de 60 DIAS, e depois terão destinação adequada (descarte/ doação). Para Informações sobre retirada de pertences e/ ou documentos entrar em contato nos telefones (45) 3196-3133 de Segunda a Sexta, em horário comercial

( ) Paciente inconsciente e desacompanhado. Declaro que não foi possível obter a assinatura do paciente devido suas condições clínicas. Com isso, na tentativa de respaldar o serviço, declaro que as informações estão disponíveis e assim que possível a família e o paciente serão instruídos.

Ass Recepcionista:_____

Toledo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Paciente	Assinatura do Responsável pelo Paciente
RG	RG

Obs: O atual termo será assinado pelo responsável pelo paciente, no caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO SETOR PRONTO SOCORRO/EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente:_____.

RG:_____. CPF_____

Responsável Legal: (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado, o termo deverá ser assinado pelo responsável legal)

_____

RG:_____. CPF_____.

Considerando o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019) e a Lei 8.078/1990, referente ao Código de Defesa do Consumidor que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, com identificação supracitada, com _____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo Dr.(a) _____, tendo em vista a minha condição de saúde ou do meu parente, que provavelmente serão necessárias intervenções e a internação.

Entendo que, durante o período de internação neste setor, poderão ser necessários vários procedimentos médicos, que pela característica da urgência/emergência da situação, poderão ser realizados a qualquer hora do dia ou da noite, muitas vezes sem tempo hábil para o devido contato prévio com o(s) responsável(véis) pelo paciente.

Os procedimentos que poderão ocorrer estão descritos abaixo, mas não se limitam aos mesmos.

13. Intubação traqueal, ventilação mecânica;
14. Instalação de sonda vesical de demora (na bexiga), passagem de sondas nasogástrica ou intestinal;
15. Cateterização de veias periféricas ou profundas ou cateterização de artérias;
16. Punção liquórica, suporte nutricional pelo tubo digestivo;
17. Drenagem de tórax (dreno no pulmão);
18. Sedação superficial ou profunda;
19. Transporte para setores do hospital para realização de exames;
20. Realização de exames de Tomografia (podendo ser necessário a utilização de contraste iodado);
21. Cardioversão elétrica.

Declaro, ainda, que a proposta de tratamento, seus riscos, benefícios e complicações potenciais me foram esclarecidas de forma adequada e satisfatória, tendo eu a oportunidade de fazer perguntas e quando as fiz, obtive respostas apropriadas. Entendo, no entanto, que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Por fim, informo que autorizo os procedimentos acima citados e qualquer outro exame ou tratamento que porventura venham ser necessários em função das mudanças do quadro clínico. Assim, concluo que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo a necessidade e riscos deste tratamento. Por tal razão, dou consentimento para que os procedimentos sejam realizados, caso sejam necessários.

Estou ciente que a medicina é uma ciência de meios e não fins, isto é, que se obriga a utilizar todos os meios disponíveis e indicados para manterem a minha saúde e minha vida, porém não garante resultados, já que cada indivíduo e cada situação envolvem grande número de variáveis e particularidades que se torna impossível prever o resultado final. Algumas complicações podem ser frequentes ou raras, mas outras podem ser completamente imprevisíveis.

Toledo, _____ de _____ de _____. Às _____ horas e _____minutos

_____

Assinatura do declarante

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, realizei ou solicitei que realizasse intervenções para melhorar a situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

_____

Assinatura/ Carimbo do Médico Responsável

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Eu, abaixo assinado, responsável pelo(a) paciente_____, autorizo a equipe do Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes- PAM a desenvolver as atividades necessárias para tratamento e proteção do meu ente, supra citado . O atendimento ocorre através de equipe multidisciplinar composta por médico, equipe de enfermagem, nutricionista e assistente social .

Eu e/ou meus familiares fomos orientados, de forma clara, que o(a) paciente deve obrigatoriamente ficar acompanhado(a), durante todo o período de internação, por familiar ou responsável maior de 18 anos durante as 24h do dia, incluindo qualquer deslocamento do quarto que este(a) venha a fazer, por indicação da equipe assistencial. No entanto, se o paciente precisar ser remanejado para sala de Suporte/ Emergência, não há a indicação e viabilidade da permanência de acompanhantes para os pacientes.

Recebemos a informação de que não há vagas para internamentos psiquiátricos no município de Toledo, pelo sistema público. Porém, todo paciente que necessite de internamento, são inseridos na Central Estadual de Regulação que é a responsável em organizar as vagas para internamento especializado em todo Estado, como ocorre com a Psiquiatria. Sendo uma central Estadual, a vaga para internação poderá sair em outros municípios fora de Toledo. Estamos cientes que as vagas para internações psiquiátricas são bastante concorridas.

A equipe nos esclareceu que não é necessário e nem permitido outros objetos, além de documentos, medicamentos de uso contínuo, roupas, material de higiene pessoal e chinelos.

Estamos cientes também, que poderão ocorrer, a critério da equipe, a verificação de pertences e a averiguação do ambiente terapêutico com finalidade de identificar objetos que possam trazer risco ao paciente, ao cuidador ou à equipe assistencial.

Estamos ciente que poderá ser necessário medidas terapêuticas como contenção física, mecânica e contenção química, para proteger o paciente e tornar o tratamento efetivo.

Fomos informados de que o paciente não poderá sob hipótese alguma, deixar as dependências do PAM, por conta própria, sem fins terapêuticos e sem acompanhamento da equipe. Caso isso ocorra, será caracterizado como evasão.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis, no serviço, na busca da saúde do paciente. Estou ciente das regras da equipe do Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes e concordo em respeitá-las, cuidando para que meu familiar também as respeite.

Toledo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Responsável pelo Paciente. Assinatura do Paciente

RG:

CPF:

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO IV

TERMO DE RESPONSABILIDADE AO ACOMPANHANTE DO PACIENTE IDOSO

Pelo presente Termo de Responsabilidade e Compromisso, eu,_____, portador(a) do RG n°_____,inscrito(a) no CPF sob o n°_____ e acompanhante/responsável do paciente_____declaro que fui orientado(a) a respeito do Art. 16 da Lei 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, onde é garantido o direito à acompanhante em tempo integral, quando a pessoa idosa se encontra internada ou em observação. Tenho ciência também, dos prováveis riscos que podem advir a um idoso(a) desacompanhado(a) e em tratamento de saúde.

Entretanto, declaro que tenho a necessidade de me ausentar por motivos de _____por um período de _____horas.

Este Termo de Responsabilidade e Compromisso é expressão da verdade e por ele respondo integralmente.

Toledo, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Responsável pelo Paciente.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO V

TERMO DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO/INTERNAÇÃO (ALTA A PEDIDO)

Nome do paciente:_____
Carteira de identidade:_____
Responsável legal (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):_____
Carteira de identidade:_____

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Artigo 1° - Interrupção do tratamento ou "Alta a Pedido" solicitado pelo paciente ou seu responsável legal representa o seu direito de recusar o atendimento ou procedimentos propostos e de deixar as dependências do hospital, após esclarecimentos das possíveis consequências e riscos de tal atitude.

Parágrafo primeiro- A interrupção do tratamento/internamento (Alta a Pedido) não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e soberano da autonomia do paciente/responsável legal, atendido e disposto nos termos de Consentimento e Direitos e Deveres.

Parágrafo segundo - O consentimento do Termo de alta a pedido, por parte do paciente/responsável legal, informa que a partir do momento em que o paciente deixar o Pronto Atendimento, transfere a responsabilidade das consequências deste ato, do médico, dos profissionais de saúde e da instituição para o paciente/responsável legal.

Artigo 2°. Cabe ao médico, com apoio da equipe multiprofissional, explicar em linguagem acessível ao paciente/ responsável legal, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e consequências da interrupção da assistência à saúde, especificando possíveis riscos e dados.

Artigo 3º - Alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a recorrer à Instituição

DECLARAÇÃO DO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL:
Fui devidamente informado e esclarecido quanto à situação de minha saúde e riscos perante a decisão de interromper meu tratamento/internação nesta Instituição, conforme acima registrado

Toledo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Paciente	Assinatura do Responsável pelo Paciente

Obs: O atual termo será assinado pelo responsável pelo paciente, no caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Documento: 28136/2024 - POLITICA DE CONSENTIMENTO.pdf
Data: 06/08/2024 10:00:37

Assinatura avançada realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23.

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49.

Assinatura avançada realizada por: JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:36.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes** **POLÍTICA INTERNA**
TITULO: POLÍTICA DE CONSENTIMENTO, CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE	**Páginas: 04**
Emissor: Direção De Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal	**Emitido em: 28/07/2024**
Revisor: Não há	**Revisado em:**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 08/2024**
Executante: Recepção, Serviço Social, Corpo Clinico e Enfermagem	**Responsável:** Recepção, Enfermeiros, Direção de Enfermagem, Corpo Clínico
Vigência: 08/2026	**Versão:** 01

1. OBJETIVO

Esta política tem por objetivo estabelecer diretrizes a serem observadas nos processos de aplicabilidade de termos que deem ciência sobre regras e normas internas e informem o usuário podendo este dar o seu consentimento a procedimentos invasivos.

2. JUSTIFICATIVA

O consentimento informado é um processo no qual um profissional de saúde instrui o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção sendo que o paciente deve ser competente para tomar uma decisão voluntária sobre a realização de tal procedimento. Trata-se de uma obrigação tanto ética quanto legal dos médicos e compromisso de toda instituição de saúde, pública ou privada. Os termos de ciência se justificam pelo fato de que o usuário tem acesso à informações pertinentes, que facilitem o seu tratamento e bem estar dentro do serviço.

O consentimento informado é um documento exigido pelo Código de Ética Médica. Através dele o médico busca o consentimento para prosseguir com as intervenções. A exceção ocorre em caso de risco iminente de morte do paciente.

Contudo, esse documento tem como objetivo principal esclarecer todos os detalhes, benefícios, meios e os riscos que envolvem o procedimento médico sugerido.

Assim, diante da das informações, o paciente autoriza ou não os procedimentos. Lembrando que, em caso de incapacidade, idosos, menores e menores seu responsável legal também deve receber as informações e assinar os termos.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Tal política é fundamentada no artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019), na Lei 8.078/1990, referente ao Código de Defesa do Consumidor, como também no artigo 15 do Código Civil Brasileiro.

Os termos de ciência e responsabilidade objetivam informar e comprovar que o usuário tem conhecimento das normas e regulamentações importantes para organização do serviço e para segurança da equipe e dos pacientes.

3. ABRANGÊNCIA:

Esta Política se aplica aos setores de admissão e assistência, como a recepção, equipe médica, equipe de enfermagem e serviço social no intuito de orientação, informação e ciência dos pacientes que necessitem permanecerem em observação no Pronto Atendimento Municipal – PAM.

4. DEFINIÇÕES

- Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado: Dá ciência sobre os direitos e deveres do paciente, assim como faz orientações gerais para o paciente internado e seu acompanhante.
- Termo de Consentimento Informado do Setor Pronto Socorro/ Emergência: O consentimento informado é um processo no qual um profissional de saúde instrui o paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção sendo que o paciente ou responsável deve ser competente para tomar uma decisão voluntária sobre a realização de tal procedimento.
- Termo de Consentimento Informado para o paciente psiquiátrico: Atesta a aceitação do tratamento recomendado ao paciente em internação psiquiátrica, assim como dá ciência de condutas e normas institucionais adotadas em benefício ao tratamento do paciente, incluindo o fluxo de vagas de internação em hospitais e clínicas especializados. Todo paciente que interne para observação ou tratamento psiquiátrico, deve estar acompanhado por algum familiar, e este acompanhante deve assinar o termo, durante a admissão.
- Termo de Responsabilidade ao acompanhante do paciente idoso: Termo de responsabilidade que deve ser assinado para dar respaldo ao serviço quando o idoso fica desacompanhado durante o período de internação e ampara a pessoa idosa com relação aos seus direitos.
- Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento: Esse termo dá ciência e responsabilidade ao usuário que decide interromper o tratamento ou período de obervação mesmo sem a indicação médica.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

5. DIRETRIZES

1. Para **todos** os pacientes que necessitem de internamento (em observação), os termos definidos anteriormente, serão impressos e assinados pelo paciente e, nos casos de menor de idade, idoso, paciente psiquiátrico ou ainda em internamento no setor de Emergência, os termos deverão ser assinados, obrigatoriamente, também pelo acompanhante ou responsável.
2. **Exceção:** o Termo de Responsabilidade ao acompanhante do paciente idoso e o Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento, serão aplicados somente quando forem necessário.
3. A partir da publicação desta política, todos profissionais médicos que atuem no ambulatório, realizando consultas ao usuário, ao definirem que o paciente necessita ficar em observação (internamento), deverão orientar o paciente e seu acompanhante, a retornarem para recepção com intuito de efetivar a internação e a assinatura dos termos. O paciente não poderá sob nenhuma hipótese, ser encaminhado ao setor de Observação, sem ao menos seu acompanhante ter assinado os termos de consentimento e responsabilidades.
4. Caso o paciente chegue ao serviço por ambulância, necessite de suporte avançado e seja atendido no setor de Pronto Socorro/Emergência, o seu responsável deve assinar os termos, incluindo o Termo de Consentimento Informado do setor Pronto Socorro/Emergência. Este termo pode ser aplicado pela recepção ou pelos profissionais da saúde. Porém, é mandatório que o médico, seja responsável pela orientação e a assinatura do termo, como determina o Art. 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019).
5. Sendo o paciente admitido inconsciente e sem acompanhante, será assinalado uma nota no próprio termo, justificando a ausência de assinatura do paciente e/ou responsável.
6. Dado que o paciente necessite de suporte avançado de vida e esteja desacompanhado, o médico assinará o Termo de Consentimento Informado do Pronto Socorro na parte de “Circunstância de Emergência e Risco de Morte”.
7. Todo acompanhante de paciente idoso que manifeste a vontade e/ou necessidade de se ausentar deixando o paciente sozinho, mesmo com o termo assinado, deverá ser orientado sobre o direito do idoso determinado no Art. 16 da Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e sobre os prováveis riscos que a pessoa idosa corre, ao

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ficar desacompanhada durante o período de internação. Tal termo deverá ser aplicado pelo Serviço Social ou ainda pela enfermagem.

8. Todo usuário em situação de Internação Social, como nos casos de Pessoa em Situação de Rua – PSR, deverá assinar o Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado sobre as características do serviço e as respectivas normas, no momento da admissão, como outro usuário.
9. Todo paciente ou responsável que decida interromper o tratamento e/ou período de internação no PAM, deverá assinar o Termo de Interrupção do Tratamento/Internamento, após ser devidamente orientado quanto aos riscos decorrentes. O presente termo deverá ser aplicado pelos profissionais Enfermeiros.
10. Os termos devem fazer parte do prontuário de todo paciente internado.
11. Em suma, para **todo paciente** que necessite internar a **recepção deverá imprimir** os 03 termos: Termo de Ciência dos Direitos e Deveres do paciente internado; Termo de Consentimento Informado do Setor Pronto Socorro/ Emergência; Termo de Consentimento Informado para o paciente psiquiátrico;
12. Caso o paciente ou acompanhante solicite uma via dos termos, a recepção deve emitir uma cópia assinada.

6. COMPROMISSO

Os funcionários dos setores envolvidos devem demonstrar compromisso aos conceitos da atual Política, alocar e prover recursos apropriados para o seu cumprimento. As decisões devem ser baseadas na ética e nas práticas justas de cada conselho e outras normas, ajustando objetivos do desempenho, executando planos de implementação e adotando ações corretivas para sanar deficiências identificadas por avaliações internas ou externas.

7. REFERÊNCIAS

- **Código Civil Brasileiro** – 5° ed, - Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2014;
- **Código de Defesa do Consumidor** – Decreto n° 2.181/1997 – Brasília;
- **Código de Ética Médica:** Resolução CFM n° 2.217/ 2019 – Conselho Federal de Medicina - Brasilia

ELABORAÇÃO	CONSENSO	APROVAÇÃO
Raquel Emilia da Silva Wiederkehr Direção de Enf. na Rede de Urgência e Emergência Portaria n° 97 de 22/02/2024	Júlio Cesar Fábris Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergência Portaria n° 51 de 18/01/2021	Juliana de Lima Ventura Direção do Departamento de Urgência e Emergência de Toledo Portaria 322 de 17/06/2021

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO I

TERMO DE CIÊNCIA DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE INTERNADO

Nome do paciente:_____
Carteira de identidade:_____
Responsável legal (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):_____
Carteira de identidade:_____
Eu, acima identificado, na condição de paciente da Unidade de Saúde, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que estou ciente dos Direitos, assim como os Deveres de todo paciente em tratamento no Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes - PAM, abaixo especificados:

DIREITOS DO PACIENTE E DO SEU RESPONSÁVEL

1. Ser tratado com dignidade, respeito, dedicação e humanidade por todos os funcionários do PAM, sem qualquer forma de preconceito ou discriminação, respeitando sua individualidade.
2. Ser identificado pelo seu nome completo e data de nascimento, e não por códigos, números, nome de sua doença.
3. Ter assegurado o direito à confidencialidade de suas informações.
4. Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de seu tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
5. Receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) Sua doença ou hipótese diagnóstica, procedimentos, exames diagnósticos, medicações, tratamento e duração prevista destes, bem como os riscos de não realizar o tratamento proposto.
b) Riscos, benefícios, efeitos inconvenientes e alternativas dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos a serem realizados.
c) Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, qualquer um dos procedimentos propostos.

6. Ter situações de dores físicas avaliadas e controladas de acordo com as rotinas e procedimentos do PAM, bem como receber analgesia e anestesia em todas situações indicadas clinicamente, de acordo com as possibilidades terapêuticas disponíveis.
7. Ter respeitada sua crença espiritual e religiosa.
8. Se adolescente, ter seus direitos na forma do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/90) assegurados, entre eles, a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável ao seu lado.
9. Se idoso, ter todos os direitos previstos no Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/03) assegurados, em especial a permanência, em caso de internação ou observação, de um acompanhante em tempo integral, salvo determinação médica em contrário.
10. Se paciente com transtorno mental, ter seus direitos assegurados, de acordo com a Lei n. 10.216/01.
11. Se mulher, ter assegurado o direito de ser acompanhada por uma pessoa maior de idade durante todo período de atendimento conforme a Lei 14.737/23, exceto a sala de Urgência e Emergência, devido suas características e ausência de acomodação.
12. Ser informado sobre todos os direitos citados anteriormente, sobre as normas e os regulamentos do Hospital e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações esclarecimentos de dúvidas e apresentação de reclamações.

DEVERES DO PACIENTE E DO SEU RESPONSÁVEL

São obrigações do paciente durante o período em que permanecer no Hospital:

1. Agir com cortesia, respeito e discrição nas dependências do PAM, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitante, os direitos dos demais pacientes, dos funcionários, prestadores de serviços, bem como respeitar os padrões e normas da instituição.
2. Conceder informações precisas e completas nas consultas e internações sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à saúde.
3. Zelar e solicitar que os seus visitantes e acompanhante contribuam para o bem-estar de todos nas dependências do PAM, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcóolicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
4. Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados, e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
5. Respeitar o Art. 331 do Código Penal Brasileiro, que fala sobre o desacato ao servidor público, podendo responder judicialmente.

ORIENTAÇÕES GERAIS

O PAM é um Serviço de Pronto Atendimento. Os pacientes que ficam em observação são inseridos na Central de Leitos (Sistema que recebe todas solicitações de leitos para internação e transferências hospitalares) e aguardam regulação de vaga para transferência em Hospitais referências do nosso Estado, dando assim segmento no tratamento adequado conforme cada caso clínico.

PROVIDENCIAR PARA O PACIENTE

- Objetos de uso pessoal como: sabonete, desodorante, creme corporal, pasta de dente, escova de dente, fraldas (quando necessário) e roupas;
- Uma garrafa de água, de uso pessoal;
- Medicações que faz uso contínuo.

ALIMENTAÇÃO

- A alimentação do paciente é fornecida pelo PAM de acordo com a avaliação médica quanto a dieta adequada para cada situação;
- A alimentação do acompanhante (quando necessário) também é fornecida pelo PAM;
- Não é permitido trazer alimentos de fora;
- Não forneça água ou alimentos ao paciente sem autorização da equipe.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ACOMPANHANTES

- A permanência de acompanhantes na sala de emergência não é permitida em nenhuma hipótese;
- Terão direito a acompanhante em leito de enfermaria apenas pessoas com idade acima de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência e casos específicos avaliados pela equipe;
- As trocas de acompanhantes deverão ser realizadas nos seguintes horários:

• Das 07h00 as 08h00 (acompanhante do dia)
• Das 19h00 as 20h00 (acompanhante da noite)

- Nestes horários apenas o acompanhante que fará a troca deverá entrar no quarto;
- O acompanhante deve ter mais de 18 anos e, preferencialmente, menos de 60 anos;
- O acompanhante deve trazer seus pertences pessoais e itens de higiene necessários.

VISITAS

- O horário de visitas é exclusivamente das 12h00min as 13h00min todos os dias. Situações específicas devem ser avaliadas pela equipe;
- Na sala de emergência é necessário avaliação da equipe quanto a possibilidade de realização de visitas.

INFORMAÇÕES

- Mantenha os dados cadastrais atualizados com os telefones de contato dos familiares. Caso necessário, a equipe fará contato nos números fornecidos solicitando presença dos familiares para repasse de informações.
- Informações pertinentes à condição clínica do paciente são de responsabilidade da equipe médica e serão repassadas ao próprio paciente. Apenas nos casos de pacientes menores de idade, idosos ou incapazes de assimilar as próprias condições clínicas (por motivo permanente ou temporário), as informações serão repassadas para um familiar ou responsável legal.

CUIDADOS NECESSÁRIOS DURANTE PERMANÊNCIA

- O acompanhante deve fazer higienização das mãos frequentemente;
- É indicado o uso de máscara durante a permanência no PAM;
- O acompanhante não deve transitar pelos corredores e quartos de outros pacientes internados além do estritamente necessário e autorizado pela equipe;
- É proibido ao acompanhante sentar ou se deitar nas camas dos quartos, bem como depositar pertences sobre as mesmas, afinal os leitos estão higienizados e prontos para receberem novos pacientes.
- O uso de celulares é permitido (exceto na sala de emergência), porém, é de inteira responsabilidade do paciente e/ou acompanhante e o mesmo deve ser utilizado no modo silencioso ou com fones de ouvido, evitando barulhos inconvenientes;
- Não é permitido tirar fotos ou fazer filmagens durante internamento, assim como divulgar informações as quais eventualmente tiver acesso sobre os pacientes.

PERTENCES

- O PAM não se responsabiliza pela guarda ou extravio de pertences pessoais como: celular, cartão de crédito, joias, dinheiro, entre outros, sendo os mesmos de responsabilidade do paciente e/ou seu acompanhante;
- Pertences e documentos encontrados nas dependências da Unidade: O Serviço Social fará contato com familiares, orientando a efetuarem a retirada. Estes serão guardados pelo prazo de 60 DIAS, e depois terão destinação adequada (descarte/ doação). Para Informações sobre retirada de pertences e/ ou documentos entrar em contato nos telefones (45) 3196-3133 de Segunda a Sexta, em horário comercial

( ) Paciente inconsciente e desacompanhado. Declaro que não foi possível obter a assinatura do paciente devido suas condições clínicas. Com isso, na tentativa de respaldar o serviço, declaro que as informações estão disponíveis e assim que possível a família e o paciente serão instruídos.

Ass Recepcionista:_____

Toledo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Paciente	Assinatura do Responsável pelo Paciente
RG	RG

Obs: O atual termo será assinado pelo responsável pelo paciente, no caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO SETOR PRONTO SOCORRO/EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente:_____.

RG:_____. CPF_____

Responsável Legal: (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado, o termo deverá ser assinado pelo responsável legal)

_____

RG:_____. CPF_____.

Considerando o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217/2019) e a Lei 8.078/1990, referente ao Código de Defesa do Consumidor que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, com identificação supracitada, com _____ anos de idade na presente data, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo Dr.(a) _____, tendo em vista a minha condição de saúde ou do meu parente, que provavelmente serão necessárias intervenções e a internação.

Entendo que, durante o período de internação neste setor, poderão ser necessários vários procedimentos médicos, que pela característica da urgência/emergência da situação, poderão ser realizados a qualquer hora do dia ou da noite, muitas vezes sem tempo hábil para o devido contato prévio com o(s) responsável(véis) pelo paciente.

Os procedimentos que poderão ocorrer estão descritos abaixo, mas não se limitam aos mesmos.

13. Intubação traqueal, ventilação mecânica;
14. Instalação de sonda vesical de demora (na bexiga), passagem de sondas nasogástrica ou intestinal;
15. Cateterização de veias periféricas ou profundas ou cateterização de artérias;
16. Punção liquórica, suporte nutricional pelo tubo digestivo;
17. Drenagem de tórax (dreno no pulmão);
18. Sedação superficial ou profunda;
19. Transporte para setores do hospital para realização de exames;
20. Realização de exames de Tomografia (podendo ser necessário a utilização de contraste iodado);
21. Cardioversão elétrica.

Declaro, ainda, que a proposta de tratamento, seus riscos, benefícios e complicações potenciais me foram esclarecidas de forma adequada e satisfatória, tendo eu a oportunidade de fazer perguntas e quando as fiz, obtive respostas apropriadas. Entendo, no entanto, que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Por fim, informo que autorizo os procedimentos acima citados e qualquer outro exame ou tratamento que porventura venham ser necessários em função das mudanças do quadro clínico. Assim, concluo que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo a necessidade e riscos deste tratamento. Por tal razão, dou consentimento para que os procedimentos sejam realizados, caso sejam necessários.

Estou ciente que a medicina é uma ciência de meios e não fins, isto é, que se obriga a utilizar todos os meios disponíveis e indicados para manterem a minha saúde e minha vida, porém não garante resultados, já que cada indivíduo e cada situação envolvem grande número de variáveis e particularidades que se torna impossível prever o resultado final. Algumas complicações podem ser frequentes ou raras, mas outras podem ser completamente imprevisíveis.

Toledo, _____ de _____ de _____. Às _____ horas e _____minutos

_____

Assinatura do declarante

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, realizei ou solicitei que realizasse intervenções para melhorar a situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

_____

Assinatura/ Carimbo do Médico Responsável

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Eu, abaixo assinado, responsável pelo(a) paciente_____, autorizo a equipe do Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes- PAM a desenvolver as atividades necessárias para tratamento e proteção do meu ente, supra citado . O atendimento ocorre através de equipe multidisciplinar composta por médico, equipe de enfermagem, nutricionista e assistente social .

Eu e/ou meus familiares fomos orientados, de forma clara, que o(a) paciente deve obrigatoriamente ficar acompanhado(a), durante todo o período de internação, por familiar ou responsável maior de 18 anos durante as 24h do dia, incluindo qualquer deslocamento do quarto que este(a) venha a fazer, por indicação da equipe assistencial. No entanto, se o paciente precisar ser remanejado para sala de Suporte/ Emergência, não há a indicação e viabilidade da permanência de acompanhantes para os pacientes.

Recebemos a informação de que não há vagas para internamentos psiquiátricos no município de Toledo, pelo sistema público. Porém, todo paciente que necessite de internamento, são inseridos na Central Estadual de Regulação que é a responsável em organizar as vagas para internamento especializado em todo Estado, como ocorre com a Psiquiatria. Sendo uma central Estadual, a vaga para internação poderá sair em outros municípios fora de Toledo. Estamos cientes que as vagas para internações psiquiátricas são bastante concorridas.

A equipe nos esclareceu que não é necessário e nem permitido outros objetos, além de documentos, medicamentos de uso contínuo, roupas, material de higiene pessoal e chinelos.

Estamos cientes também, que poderão ocorrer, a critério da equipe, a verificação de pertences e a averiguação do ambiente terapêutico com finalidade de identificar objetos que possam trazer risco ao paciente, ao cuidador ou à equipe assistencial.

Estamos ciente que poderá ser necessário medidas terapêuticas como contenção física, mecânica e contenção química, para proteger o paciente e tornar o tratamento efetivo.

Fomos informados de que o paciente não poderá sob hipótese alguma, deixar as dependências do PAM, por conta própria, sem fins terapêuticos e sem acompanhamento da equipe. Caso isso ocorra, será caracterizado como evasão.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação da equipe é utilizar todos os meios conhecidos e disponíveis, no serviço, na busca da saúde do paciente. Estou ciente das regras da equipe do Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes e concordo em respeitá-las, cuidando para que meu familiar também as respeite.

Toledo, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Responsável pelo Paciente. Assinatura do Paciente

RG:

CPF:

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO IV

TERMO DE RESPONSABILIDADE AO ACOMPANHANTE DO PACIENTE IDOSO

Pelo presente Termo de Responsabilidade e Compromisso, eu,_____, portador(a) do RG n°_____,inscrito(a) no CPF sob o n°_____ e acompanhante/responsável do paciente_____declaro que fui orientado(a) a respeito do Art. 16 da Lei 10.741/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, onde é garantido o direito à acompanhante em tempo integral, quando a pessoa idosa se encontra internada ou em observação. Tenho ciência também, dos prováveis riscos que podem advir a um idoso(a) desacompanhado(a) e em tratamento de saúde.

Entretanto, declaro que tenho a necessidade de me ausentar por motivos de _____por um período de _____horas.

Este Termo de Responsabilidade e Compromisso é expressão da verdade e por ele respondo integralmente.

Toledo, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Responsável pelo Paciente.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

ANEXO V

TERMO DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO/INTERNAÇÃO (ALTA A PEDIDO)

Nome do paciente:_____
Carteira de identidade:_____
Responsável legal (No caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):_____
Carteira de identidade:_____

DISPOSIÇÕES GERAIS:

Artigo 1° - Interrupção do tratamento ou "Alta a Pedido" solicitado pelo paciente ou seu responsável legal representa o seu direito de recusar o atendimento ou procedimentos propostos e de deixar as dependências do hospital, após esclarecimentos das possíveis consequências e riscos de tal atitude.

Parágrafo primeiro- A interrupção do tratamento/internamento (Alta a Pedido) não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e soberano da autonomia do paciente/responsável legal, atendido e disposto nos termos de Consentimento e Direitos e Deveres.

Parágrafo segundo - O consentimento do Termo de alta a pedido, por parte do paciente/responsável legal, informa que a partir do momento em que o paciente deixar o Pronto Atendimento, transfere a responsabilidade das consequências deste ato, do médico, dos profissionais de saúde e da instituição para o paciente/responsável legal.

Artigo 2°. Cabe ao médico, com apoio da equipe multiprofissional, explicar em linguagem acessível ao paciente/ responsável legal, o diagnóstico, suas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e consequências da interrupção da assistência à saúde, especificando possíveis riscos e dados.

Artigo 3º - Alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a recorrer à Instituição

DECLARAÇÃO DO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL:
Fui devidamente informado e esclarecido quanto à situação de minha saúde e riscos perante a decisão de interromper meu tratamento/internação nesta Instituição, conforme acima registrado

Toledo, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Paciente	Assinatura do Responsável pelo Paciente

Obs: O atual termo será assinado pelo responsável pelo paciente, no caso de menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado.

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Documento: 28136/2024 - POLITICA DE CONSENTIMENTO.pdf
Data: 06/08/2024 10:00:37

Assinatura avançada realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23.

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49.

Assinatura avançada realizada por: JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:36.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 06/08/2024 10:00:37. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: JULIANA VENTURA LIMA em 06/08/2024 10:03:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 06/08/2024 10:00:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. JULIO CESAR FABRIS em 08/08/2024 13:55:37. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: cb2f5b56-214a-41df-af16-f1e5bb20bc71

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS PARA CEAPAC HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CASCAVEL

Encaminhamento do Cirurgião- Dentista da UBS para CEAPAC/ Cascavel

Consulta Especializada em Bucomaxilofacial:

Cirurgia ortognática e trauma facial

Opção no sistema: Cirurgião- dentista traumatologista bucomaxilofacial

Anexar a indicação cirúrgica do ortodontista ao encaminhamento da UBS

Consulta Médica em Atenção Especializada:

Fissura fenda palatina, lábio leporino/anomalia craniofacial em qualquer idade.

Opção no sistema: 1) CEAPAC Consulta em deformidade Dento facial
2) CEAPAC Consulta e fissurados Anomalia Cranio facial

Anotar a justificativa do encaminhamento e referência CEAPAC

Encaminhamento impresso referenciando para CEAPAC e com xerox dos documentos pessoais, cartão SUS, e comprovante de endereço.

Via malote para Central de Especialidades

Juciliane Angoneze Cesaro
Coordenadora de Saúde Bucal

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre
Dir. Dep da Rede de Atenção Primária em Saúde

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Secretária Municipal da Saúde

Orientações:

- Ao referenciar o encaminhamento para o CEAPAC é importante observar os procedimentos realizados pela instituição (relação abaixo);
- Adicionar informações relevantes sobre a necessidade de cada caso.

Relação de procedimentos realizados no HU- CEAPAC encaminhados via UBS:

- Consulta Especializada em Bucomaxilofacial (HU- CEAPAC) –
  1. Cirurgia ortognática:
     - O CEAPAC não oferece o tratamento ortodôntico para preparo cirúrgico, portanto o usuário deve realizar o tratamento ortodôntico na rede privada.
     - Para encaminhar para CEAPAC é necessário:
       - Indicação cirúrgica escrita do ortodontista.
       - Documentação ortodôntica completa (radiografias, fotografias e modelo de gesso).
       - Tratamento ortodôntico na etapa de planejamento (sem aparelho instalado) ou em andamento (com aparelho instalado). Observação: o importante é o paciente ter o vínculo com o ortodontista da rede privada, documentação ortodôntica completa e a indicação cirúrgica.
     - O usuário deve apresentar a indicação cirúrgica escrita e documentação ortodôntica completa na primeira consulta com o bucomaxilofacial no CEAPAC.
     - A cirurgia ortognática é realizada através de um planejamento entre o cirurgião bucomaxilofacial e ortodontista.

  2. Trauma facial:
     - Usuários que possuem contrarreferência do CEO.
     - Usuários com encaminhamento/solicitação médica (UPA, CISCOPAR, UBS)

- Consulta Médica em Atenção Especializada (HU- CEAPAC)
  1. Fissura fenda palatina e lábio leporino.
  2. Anomalia craniofacial qualquer idade.

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA SUS Sistema Único de Saúde

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS (DE 0 A 12 ANOS) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO

Toledo, agosto de 2024

Secretária de Saúde Rua: Carmelita Nodari, esq. Primo Fachini nº 132, Bairro Jardim Gisella – CEP: 85905-562 Toledo – Paraná – Brasil (45) 3196-3000.

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ESPECIAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO

AGOSTO/2024

1. APRESENTAÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Dessa forma, os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2015). Embora o leite materno seja o alimento mais adequado para recém-nascidos e crianças até os seis primeiros meses de vida, quando o aleitamento materno não é possível, faz-se necessário a utilização de substitutos, idealmente na forma de fórmulas infantis específicas, uma vez que o leite de vaca integral não é recomendado para crianças menores de 1 ano de idade.

As fórmulas infantis mais utilizadas no mercado têm como matéria-prima básica o leite de vaca, que não é apropriado para a alimentação do recém-nascido, necessitando de uma série de adaptações para se tornar mais digerível e absorvível. As principais modificações que podem ser feitas incluem a redução do teor de proteínas e eletrólitos, substituição de parte dos lipídios por óleo vegetal, adição de outros carboidratos como a maltodextrina e sacarose e adição de vitaminas e minerais.

Atualmente, estão disponíveis no mercado uma ampla variedade de fórmulas infantis, classificadas como fórmulas de partida, fórmulas de seguimento e fórmulas destinadas a necessidades nutricionais específicas. Estas diferem entre si quanto às suas indicações, fontes e teores de proteínas, carboidratos, lipídeos e micronutrientes. As fórmulas infantis de partida (do nascimento até seis meses de idade), as de seguimento (a partir dos 6 meses) e as fórmulas da primeira infância (para crianças de 1 a 3 anos) seguem as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Já os compostos lácteos (para as crianças maiores de 1 ano) e o leite de vaca integral, por sua vez, são regulamentados pelo MAPA (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento).

2. LEGISLAÇÃO RELACIONADA

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8.080 de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde, com ações de alimentação e nutrição devendo ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Das legislações vigentes a respeito do atendimento de saúde bem como atendimento nutricional, segue:

- **Art. 196 da Constituição Federal de 1988** – Preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- **Art. 197 da Constituição Federal de 1988** – determina que seja de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
- **Lei Federal 8080/90** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Conforme artigo 1° esta lei regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou

jurídicas de direito público ou privado. No seu artigo 6° inclui a execução de ações de vigilância nutricional e orientação alimentar como atribuições especificas do SUS.

- **Lei Federal 8.142/90** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e das outras providências.
- **Decreto n° 7508, de 28 de junho de 2011** - regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os entes tripartites, e dá outras providências. Em seu Art. 8° traz que: "O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de entrada no SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço".

3. OBJETIVO GERAL

Garantir a assistência nutricional aos usuários e normatizar a dispensação do fornecimento de fórmulas infantis e dietas especiais no Município de Toledo/PR.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

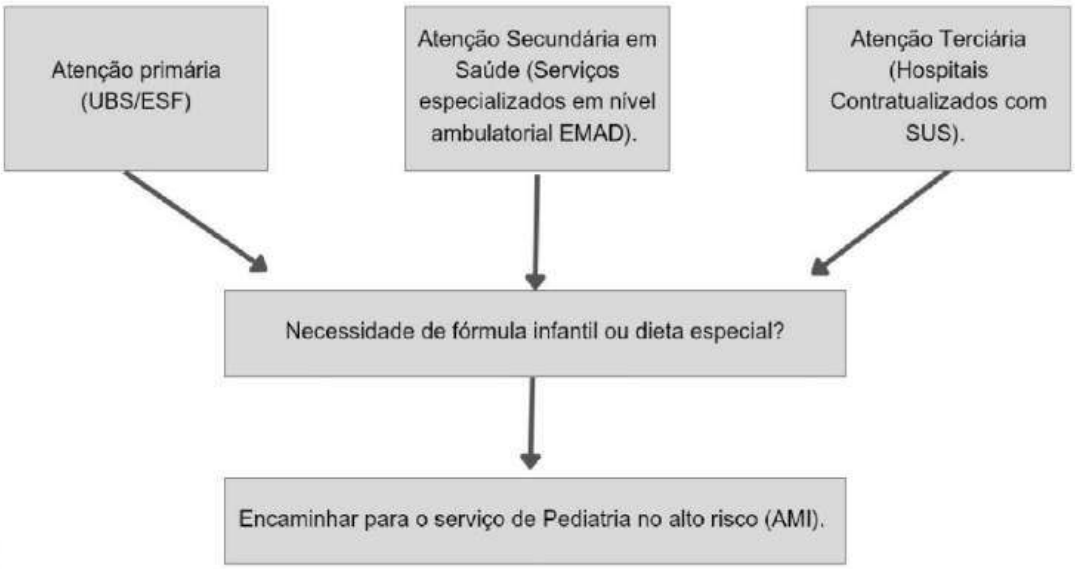
- Estabelecer um fluxo de prescrições de dietas especiais e fórmulas infantis com o objetivo de utilizá-las de forma responsável;
- Estabelecer critérios de inclusão e critérios clínicos para a dispensação de dietas especiais e fórmulas infantis voltadas a realidade do Município de Toledo/PR baseado em evidências científicas;

- Prestar assistência nutricional adequada para pacientes com necessidades alimentares especiais;
- Trabalhar em alinhamento com as diretrizes do Ministério da Saúde no que diz respeito ao cuidado no domicílio;
- Trabalhar em consonância com a Diretriz de Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (Organização da Atenção Nutricional), que preconiza a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;
- Realizar educação nutricional e orientações em saúde aos pacientes atendidos;
- Divulgar este Protocolo às equipes das Unidades Básicas de Saúde de Toledo/PR;
- Reduzir judicialização.

4. ALCANCE

Profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos.

5. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para requerer o direito ao benefício, o paciente deverá preencher os seguintes pré-requisitos:

- Ser residente em Toledo/PR;
- Possuir cartão SUS atualizado;
- Possuir cadastro atualizado na Unidade de Saúde da sua referência.

7. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA O RECEBIMENTO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ESPECIAIS

Para o recebimento das fórmulas, além do preenchimento dos critérios de inclusão, o paciente deverá preencher critérios clínicos. O fornecimento da fórmula não levará em conta a condição socioeconômica do paciente, seja ela momentânea ou definitiva, sendo determinante, unicamente, a presença de critérios clínicos.

7.1 CRITÉRIOS CLÍNICOS

- Pacientes com muito baixo peso para a idade (Z-score <-3);
- Pacientes com baixo peso para idade (Z-score entre -2 e -3), com persistência do quadro após adequação de aleitamento materno e acompanhamento em serviço especializado (AMI);
- Filhos de mães que morreram no parto ou puerpério;
- Pacientes com contraindicações absolutas ao aleitamento materno (item 7.2.1), sendo este comprovado por laudo e/ou diagnóstico médico;

- Pacientes com contraindicações relativas ao aleitamento materno (item 7.2.2), sendo este comprovado por laudo e/ou diagnóstico médico.

7.2 CONTRAINDICAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

As contraindicações ao aleitamento materno são divididas em contraindicações absolutas e relativas. Dentre as contraindicações relativas, algumas condições podem ser temporárias como a presença de lesões ativas em mama por doenças infectocontagiosas e uso temporário de algumas medicações proscritas durante o aleitamento, entre outras condições.

7.2.1 CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Doenças de transmissão vertical: HIV e HTLV 1/2;
- Mães em tratamento de neoplasia de mama e/ou uso de quimioterapia/radioterapia;
- Mães com exposição ocupacional a metais pesados (*e.g.*, cobre, cromo, alumínio, cádmio, arsênio, manganês, chumbo, mercúrio, entre outros);
- Mães com histórico de abuso de substâncias, sendo a avaliação da contraindicação conforme a substância;
- Recém-nascido com galactosemia.

7.2.2 CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Na presença de fissura e/ou lesão ativa em mama: Herpes Simples, Infecção por Varicela-Zoster, Hepatite B e Hepatite C;
- Doença de Chagas em fase aguda;

- Doenças infectocontagiosas na ausência de tratamento clínico: Hanseníase e Tuberculose;
- Psicose puerperal;
- Mães em uso de medicamentos contraindicados durante a lactação (Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-__Uso_Medicam_durante_Amament.pdf.

8. GUIA DE FÓRMULAS INFANTIS PARA CRIANÇAS EM RISCO NUTRICIONAL

As fórmulas infantis são destinadas a suprir as necessidades dietoterápicas específicas de lactentes, sendo sua composição alterada ou especialmente formulada para atender, por si só, às necessidades decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes.

As fórmulas infantis de partida e seguimento podem ser prescritas pela atenção primária. As demais fórmulas devem ser prescritas pelos profissionais do Ambulatório Materno Infantil (AMI) de Toledo.

8.1. FÓRMULAS INFANTIS DE PARTIDA E SEGUIMENTO

Esta classificação se baseia na faixa etária. De acordo com a idade, são recomendadas as seguintes fórmulas infantis:

8.1.1. Fórmula infantil de partida: para lactentes nascidos a termo até os 6 meses de vida;

8.1.2. Fórmula infantil de seguimento: para lactentes entre 6 e 12 meses de vida;

8.1.3. Fórmula infantil de seguimento para a primeira infância: indicada para crianças de 1 a 3 anos de idade.

8.1.4 Fórmula infantil hipercalórica para crianças menores de 01 ano de vida: Lactentes e crianças de primeira infância em risco nutricional ou desnutridos com necessidades calóricas aumentadas ou restrição de volume, como portadores de cardiopatias congênitas, fibrose cística, insuficiência respiratória, déficit pondero-estatural ou desaceleração de crescimento, em pré pós-operatório e aceitação oral insuficiente.

8.1.5 Fórmula infantil hipercalórica para crianças maiores de 01 ano de vida: crianças em risco nutricional, ou desnutridos com necessidades calóricas aumentadas ou restrição de volume, com déficit pondero-estatural ou desaceleração de crescimento, em pré pós-operatório e aceitação oral insuficiente ou em uso de gastrostomia para nutrição.

8.2. FÓRMULA INFANTIL PARA CRIANÇA COM INTOLERÂNCIA À LACTOSE

Trata-se de uma fórmula infantil especial à base de leite de vaca, óleos vegetais e que possui a maltodextrina como única fonte de carboidratos. Além disso, tipicamente é enriquecida com vitaminas, nucleotídeos, minerais, ferro e outros oligoelementos. A fórmula é indicada para crianças com até dois anos de idade.

A intolerância à lactose decorre da deficiência da enzima lactase intestinal, o que compromete a correta metabolização do carboidrato lactose. Por consequência,

há acúmulo da lactose no trato gastrointestinal com sua posterior metabolização em ácidos graxos de cadeia curta e gás hidrogênio por bactérias presentes no cólon, produzindo os sintomas da condição.

O diagnóstico é essencialmente clínico, devendo ser suspeitado em crianças que desenvolvem dor abdominal, flatulência, náusea, vômitos ou diarreia algumas horas após a ingesta de quantidade significativa de alimentos contendo lactose, com resolução do quadro após 5 a 7 dias da suspensão da alimentação com alimentos ricos no carboidrato. O diagnóstico pode ser apoiado pela realização de exames laboratoriais como o teste de tolerância à lactose e testes genéticos para a pesquisa de mutações no gene da lactase. O teste respiratório do hidrogênio expirado também pode ser utilizado.

8.3. FÓRMULAS INFANTIS PARA CRIANÇAS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é o tipo de alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína (proteína do coalho) e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina) (3,4). É muito raro o seu diagnóstico em indivíduos acima desta idade, visto que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca. (BRASIL, 2017).

O manejo das crianças com APLV baseia-se na exclusão das proteínas alergênicas da dieta, bem como na prescrição de dieta substitutiva que proporcione todos os nutrientes necessários até 6 meses de idade. A dietoterapia da APLV baseia-se na utilização de fórmulas à base de proteína de soja (FS), proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose (FEH) ou fórmula elementar a base de aminoácidos livres (FAA) (BRASIL, 2018).

A confirmação diagnóstica da APLV é realizada a partir a história clínica sugestiva, desaparecimento dos sintomas de 1 a 30 dias com dieta de exclusão da proteína do leite de vaca (fase de exclusão) e reaparecimento dos sintomas ao realizar o teste de provocação oral (TPO) (BRASIL,2017). Abaixo descrevem-se os critérios para fornecimento da fórmula para crianças com APLV:

- Diagnóstico de APLV;
- Crianças que apresentam alergias múltiplas (IgE mediada, ou IgE não mediada após teste de provocação oral com reação);
- Diagnóstico de Esofagite Eosinofílica.

8.3.1 FÓRMULAS INDICADAS PARA CRIANÇAS COM APLV MENORES QUE 6 MESES

1ª escolha: Fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) com ou sem lactose;

2ª escolha: Fórmula infantil elementar a base de aminoácidos (FAA).

8.3.2. FÓRMULAS INDICADAS PARA CRIANÇAS COM APLV MAIORES QUE 6 MESES

1ª Escolha: Fórmula infantil à base de proteína isolada de soja (FS), ou FEH com ou sem lactose;

2ª Escolha: Fórmula infantil à base de aminoácidos (FAA).

8.4 FÓRMULAS INFANTIS EXTENSAMENTE HIDROLISADAS (FEH)

Tratam-se de fórmulas baseadas na hidrólise das proteínas do leite de vaca, resultando em um composto com aminoácidos de cadeias curtas, tornando-o menos propenso à indução de resposta imunológica em crianças suscetíveis. São

indicadas para a maioria dos lactentes com proctocolite induzida por proteína alimentar ou alergia ao leite de vaca mediada por IgE. Em relação a sua composição, a maioria é isenta de lactose e apresenta um componente de triglicerídeos de cadeia média (TCM), que pode ser útil em casos de má absorção de gorduras. Estão disponíveis no mercado com ou sem a presença de lactose e também na formulação hipercalórica.

8.5 FÓRMULAS À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES (FAA)

Fórmulas infantis produzidas a base de aminoácidos livres são indicadas para pacientes com alergia grave à proteína do leite de vaca ou alergias alimentares múltiplas, incluindo alguns casos de esofagite eosinofílica. As FAA também podem ser utilizadas por indivíduos com síndrome do intestino curto em caso de indisponibilidade do leite humano, uma vez que crianças portadoras dessa condição são propensos a alergias alimentares. Podem ser encontradas em formulações com ou sem lactose e também podem conter triglicerídeos de cadeia média (TCM).

8.6 FÓRMULA INFANTIL ANTI REGURGITAÇÃO

Tratam-se de fórmulas anti refluxo, que são acrescidas de espessantes. Podendo ser pré-engrossadas e tornando-se gelatinosas em contato com o ácido do estômago do bebê – indicadas nos casos de imaturidade do esfíncter esofágico. E fórmulas que tornam-se gelatinosas/espessas na mamadeira, indicadas para crianças com distúrbios de deglutição e disfagia.

Tabela 1 – Fórmulas Infantis disponíveis no município de Toledo e suas indicações.

FÓRMULAS	INDICAÇÕES
Fórmula de partida (1º semestre)	Menores de 6 meses de idade que preencham os critérios de inclusão e pelo menos um critério clínico
Fórmula de seguimento (2º semestre)	Entre 6 e 12 meses de idade que preencham os critérios de

	inclusão e pelo menos um critério clínico
Fórmula de seguimento primeira infância (1 a 3 anos)	Crianças entre 1 e 3 anos de idade que preencham os critérios de inclusão e pelo menos um critério clínico
Fórmula hipercalórica (<1 ano)	Crianças com < 1 ano de idade, com baixo peso e que preenchem os critérios de inclusão.
Fórmula hipercalórica (>1 ano)	Crianças com > 1 ano de idade, com baixo peso e que preenchem os critérios de inclusão
Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH) com lactose	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Possuir intolerância gastrointestinal (e.g., APLV*); • Não possuir intolerância à lactose.
Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH) sem lactose	• Preencher critérios de inclusão e pelo menos um critério clínico; • Possuir intolerância gastrointestinal; • Possuir intolerância à lactose.
Fórmula para intolerância à lactose	• Preencher critérios de inclusão e pelo menos um critério clínico; • Possuir intolerância à lactose.
Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH) Hipercalórica	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Possuir intolerância gastrointestinal (e.g., APLV); • Possuir baixo peso corporal para a faixa etária.
Fórmula de Aminoácidos Livres (FAA) <1 ano	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Crianças menores de 1 ano de idade; • Possuir intolerância gastrointestinal (e.g., APLV*).
Fórmula de Aminoácidos Livres (FAA) >1 ano	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Crianças maiores de 1 ano de idade; • Possuir intolerância gastrointestinal (e.g., APLV*).
Fórmula a Base de Soja para 2º Semestre	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Crianças com idade entre 6 meses e 12 meses; • Possuir APLV.
Composto Lácteo a base de Soja (>1 ano)	• Preencher critérios de inclusão e, pelo menos, um critério clínico; • Possuir >1 ano de idade; • Possuir APLV.
Fórmula infantil Anti-Regurgitação	• Crianças com refluxo e fazem broncoaspiração • Crianças com refluxo, distúrbio da deglutição e disfagia

*Em casos de crianças com APLV e maiores de 6 meses de idade, dar preferência, se possível, ao uso da fórmula à base de leite de soja.

9. TABELA QUANTITATIVA PARA DISPENSAÇÃO MENSAL DE FÓRMULAS ALIMENTARES PARA LACTENTES E CRIANÇAS

Tabela 2 - Quantitativo mensal mínimo sugerido de fórmulas nutricionais para fins específicos por idade, em latas.

Idade (meses)	Fórmulas infantis à base de proteína de soja (FS)	Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH)	Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres (FAA)
0 a 3	-	9 latas	9 latas
3 a 6	-	10 latas	10 latas
6 a 9	8 latas	8 latas	8 latas
9 a 12	7 latas	7 latas	7 latas
12 a 24	6 latas	6 latas	6 latas

Fonte: CGAN/DEPROS/SAPS/MS. Brasília, 2020.

Notas: Considera-se uma lata como equivalente a 400 gramas de fórmula.

[a] Para lactentes de 0 a 6 meses, o cálculo foi baseado para atingir 100% da necessidade energética nestas faixas etárias, em valores médios estimados, a partir de valores de referência para sexo e idade (IOM, 2002).

[b] Para lactentes de 6 a 9 meses e de 9 a 12 meses, o cálculo de requerimento de fórmula infantil foi baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com o percentual médio de calorias proveniente do leite materno no período concomitante com a introdução da alimentação complementar. Desta forma, calculou-se que a fórmula infantil deve atender 70% e 50% das necessidades energéticas aos 6-9 meses e 9-12 meses, respectivamente (IOM, 2002). Referência: *WHO, 2009. Infant and young child feeding: model chapater for textbooks for medical students and allied health professionals.*

[c] Para crianças entre 12 e 24 meses, o cálculo foi baseado para atender um terço das necessidades energéticas do período, de acordo com as recomendações da OMS.

10. PERÍODO DE MANUTENÇÃO E RENOVAÇÃO DAS RECEITAS

O Fornecimento das fórmulas será mensal, com validade do receituário por 3 meses com acompanhamento no AMI. A entrega das fórmulas será na Farmácia “Adair Luiz Kicher”.

11. MODELO DE RECEITA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

Fórmulas:
Fórmula extensamente hidrolisada com lactose
Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose
Fórmula extensamente hidrolisada hipercalórica
Fórmula de amino ácidos para crianças menores de 1 ano
Fórmula de soja(mais de 6 meses)
Composto lácteo a base de soja(para maiores de 1 ano)
Fórmula de Aminoácidos
Fórmulas com proteína intacta:
Fórmula de partida menor de 6 meses
Fórmula de seguimento(ente 6 meses a 1 ano)
Fórmula hipercalórica(maior de 1 ano)
Fórmula hipercalórica (menor de 1 ano)
Fórmula anti-regurgitação

QUANTIDADE DE LATAS/MENSAL
POSOLOGIA: MEDIDA EM ML PORÇÕES DIÁRIAS

DATA
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 21, de 13 de maio de 2015.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 45, de 19 de setembro de 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de alimentação e Nutrição. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Fórmulas Nutricionais para crianças com alergia a proteína do leite de vaca. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar- Brasília: Ministério da Saúde, 2015 (Cadernos de Atenção Básica, nº 23)
6. BRASIL.Ministério da Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias – 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
7. SANTA CATARINA, Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Dispensação de Fórmulas Infantis, Suplementos Nutricionais e Dietas Enterais. Criciúma: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.
8. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Dispensação das Fórmulas Nutricionais Especiais. Comissão Intergestores Bipartite/RS.Resolução n 216/14 – CIB/RS.

9. PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Fórmulas Infantis e Dietas Especiais: Cascavel: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.
10. Physiological development of the infant and its implications for complementary feeding. Bull World Health Organ. 1989;67 Suppl(Suppl):55-67. PMID: 20604470; PMCID: PMC2491195.

12. FORMULAÇÃO DO DOCUMENTO

12.1. João Carlos Pegoraro de Almeida.

12.2. Luis Gustavo Pagliarin.

12.3. Luis Fernando Rafalski Pereira.

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Nº 005 de 12 de agosto de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência;

Considerando a Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, que cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente;

Considerando o Código Penal Art. 217-A, que define Estupro de Vulnerável como ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos;

Considerando a definição de conjunção carnal como "a introdução completa ou incompleta do pênis na vagina" e outros atos libidinosos como qualquer atentado violento ao pudor ou ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiros;

Considerando que não existe justificativa legal de consentimento para prática de ato sexual com menor de 14 anos completos e que é irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente;

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a comunicação oficial ao Conselho Tutelar de TODOS os casos, atendidos pelos serviços de saúde, que caracterizem estupro de vulnerável, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

§ 1º - Independentemente da idade do agente (menor de idade ou não), se é um relacionamento/ato "consentido" pelo menor ou pelos pais/responsáveis ou quanto tempo transcorreu do fato (no dia, meses ou anos).

Art. 2º Que nos casos de gestação de adolescente com 14 anos completos, seja verificada a data de inicio da gestação e caso o ato sexual tenha ocorrido quando a paciente possuía 14 anos incompletos o caso seja comunicado oficialmente ao Conselho Tutelar;

§ 1º - O profissional deverá fazer um ofício comunicando ao Conselho Tutelar que prestou atendimento à adolescente a qual teve inicio de gestação, ou seja, praticou relação sexual enquanto possuía 14 anos incompletos, tratando-se, portanto, de caso de estupro de vulnerável conforme o código penal.

Art. 3º Que nos casos em que há violência sexual o profissional deve seguir os demais atendimentos conforme o Fluxo para Atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, atentando-se para a urgência de intervenção quando o caso tiver ocorrido nas últimas 72h.

Art. 4º Registrar no prontuário do paciente os encaminhamentos realizados, bem como todas as informações necessárias sobre o caso.

Art. 5º Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 12 de agosto de 2022.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Nº 005 de 12 de agosto de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência;

Considerando a Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, que cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente;

Considerando o Código Penal Art. 217-A, que define Estupro de Vulnerável como ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos;

Considerando a definição de conjunção carnal como "a introdução completa ou incompleta do pênis na vagina" e outros atos libidinosos como qualquer atentado violento ao pudor ou ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiros;

Considerando que não existe justificativa legal de consentimento para prática de ato sexual com menor de 14 anos completos e que é irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente;

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a comunicação oficial ao Conselho Tutelar de TODOS os casos, atendidos pelos serviços de saúde, que caracterizem estupro de vulnerável, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

§ 1º - Independentemente da idade do agente (menor de idade ou não), se é um relacionamento/ato "consentido" pelo menor ou pelos pais/responsáveis ou quanto tempo transcorreu do fato (no dia, meses ou anos).

Art. 2º Que nos casos de gestação de adolescente com 14 anos completos, seja verificada a data de inicio da gestação e caso o ato sexual tenha ocorrido quando a paciente possuía 14 anos incompletos o caso seja comunicado oficialmente ao Conselho Tutelar;

§ 1º - O profissional deverá fazer um ofício comunicando ao Conselho Tutelar que prestou atendimento à adolescente a qual teve inicio de gestação, ou seja, praticou relação sexual enquanto possuía 14 anos incompletos, tratando-se, portanto, de caso de estupro de vulnerável conforme o código penal.

Art. 3º Que nos casos em que há violência sexual o profissional deve seguir os demais atendimentos conforme o Fluxo para Atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, atentando-se para a urgência de intervenção quando o caso tiver ocorrido nas últimas 72h.

Art. 4º Registrar no prontuário do paciente os encaminhamentos realizados, bem como todas as informações necessárias sobre o caso.

Art. 5º Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 12 de agosto de 2022.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N° 001 de 23 de fevereiro de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando a **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a **Política Nacional de Humanização (PNH)** do Ministério da Saúde (2013), busca melhorar os atendimentos oferecidos nos serviços de Saúde, sendo o acolhimento uma das diretrizes do PNH.

Considerando a **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** do Ministério da Saúde (2019), que regulamenta todos os serviços e procedimentos que devem ser ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive os relativos a atendimento à demanda espontânea com avaliação de risco.

Considerando ainda que o **Caderno de Atenção Básica nº28 (2013)** do Ministério da Saúde, traz a reorganização do processo de trabalho e o acolhimento à demanda espontânea na atenção básica.

Considerando que a APS é a porta preferencial de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde e que a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica.

Dessa forma, as Unidades de Saúde devem acolher todos os indivíduos que procurarem por demanda espontânea e oportunizar mediante as suas necessidades que todos sejam atendidos dentro das prioridades e classificação de risco.

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o atendimento relacionado ao acolhimento de demanda espontânea nas Unidades de Saúde (EAP, ESF).

Art. 2º Fica estabelecido que todas as unidades de saúde realizarão acolhimento de todos os pacientes que procurarem atendimento no dia.

Art. 3º Fica estabelecido que o acolhimento será embasado no Caderno de Atenção Básica n.º 28 de Acolhimento à demanda espontânea.

Art. 4° Fica estabelecido que o acolhimento ocorrerá através de uma escuta qualificada realizada por profissionais da equipe de saúde, atendendo a demanda/queixa ao chegar na unidade, identificando sua necessidade, a fim de orientar, priorizar e decidir sobre os devidos problemas encontrados e seus encaminhamentos.

Art. 5º Fica estabelecido que ao chegar à Unidade de Saúde, o primeiro contato do usuário será na porta da unidade (ACS, Técnico de Enfermagem ou Recepção), sendo identificado pelo nome, aumentando assim o fortalecimento do vínculo, adotando os seguintes procedimentos:

a) Solicitação de documentos (RG, CPF, CNS, ou outro documento com foto);

b) Comprovante de endereço físico ou digitalmente (últimos 3 meses);

c) Orientar aguardar para acolhimento, conforme o fluxo da unidade;

d) Encaminhar para demais procedimentos (sala de vacina, injetáveis, curativo, farmácia, agendamentos de exames ou outros procedimentos da recepção);

Art.° 6 Fica estabelecido minimamente os seguintes passos no acolhimento:

1. Acolher os usuários que aguardam na fila, tratando-os com serenidade e respeito;
2. Encaminhar ao acolhimento os usuários que relatarem sinais e sintomas para avaliação;
3. Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
4. Atualizar cadastros dos usuários via sistema, se necessário;
5. Referenciar o paciente para atendimento médico ou de enfermeiro;

Art. 7° Ficam estabelecidas as atribuições dos profissionais da equipe de saúde:

Caberá ao agente comunitário de saúde:

1. Fazer a recepção do paciente na unidade de saúde, solicitar o documento com foto, endereço atualizado (últimos 3 meses) e cartão sus;
2. Verificar qual a sua demanda e encaminhar ao setor específico da procura do paciente na unidade;
3. Em caso de queixas/sinais/sintomas, encaminhar ao acolhimento;
4. Em caso de informações, fazer a devida orientação, se não souber, não mandar o paciente embora, procurar quem saiba responder à questão e informar ao paciente.

Caberá ao assistente administrativo:

1. Atender as demandas administrativas de encaminhamentos de consultas, exames, agendamento, cadastramento, renovação de cartão SUS e demais demandas que possam surgir, de modo cordial, ouvindo atentamente à solicitação do paciente;
2. Realizar os devidos registros dos encaminhamentos e orientações realizadas;
3. Quando o paciente procurar a unidade apresentando queixas/sinais/sintomas, jamais encaminhar o paciente aos serviços de urgência ou para casa sem avaliação da equipe de enfermagem.

Caberá ao auxiliar/ técnico de enfermagem e/ou enfermeiro:

1. Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
3. Verificar sinais vitais pertinentes a queixa do paciente;
4. Referenciar o paciente para atendimento do profissional de acordo com sua necessidade clínica, direcionando ao profissional enfermeiro os itens contidos no Art. 8º desta normativa;
5. Quando houver dúvidas em relação a condição clínica do paciente solicitar avaliação conjunta do enfermeiro.

Caberá ao enfermeiro:

1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
2. Atender os pacientes encaminhados para consulta de enfermagem;
3. Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento médico e outros serviços;

Caberá ao médico:

1. Auxiliar no processo de acolhimento;
2. Atender os pacientes encaminhados para consulta médica preferencialmente da sua área de abrangência, mas em caso de necessidade identificada no acolhimento, deverá atender paciente das demais áreas;
4. Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços;

Art. 8° Ficam estabelecidas as seguintes demandas que serão encaminhadas para consulta com enfermeiro:

a) Sinais e sintomas clínicos relacionados aos pacientes com condições crônicas (Diabéticos e hipertensos);

b) Mordedura de animais;

c) Saúde mental (leve);

d) Comunicação de más notícias;

e) Violências e maus-tratos;

f) Situações administrativas (Exemplos: Liberação SISCAN, Exames GAL, Microbio, 2º Via Preventivo, Oxigenoterapia, Solicitação de Visita domiciliar);

g) Solicitação de mamografia;

h) Coleta de citopatológico;

i) Queixas ginecológicas;

j) Queixas de IST's;

k) Testes rápidos;

l) Gestantes;

m) Usuários hiperutilizadores;

Art. 9º Reforçamos a orientação que os profissionais atuantes em nossas unidades de saúde devem comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou médico quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, em situação de urgência/emergência (conforme normativa n.º 07/2022);

Art. 10° Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 23 de fevereiro de 2023.

TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora do Departamento da
Rede de Atenção Primária em Saúde
Portaria nº 594/2022 de 04/11/2022

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde
Portaria nº 15/2021 de 01/01/2021

DIANE MICHELY CASSARO
Diretora Geral da Secretaria de Saúde

Assinaturas

Documento: 5849/2023 - NORMATIVA 01-2023 ACOLHIMENTO última versão.pdf.pdf
Data: 23/02/2023 17:55:38 Situação: Pendente de assinatura

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por TATIANE VEIGA RODRIGUES na data 23/02/2023 17:56.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/5849/2023

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 23/02/2023 18:08.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/5849/2023

O documento foi assinado por DIANE MICHELY CASSARO na data 23/02/2023 18:09.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/5849/2023

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Nº 006 de 19 de agosto de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) atuando como recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Considerando que a auriculoterapia constitui uma parte importante da Medicina Tradicional Chinesa, sendo atualmente um ramo na especialidade da Acupuntura, e foi oficializada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma terapia de microssistema.

Considerando a auriculoterapia como técnica de estimulação mecânica de pontos específicos do pavilhão auricular, geralmente por meio do uso de sementes vegetais esféricas e cristais aderidos à pele.

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a prática de auriculoterapia na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Toledo.

Art. 2º A padronização do atendimento se dará de acordo com cada categoria profissional.

§ 1º - Odontólogo: a prática deverá ser realizada durante o atendimento habitual (paciente agendado para tratamento odontológico), como complemento, de acordo com as características e queixas odontológicas do paciente. No caso de atendimento voltado aos servidores da própria unidade, este pode se dar no momento em que a sala estiver ociosa, não interferindo na rotina e demanda do setor.

§ 2º - Enfermeiro: a prática deverá ser realizada durante o atendimento habitual, de acordo com as características e queixas do paciente. O profissional poderá

disponibilizar para agendamento um horário de demanda por dia, preferencialmente no final do período.

§ 3º - Médico: a prática deverá ser realizada durante o atendimento habitual, de acordo com as características e queixas do paciente.

§ 4º - Equipe multidisciplinar: a prática deverá ser realizada durante o atendimento habitual, de acordo com as características e queixas do paciente.

Art. 3º. A auriculoterapia deverá ser implementada de forma complementar durante a assistência ao paciente, não podendo causar prejuízo aos programas e demais serviços da unidade.

Art. 4º O Registro de atendimento deve ser realizado no prontuário do paciente, como consulta e como procedimento ambulatorial, sendo registrado o procedimento realizado como sessão de auriculoterapia, onde deve constar na observação em cada atendimento prestado, as queixas relatadas, o número de sessões, bem como todas as informações necessárias sobre o caso.
Obs. No caso dos odontólogos deve-se registrar o procedimento dentro do módulo da odontologia.

Art. 5º Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 19 de agosto de 2022.

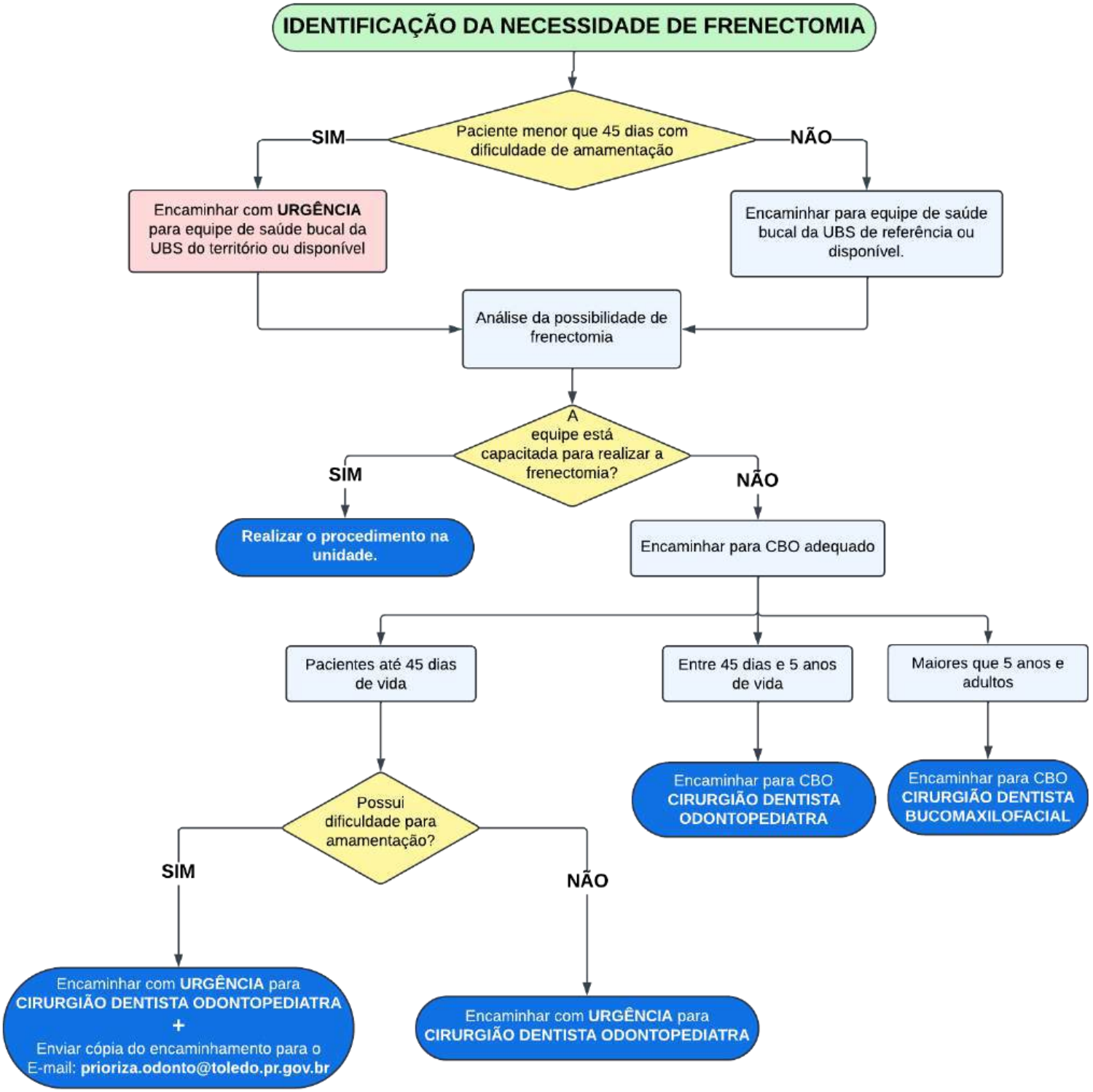
Gabriela A. Kucharski Ravache
Secretária da Saúde
Portaria nº 15, de 01/01/2021

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO

SUS

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS PARA FRENECTOMIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO PARANÁ



FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA FRENECTOMIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO:

Introdução:

O presente fluxograma tem como objetivo guiar profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de avaliação e encaminhamento de pacientes para frenectomia lingual no Município de Toledo. A frenectomia é um procedimento cirúrgico simples que visa corrigir a frênulo lingual, uma membrana fina que conecta a língua ao assoalho da boca. Quando essa membrana é muito curta ou espessa, pode causar dificuldades na fala, na mastigação, na deglutição e, principalmente, na amamentação.

Público-alvo:

Este fluxograma destina-se a profissionais de saúde da APS, incluindo médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, dentistas e outros profissionais da área da saúde.

Objetivo:

Facilitar a avaliação e encaminhamento de pacientes com indicação de frenectomia lingual, garantindo um atendimento rápido e eficaz, com foco na qualidade e na segurança do paciente.

Abrangência:

O fluxograma abrange todo o processo de atendimento ao paciente com necessidade de frenectomia lingual, desde a identificação da necessidade até o encaminhamento para o profissional especializado.

Aplicação:

Este fluxograma deve ser utilizado como ferramenta de apoio na tomada de decisão pelos profissionais de saúde da APS, considerando as características individuais de cada paciente.

Vantagens:

- Simplificação do processo de atendimento;
- Redução do tempo de espera para o paciente;
- Maior qualidade e segurança no atendimento;
- Melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde;
- Promoção da equidade no acesso ao serviço de frenectomia lingual.

DESCRIÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS PARA FRENECTOMIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO PARANÁ

1. **Identificação da necessidade de frenectomia:**
   - O profissional de saúde da APS deve avaliar se o paciente apresenta as indicações para frenectomia lingual.

2. **Análise de pacientes menores de 45 dias com dificuldade de amamentação:**
   - Se o paciente for menor de 45 dias e apresentar dificuldade de amamentação, deve ser encaminhado com urgência para a equipe de saúde bucal da UBS do território ou disponível.
   - Se o paciente não apresentar dificuldade de amamentação, deve ser encaminhado para a equipe de saúde bucal da UBS de referência ou disponível.

3. **Análise da possibilidade de frenectomia na própria unidade:**
   - Se a equipe de saúde bucal da UBS estiver capacitada para realizar a frenectomia, o procedimento deve ser realizado na própria unidade.
   - Se a equipe não estiver capacitada, o paciente deve ser encaminhado para o CBO adequado, de acordo com a faixa etária:
     - Pacientes até 45 dias de vida:
       - Se o paciente apresentar dificuldade de amamentação, deve ser encaminhado com urgência para o CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOPEDIATRA. Uma cópia do encaminhamento deve ser enviada para o e-mail prioriza.odonto@toledo.pr.gov.br.
       - Se o paciente não apresentar dificuldade de amamentação, deve ser encaminhado com urgência para o CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOPEDIATRA.
     - Pacientes entre 45 dias e 5 anos de vida: devem ser encaminhados para o CBO CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOPEDIATRA.
     - Pacientes maiores de 5 anos e adultos: devem ser encaminhados para o CBO CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL.

OBSERVAÇÃO: Todo encaminhamento **DEVE** ser preenchido adequadamente com motivo e justificativa. É essencial preencher de forma completa e correta para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde.

2º PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS COMPONENTES DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP DO PRONTO ATENDIMENTO 24 H DR JORGE MILTON NUNES DA SILVA – PAM 24 H.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – RDC n°. 36/2013

OBJETIVO

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSP nos estabelecimentos de saúde. Minimizar e investigas qualquer incidente relacionado a assistência bem como eventos adversos (EA), notificando todos os casos.

COMPOSIÇÃO

Composto por equipe multidisciplinar do PAM 24 H:

- Enfermeira Jéssica Medrado (fixo do NSP)
- Enfermeira coordenadora Jéssica Rosin
- Enfermeira Josiane Ribeiro (CCIH)
- Enfermeira Édna de Almeida (CME)
- Farmacêutico Fernando Fóvis
- Médico Coordenador Dr Julio Fábris
- Nutricionista Jocelaine Dall'Agnol

REUNIÕES

A realização de reuniões do NSP serão regulares e em conformidade com as reuniões da CCIH ou sempre que necessário e convocado pela coordenação do NSP. Para um resultado satisfatório, será discutido em todas as reuniões e registrado em ata:

- Qualquer inadequação em prontuários através de revisão de todos (principalmente pacientes com prescrições de medicação de alta vigilância);
- Análise de Óbitos dentro do PAM;
- Normas e rotinas de Farmácia e Terapêutica (quanto a uso de antimicrobianos, aprazamento, prescrição médica, etc.);
- Gerenciamento de Riscos;
- Apresentação do número de EA no período

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Qualidade e Segurança do Paciente;
- Regulamentações sobre Qualidade e Segurança do Paciente;
- Princípios Básicos em Segurança do Paciente;
- Tipos de EA Relacionados à Assistência à Saúde;
- Protocolos de Segurança do Paciente;

- Indicadores de Segurança do Paciente;
- Estratégias para a Melhoria da Qualidade e Segurança;
- Cultura de Segurança;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Plano de Segurança do Paciente;
- Gestão de Riscos;
- Sistema de Notificação de Incidentes;
- Investigação do incidente;
- Análise de Causa raiz;
- Análises dos Modos de Falha.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo MS;
- Identificação do paciente;
- Higiene das mãos;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de UPP;
- Prevenção e controle de EA em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Promoção do ambiente seguro.

ETAPAS DE ELABORAÇÃO DO PSP

- Planejamento (diagnosticar e definir um planejamento);
- Execução (treinamento de pessoas, executar e documentar as ações);
- Avaliação (discussão de resultados e avaliar necessidade de ações corretivas);
- Revisão (revisão todo conteúdo sempre que houver necessidade);
- Tratamento (determinadas ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir os riscos);
- Comunicação do risco (utilizar todos os meios de difusão de informações do PAM).

CULTURA DE SEGURANÇA

De acordo com a Portaria n°. 529/2013, a cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

- Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o Aprendizado organizacional;
- Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

NOTIFICAÇÃO

Todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os EA ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados ao SNVS, de acordo com a RDC nº. 36/2013. A notificação deve ser feita pelo enfermeiro de plantão ou enfermeiro da CCIH e/ou do NSP.

INCIDENTE

- ***Near miss*:** Incidente que não atingiu o paciente;
- **Incidente sem dano:** Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano;
- **Incidente com dano:** Incidente que resultou em dano ao paciente (Evento Adverso)

FATORES DE RISCO

TIPOS DE FATORES	FATORES CONTRIBUINTES	EXEMPLOS DE PROBLEMAS QUE CONTRIBUEM PARA OS ERROS
Institucional	-Econômico e regulatório -Gestão de serviço local	-Políticas inconsistentes -Problemas financeiros
Organização e gestão	-Estrutura organizacional -Políticas de metas e padronizações -Cultura de segurança e prioridades	-Falta de sensibilização para as questões de segurança por parte da alta direção
Ambiente de trabalho	-Quantidade de funcionários e capacitação -Disponibilidade de manutenção de equipamentos -Suporte administrativo e gerencial	-Alta carga de trabalho -Dificuldade de obtenção de equipamento essencial -Redução de tempo dedicado ao paciente
Equipe	-Comunicação verbal e escrita -Estrutura da equipe (consistência e liderança) -Supervisão e coordenação	-Má comunicação entre os profissionais -Falta de supervisão
Individuais/ Assistencial	-Conhecimentos e habilidades -Motivação e atitude Saúde física e mental	-Falta de conhecimento ou experiência -Fadiga e estresse
Atividade	-Desenho do serviço e clareza da estrutura -Disponibilidade e uso de protocolos -Disponibilidade e acurácia dos exames diagnósticos	-Indisponibilidade de resultados de exames ou demora em sua obtenção -Falta de protocolos e diretrizes claras
Paciente	-Condição clínica -Linguagem e comunicação	-Paciente estressado -Barreiras de linguagem

	-Personalidade e fatores sociais	-Problemas de comunicação

REFERÊNCIAS

Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2016.

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO, REVISÃO E APROVAÇÃO

Elaborado: Daniele Sales Lucena
Revisado por: Jéssica Paola Tozati Medrado
Vigência: Até 31 de julho de 2024

HISTÓRICO

VERSÃO: 02

DATA DE REVISÃO ; 22/07/2022 **DATA DA APROVAÇÃO:** _____

APROVADO POR:

NSP:_____.

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM: _____.

DIREÇÃO: _____.

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR JORGE MILTON NUNES - PAM

IMPRESSORA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

TOLEDO, MARÇO DE 2023

JUSTIFICATIVA

A primeira meta mundial de segurança do paciente, segundo a Organização Mundial de Saúde, é a identificação correta do paciente, objetivando: *“Identificar, com segurança, o paciente como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço e/ou procedimento”*

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Conforme o manual de segurança do paciente do ministério da saúde: *“A identificação deverá ser realizada em todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado”.*

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

A Unidade de Pronto atendimento Municipal - PAM 24 horas, atende na triagem em média 5.520 pacientes por mês, média diária de 184, com média de 10 pacientes internados/dia, realizamos diversos procedimentos invasivos que se faz necessário a confirmação da identificação do paciente antes de sua realização.

Atualmente identificamos apenas os pacientes que estão na sala de suporte ou na observação, com pulseira branca, com dados escritos a mão, os demais, que estão recebendo medicações diversas e em consulta, não são identificados, apenas classificados conforme seu risco.

IMPRESSORA DE PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO

A utilização de impressoras que imprimem a pulseira de identificação do paciente já é uma realizada muito comum em diversas instituições, possibilita que os dados do paciente sejam impressos de forma rápida, segura, legível e fidedigna, possibilitando ainda, ampliar a cobertura de pacientes identificados.

Existem diversos modelos no mercado, muitas empresas trabalham no formato comodato, fornecendo a impressora sem custo ao adquirir suas pulseiras, o sistema de algumas é próprio, e de outras pode ser vinculado ao sistema da instituição, não ocasionando problemas de compatibilidade com o sistema do município.

Tendo em vista a nossa média de atendimentos, precisaríamos de 02 impressoras, uma na recepção/triagem e outra na sala de suporte, e aproximadamente 5.600 pulseiras/mês, 67.200 pulseiras/ano.

Isto possibilitaria a identificação do paciente na entrada no serviço, trazendo mais segurança, do início ao fim do seu atendimento.

Exemplo de modelos:







INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N° 001 de 18 de julho de 2024.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o § 1º, incisos I e II do Art. 59 da Lei Orgânica do Município,

Considerando a Portaria MS 1.082, de 23 de maio de 2014 que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI), e estabelece no "Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde".

Considerando a Portaria MS nº 1.083, de 23 de maio de 2014, que institui o incentivo financeiro para custeio das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

Considerando a Portaria nº 770, de 27 de março de 2018, que habilita o Município de Toledo (PR) a receber o Incentivo para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei.

Considerando que o POM é um documento que estabelece as diretrizes das ações de saúde do município para com os adolescentes em regime de internação e semiliberdade, descrevendo os compromissos na provisão dos cuidados a estes adolescentes em regime de internação no Município de Toledo na Unidade Socioeducativa de internação – CENSE e Unidade de Semiliberdade. Considerando que o POM no município de Toledo/PR está aprovado e vigente até o ano de 2026.

Considerando a Portaria nº 493, de 02 de junho de 2020, que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º Padronizar o registro do procedimento ***"Atendimento de Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas"*** (código: 03.01.01.029-3);

Inserido por TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em: 18/07/2024 11:18:43. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 18/07/2024 11:59:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 18/07/2024 14:58:15. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: bf709508-3f01-403a-b396-d47a1da2b662

Art. 2º Determina-se que o procedimento ***"Atendimento de Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas"*** deverá ser registrado em todos os atendimentos realizados por Médico, Enfermeiro, Odontólogo e Psicólogo a adolescente em regime de internação na Unidade Socioeducativa de internação – CENSE e Unidade de Semiliberdade no Município de Toledo.

Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor a partir de sua publicação.

Toledo, 18 de julho de 2024.

(Assinado digitalmente)
ELOI ITALO GROELER
Secretário Municipal da Saúde designado
Portaria nº 422/2024 de 12/07/2024

(Assinado digitalmente)
TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora do Departamento da
Rede de Atenção Primária em Saúde
Portaria nº 594/2022 de 04/11/2022

Inserido por TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em: 18/07/2024 11:18:43. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 18/07/2024 11:59:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 18/07/2024 14:58:15. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: bf709508-3f01-403a-b396-d47a1da2b662

Assinaturas

Documento: 25564/2024 - Instrução Normtiva nº 01.2024 Registro de procedimento para atendimento de adolescente em medida
Data: 18/07/2024 11:18:43

Assinatura avançada realizada por: ELOI ITALO GROELER em 18/07/2024 11:59:29.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 18/07/2024 14:58:14.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código bf709508-3f01-403a-b396-d47a1da2b662

Inserido por TAISE PEREIRA RIBEIRO ALBERGHINI em: 18/07/2024 11:18:43. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ELOI ITALO GROELER em 18/07/2024 11:59:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 18/07/2024 14:58:15. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: bf709508-3f01-403a-b396-d47a1da2b662

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N° 8 de 31 de outubro de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando o Procedimento Promocional PA-PROMO 00029.2021.09.008/3 – 136, Ministério Público do Trabalho – Procuradoria do Trabalho da 9ª Região;

Considerando que a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS n. 1378/2013 (Anexo III da Portaria de Consolidação nº. 4), que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos individuais;

Considerando que o art. 200, II, da Constituição Federal, regulamentado pela Lei Orgânica da saúde nº. 8080/90, em seu art. 6º, atribui ao SUS a competência da atenção integral à Saúde do Trabalhador, envolvendo ações de promoção, vigilância e assistência à saúde;

Considerando Portaria 2.436 de 21 de Setembro de 2017, na qual "Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.";

Considerando que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disposta no Anexo X da Portaria de Consolidação nº. 3/2017, é estratégia prioritária da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS;

Considerando que, a partir de 1998, o uso do SINAN foi regulamentado, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos Municípios, Estados e Distrito Federal;

Considerando que o Código Penal Brasileiro, em seu art. 269, dispõe caracterizar-se como Crime contra a Saúde Pública a “Omissão de Notificação de Doença cuja notificação seja compulsória”, prevendo pena de detenção 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa;

Considerando que a Consolidação das Leis do Trabalho, em seu art. 169, dispõe que “será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho”;

Considerando que, nos termos do art. 3º da Portaria GM-MS 204/2016 (Portaria de Consolidação nº. 4), a notificação compulsória é obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou

responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975;

Considerando a NOTA INFORMATIVA Nº 61/2018-DSAST/SVS/MS, NOTA INFORMATIVA Nº 90/2019-DSASTE/SVS/MS e na NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS, os "óbitos por acidentes de trabalho, além de serem notificados no SINAN, também devem ser registrados nas Declarações de Óbito (DO) na parte VIII – Causas externas, no campo 56 -Tipo, marcar a causa (Cid 10 capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade V01-Y98) e no campo 57 -Acidente de Trabalho a opção "Sim" ou "não".

Considerando que o art. 22 da Lei 8.213/91 dispõe: "A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente. § 2º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo";

Considerando que, através do art. 3º da Resolução 2.297/2021 do Conselho Federal de Medicina, os médicos do trabalho e os demais médicos que atendem os trabalhadores de empresas e instituições, que admitem trabalhadores independentemente de sua especialidade devem: "Notificar formalmente o empregador quando da ocorrência ou de sua suspeita de acidente ou doença do trabalho, para que a empresa proceda à emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho, devendo deixar registrado no prontuário do trabalhador " e "Notificar formalmente os agravos de notificação compulsória ao órgão competente do Ministério da Saúde – SINAM, quando suspeitar ou comprovar a existência de agravos relacionados ao trabalho, bem como notificar formalmente ao empregador a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho, devendo registrar tudo em prontuário".

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o atendimento relacionado à saúde do trabalhador que sofreu acidente de trabalho;

Art. 2º Cabe aos serviços de saúde, que atendeu o trabalhador exposto à acidente de trabalho, preencher a ficha de notificação para todos os casos existentes e encaminhar à vigilância para que alimente o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) acerca do ocorrido, conforme as doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, observando-se, de forma prioritária, os agravos à saúde do trabalhador;

§ 1º – A notificação via SINAN deve ser realizada nos seguintes casos: A notificação no SINAN deve ser realizada nas seguintes situações: 1) trabalhadores assalariados, independentemente da forma de remuneração, com ou sem carteira de trabalho assinada; 2) funcionários públicos estatutários, incluindo militares; 3) outros tipos de empregados na produção de bens e serviços; 4) trabalhadores da produção de bens e serviços por conta própria, ou autônomos; 5) empregadores que exercem atividades ligadas à produção de bens e serviços; 6) trabalhadores domésticos com e sem carteira assinada; 7) trabalhadores não remunerados que atuam em ajuda familiar (na produção de bens primários, por conta própria ou como empregador), ajuda a instituições religiosas ou cooperativas, ou como aprendizes ou estagiários;

trabalhadores na produção para consumo próprio ou construção para uso de sua família, ou de terceiros em regime de mutirão; 9) trabalhadores rurais ou garimpeiros ligados à economia de subsistência; 10) pessoas que trabalham em residências em atividades destinadas a fins econômicos com ou sem percepção de rendimento; 11) pessoas ocupadas extraordinariamente para obter renda, tais como desempregados, aposentados e outros; 12) pessoas que estão em viagem a trabalho ou à disposição de empregadores em situação de plantão de urgência; 13) presidiários com atividade remunerada; 14) quaisquer outras formas de trabalho definidas pelo acidentado no caso de declaração de acidente de trabalho em situações de ocupação não anteriormente descritas.

Art. 3º O serviço de saúde deverá proceder à coleta sistemática da história ocupacional, registrar adequadamente em prontuário, para estabelecer a relação do agravo com o trabalho, comunicar as equipes de vigilância em saúde da ocorrência, realizar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de existência de relação de emprego e o mesmo ainda não tenha sido realizado, realizar os encaminhamentos ao INSS para provimento dos benefícios previdenciários correspondentes;

Art. 4° Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 31 de outubro de 2022.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde de Toledo

Comunicação Interna n^0 53/2023 Toledo, 12 de dezembro de 2023.

Às equipes médicas e de enfermagem.

Assunto: Notificação compulsória de casos suspeitos de Esporotricose Humana

Considerando o aumento de casos de esporotricose em gatos;

Considerando que a esporotricose é a micose de implantação mais prevalente, globalmente distribuída, e ser de relevância no estado do paraná;

Considerando a necessidade de implantar um fluxo de vigilância e atenção para o este agravo no estado;

Recebemos Resolução 093/2022 da Vigilância Epidemiológica (VIEP) que define a Esporotricose Humana e Animal como doenças de interesse estadual e de notificação compulsória. A VIEP informa ainda que o município de Toledo não tem o exame para diagnóstico da esporotricose pelo SUS, desta forma os casos são fechados por critério clínico epidemiológico, reforçando a necessidade em atentarmos para o relato de acidente por gatos com suspeita ou confirmação dessa micose e ainda lesões humanas provenientes do acidente, como mordedura e arranhaduras, que não cicatrizam.

Esta comunicação interna será encaminhada nos grupos de whatsapp e correio do Sigss Saúde. A ficha de notificação compulsória ficará disponível na rede informatizada, mais precisamente em dados M – Saúde – Mini Hospital – Enfermagem – Fichas de Notificação Compulsória, bem como no estar médico e na sala de enfermagem em pasta específica para arquivamento dos fluxos.

Segue algumas imagens de lesões de esporotricose em humanos:







Em humanos, a esporotricose cutânea pode apresentar-se em lesão única ou múltiplas lesões, localizadas principalmente em mãos e braços. Já a forma extracutânea, a doença espalha para outros locais do corpo, como: ossos, mucosa, sem comprometimento da pele.

Os gatos apresentam feridas profundas de pele, geralmente purulenta, que não cicatrizam com facilidade, evoluindo rapidamente para espirros frequentes.

Abaixo estão algumas lesões de esporotricose em gatos:





Contamos com a colaboração das coordenações e supervisões para a multiplicação da informação.

Julio Cesar Fabris Diretor Técnico do PAM	Josiane Monteiro Ribeiro Enfermeira SCIRAS PAM	Jessica Rosin Diretora de Enfermagem

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes** **MANUAL**

TITULO: MANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE	**Páginas: 23**
Emissor: Direção De Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal- PAM	**Emitido em: 28/08/2024**
Revisor: Não há	**Revisado em:**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: /2024**
Executante: Direção de Enfermagem, Comissão Eleitoral e Comissão de Ética de Enfermag07em	**Responsável:** Direção de Enferamgem, Comissão Eleitoral e Comissão de Ética de Enfermaem
Vigência: 08/2026	**Versão:** 01

SUMÁRIO

ASSUNTO	PAGINA
1. APRESENTAÇÃO	3
2. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA CEE	3
2.1. SOBRE A COMISSÃO ELEITORAL:	3
2.2. SÃO FUNÇÕES DA COMISSÃO ELEITORAL	4
3. COMPOSIÇÃO DA CEE	4
4. DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA DA CEE	5
5. O FUNCIONAMENTO DA CEE	7
6. CRITÉRIOS PARA INTEGRAR A CEE	9
7. PROCEDIMENTO SINDICANTE REALIZADO NA CEE	9
7.1 DA DENÚNCIA	10
7.2 DA INSTAURAÇÃO DO PROCEDIMENTO SINDICANTE	12
7.3 QUESTÕES ADMINISTRATIVAS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	16
7.4 CONCILIAÇÃO ÉTICO-PROFISSIONAL	16

7.5 PROCEDIMENTO SINDICANTE PARA FATOS GRAVES, COM RISCO E/OU DANOS E INDÍCIOS DE INFRAÇÃO ÉTICA	17
7.6 DOCUMENTOS QUE COMPÕE OS AUTOS DOS PROCEDIMENTOS SINDICANTES	19
7.7 PRAZOS DO PROCEDIMENTO SINDICANTE:	20
8.ENCAMINHAMENTO(S) AO(À) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)	21
9. **REFERÊNCIAS**	23

1. APRESENTAÇÃO

O exercício da enfermagem pautado nas diretrizes éticas e legais que regem a profissão é fundamental para a garantia de uma assistência qualificada e segura aos cidadãos. O Coren-PR tem como uma de suas principais missões apoiar a categoria nesta jornada e as Comissões de Ética de Enfermagem são atores fundamentais para alcançarmos esse objetivo. Elas são importantes laços entre o conselho e as equipes de enfermagem nas instituições de saúde, assumindo função educativa, consultiva e de averiguação do exercício éticoprofissional nas áreas de assistência, ensino, administração e pesquisa em enfermagem.

As Comissões de Ética de Enfermagem têm as funções educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e de vigilância do exercício éticodisciplinar profissional dos membros da equipe de Enfermagem.

Cabe ressaltar que somente por meio da participação democrática, ativa e do compromisso dos profissionais de Enfermagem é possível atingir os objetivos propostos para a formação e atuação das Comissões de Ética de Enfermagem

2.ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA CEE

É obrigatória a criação e o funcionamento das CEEs nos Serviços de Enfermagem de instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

A constituição da CEE ocorre através de eleições diretas e a organização de todo processo do pleito, é responsabilidade da Comissão Eleitoral.

2.1. SOBRE A COMISSÃO ELEITORAL:

- A composição da Comissão Eleitoral é definida pela Direção de Enfermagem, através de nomeação e deverá ser composta por profissionais de enfermagem, tendo: 01 (um) Presidente, que deverá ser Enfermeiro(a), 01 (um) Secretário(a) e 01 (um) membro .
- Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos à CEE;
- Deve ter vínculo empregatício na instituição na qual será implantada a Comissão de Ética de Enfermagem;
- Apresentar regularidade cadastral e financeira junto ao Coren-PR, em todas as categorias que esteja inscrito, mediante a apresentação de certidões negativas, no período vigente do processo eleitoral;

2.2. SÃO FUNÇÕES DA COMISSÃO ELEITORAL

- **A comissão eleitoral é responsável pelo andamento de todas as fases da eleição e deve ter autonomia e imparcialidade a fim de legitimar o processo eleitoral, sem intervenção gerencial e administrativa da instituição**
- Conhecer as normas e requisitos para as candidaturas do processo eleitoral;
- Apuração e divulgação:
  • do cronograma das eleições;
  • regularidade dos candidatos;
  • criação de cédulas eleitorais e outras ferramentas necessárias;
  • acompanhamento da votação;
  • contagem dos votos e divulgação do resultado;
  • registro de todo processo eleitoral em ata;
  • recebimento de questionamentos, e manifestações de indignação com o resultado;
  • encaminhamento ao Enfermeiro RT - Gestor do Serviço de Enfermagem e ao Coren-PR do resultado final do pleito;
  • tramitação junto ao Coren-PR para a cerimônia de posse dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.
- Organização do pleito, propriamente dito;
- Somente após a análise e aval oficial do Coren-PR, a Comissão Eleitoral divulgará, na instituição, a **relação dos candidatos**, em rol organizado em ordem alfabética, com:
  • A data, local e horários de início e término da eleição;
  • Os candidatos serão divididos em dois grupos:
  Grupo I - composto por Enfermeiros/ Obstetrizes, respectivamente; e
  Grupo II - composto por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, respectivamente;
  • A identificação profissional dos candidatos (nome completo sem abreviações, categoria profissional e número de registro no Coren-PR);
  A relação dos candidatos ao pleito deverá permanecer afixada por um período de **7 (sete) dias,** em local de fácil acesso e visualização por todos(as) os(as) profissionais de enfermagem.

3. COMPOSIÇÃO DA CEE

As CEEs serão compostas por profissionais de Enfermagem com vínculo empregatício junto à instituição, e terão, no mínimo, por função:

• 1 (um/a) Enfermeiro(a) Presidente;

• 1 (um/a) Enfermeiro(a) Secretário(a);

• bem como Membro(s) Efetivos dentre as categorias de: Enfermeiro(a), Obstetriz, Técnico(a) de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

Sendo que as funções de Presidente e Secretário(a) serão exercidas exclusivamente por profissional Enfermeiro(a).

A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O mandato dos membros eleitos da CEE será de **3 (três) anos**, admitida apenas uma reeleição.

4. DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA DA CEE

A. As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) são comissões vinculadas ao Conselho Regional de Enfermagem, que sob sua delegação exercem atividades com idoneidade e com vistas a excelência no cumprimento dos preceitos éticos e legais da profissão nos serviços de enfermagem das instituições.

B. Representa o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

C. As CEEs têm função educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e vigilância do exercício ético e profissional em Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento:

• da Lei do Exercício Profissional, e do seu Decreto regulamentador;

• do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE);

• do Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem; e

• demais diretrizes e normas emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

D. As CEE devem estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as Instituições de Saúde, bem como resguardar o sigilo e discrição nos assuntos vinculados às condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

E. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

F. Atuam ativamente no aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem no que tange à ética profissional, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, em consonância com a legislação profissional, contribuindo para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com qualidade, excelência e livre de riscos, estimulando a consciência ética dos profissionais de enfermagem.

G. Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

H. A conciliação ética entre os profissionais de enfermagem, mediante conflitos interprofissional em enfermagem, sem danos aos envolvidos, a terceiros e à instituição, mediante procedimento sindicante.

I. A CEE frente à identificação da prática do exercício ilegal da profissão, deve comunicar imediatamente o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), ao Coren-PR e a demais autoridades competentes para as providências cabíveis.

J A CEE perante a prática do exercício irregular da profissão bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dos demais dispositivos éticos vigentes, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem emitir juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório conclusivo, contendo o resultado da apuração do procedimento sindicante ao Coren-PR e cientificar/ protocolar o documento junto ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT).

K. Para os casos em que os membros da CEE avaliarem inexistência de suposta infração ético-profissional, orienta-se o encaminhamento de relatório conclusivo das apurações ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para cientificá-lo(a) e para providências administrativas, quando couber.

L. Notificar/ cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) quanto aos resultados dos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado.

M. Também cabe às CEEs formalizar ao Coren-PR a sua atuação, por meio dos relatórios contendo seu cronograma de atividades, dados de sua atuação e os resultados obtidos.

Não é atribuição da CEE ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem proferir julgamentos nem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição ético-disciplinar é exclusiva do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

4.1. COMPETÊNCIA DE CADA MEMBRO DA CEE

Do(a) presidente da CEE

• Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

• Planejar e controlar as atividades programadas;

• Representar a CEE na instituição perante as instâncias superiores, em outras comissões, em eventos e no Coren-PR;
• Nomear os membros para instauração e apuração do procedimento sindicante;
• Solicitar a participação de membros nas reuniões da CEE;
• Elaborar relatório Conclusivo do Procedimento Sindicante com os resultados dos casos analisados e encaminhar ao CorenPR e posteriormente encaminhá-los e protocolá-los junto ao Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT) - Diretor do Serviço de Enfermagem para ciência;

DO(A) SECRETÁRIO(A) DA CEE

• Registrar as reuniões em ata;
• Secretariar as atividades da CEE;
• Verificar o quórum de deliberação nas reuniões estabelecidas – ordinárias e extraordinárias;
• Realizar as convocações da(s) testemunha(s), denunciante(s) e denunciado(s), nos procedimentos sindicantes;
• Organizar o arquivo referente aos documentos e relatórios dos procedimentos sindicantes;
• Colaborar com o(a) presidente, no que lhe for por este solicitado, nas atividades da CEE;
• Substituir o(a) Presidente na sua ausência.

DOS MEMBROS DA CEE

• Eleger presidente e secretário(a), dentre os(as) Enfermeiros(as) efetivos da CEE;
• Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
• Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem envolvidos em procedimentos sindicantes;
• Os membros suplentes, quando houver, serão convocados a comparecer às reuniões mediante deliberação do presidente da CEE, em que poderão participar das reuniões como ouvintes, e assumirão a função na vacância da função de um membro efetivo correspondente.

5. O FUNCIONAMENTO DA CEE

1. Nos casos de formação da primeira CEE no Serviço de Enfermagem da instituição, após a posse, os componentes deverão confeccionar o seu **regimento interno,** podendo ser utilizado o modelo contido ao final deste manual, com as diretrizes da Resolução Cofen 593/2018;
2. Os membros da CEE também deverão estabelecer o cronograma de **reuniões mensais**, em caráter ordinário, podendo ainda se reunirem, em caráter extraordinário, quando necessário.
3. Para além das reuniões destinadas à apuração de procedimento sindicante, a CEE pode se reunir para a programação de atividades da própria CEE, como:

• estudo sobre a ética e legislação profissional;

• discussão de casos éticos;

• estudos referendados em ética profissional;

• reuniões com outras comissões, com os profissionais de enfermagem da instituição; e

• treinamentos específicos sobre ética e legislação profissional em enfermagem, para os profissionais de enfermagem da instituição.

4. Todas as reuniões e ações que envolvam a CEE devem ser **registradas em ata** devidamente assinada e datada pelos membros presentes, e justificada a ausência de membro(s), uma vez que se trata de documento de valor ético, legal, jurídico e probatório dos atos da comissão.

5. Todas as decisões da CEE se dão por deliberação em grupo, entre seus membros. O ato de deliberar tem por significado decidir sobre algo ou fato mediante o conhecimento / coleta de dados, análise, discussão, decisão e adoção de providências. As deliberações da CEE devem ser pautadas sempre no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na legislação profissional de enfermagem.

6. Todas as deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples (50% + 1) necessitando constatar o quórum legal e sendo prerrogativa do(a) Presidente o "voto de Minerva" para o desempate, quando necessário.

7. A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ ou alternadas excluirá da CEE, automaticamente, o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, quando houver, conforme a ordem de votação, para assumir como membro efetivo.

8. Nos casos de desistência de 1 (um) ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos respectivos suplentes, quando houver, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos.

A substituição ou o desligamento de um ou mais membro(s) da CEE deve ser imediatamente formalizada ao Presidente da comissão, ao Enfermeiro Responsável Técnico e ao Coren-PR

9. Agindo em consonância com os ditames éticos e legais da profissão, os membros da comissão estarão de fato preservando sua função na CEE, com zelo e integridade ética e moral, sem nunca usá-la em benefícios pessoais de qualquer natureza, diretos ou indiretos, para si, para membros da sua família ou amigos, sem que tal decisão venha a causar danos ou prejuízos.

10. Ocorrendo denúncia envolvendo um ou mais membros da CEE, em caráter preventivo, este(s) deverá(ão) ser afastado(s) de imediato de suas atividades na comissão, e manter-se afastado(s) durante o procedimento sindicante e, em sendo constatada suposta infração ético-profissional, também durante o período de apuração no Coren-PR.

11. É fundamental que o(s) membro(s) da CEE, em respeito à ética profissional, não façam comentários ou menções de qualquer natureza, devida ou indevida, de casos que identifiquem os pacientes, familiares e profissionais envolvidos, fora das reuniões da Comissão, mesmo quando da análise de procedimentos sindicantes, tanto para os profissionais da própria CEE quanto para outros profissionais não envolvidos no caso ou da apuração em questão.

12. Assim, a análise e discussão de casos e questões éticas pelos componentes da CEE devem ser realizadas com privacidade durante a realização da reunião ou coleta de depoimentos nos procedimentos sindicantes, com o zelo e resguardo do sigilo profissional.

6. CRITÉRIOS PARA INTEGRAR A CEE

1. Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;
2. Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;
3. Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;
4. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

O Diretor de Enfermagem deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

O não atendimento às condições necessárias de elegibilidade para a candidatura à CEE implicará no impedimento imediato do profissional em participar do pleito ou indicação para a constituição da CE

7. PROCEDIMENTO SINDICANTE REALIZADO NA CEE

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), por meio de denúncia, ou de ofício, descrevendo indícios de irregularidades e supostas infrações ético-disciplinares, envolvendo profissionais de enfermagem, realizará a apuração, por meio de procedimento sindicante, no qual será conferido ao(s) profissional(is) envolvido(s) o direito a ampla defesa e do contraditório.

Todos os atos do procedimento sindicante deverão ser redigidos e documentados, e compor os autos do procedimento sindicante, que tramitará sob a forma de processo administrativo.

Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) relativos ao procedimento sindicante deverão ser sempre **sigilosos**, durante e após a apuração, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento

de fatos ocorridos para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como as circunstâncias de especificidade do(s) caso(s) que possam induzir a identificação de envolvido(s).

Portanto, não se pode, em hipótese alguma, expor o(s) profissional(is) denunciado(s)/denunciante(s) em procedimentos sindicantes, por qualquer meio.

E mesmo depois da apuração por meio de procedimento sindicante, com os devidos encaminhamentos para a ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e do Conselho Regional de Enfermagem, somente aos profissionais envolvidos, denunciante e denunciado, cabe a ciência do resultado da apuração.

De mesmo modo, não cabe aos profissionais de enfermagem denunciante(s)/denunciado(s) expor nomes ou situações publicamente, durante, ou após a apuração dos fatos pela Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) ou pelo Conselho Regional de Enfermagem, implicando também em análise de sua conduta, que poderá ser vinculada a quebra de sigilo, ou ainda, injúria, calúnia ou difamação, se caso, a denúncia ou fato não for comprovado, ou se após a apuração, se conclua por não haver indícios de infração ético-disciplinar.

Portanto, cabe ressaltar que os locais apropriados para apresentar a denúncia ética em Enfermagem, e realizar a apuração dos fatos referentes a suposta infração ética e disciplinar são: a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e o Conselho Regional de Enfermagem.

7.1 DA DENÚNCIA

A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar.

As denúncias de natureza ética e disciplinar, no âmbito profissional, surgem de fatos ocorridos no Serviço de Enfermagem da instituição, durante as atividades de enfermagem, sendo originárias de profissionais de enfermagem, da área da saúde, de pacientes/ usuários do serviço de saúde, familiares, ou acompanhantes, e encaminhadas para a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) ou ao Coren-PR.

As ocorrências de infrações de natureza ética e profissional são ações do exercício profissional, relacionadas com a **imperícia, imprudência, negligência, omissão, conivência, e desobediência aos requisitos éticos, científicos e técnicos**, durante as atividades profissionais e, por conseguinte, a inobservância às disposições estabelecidas pela legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Uma vez apresentada a denúncia, esta deve ser imediatamente colocada em pauta e analisada na reunião pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE). Cabe à Comissão de Ética de

Enfermagem, o recebimento de denúncia(s) de infrações ético-disciplinares em enfermagem para a apuração prévia e análise, sempre por meio do procedimento sindicante.

Assim, para toda a denúncia encaminhada para a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) deve ser realizada a análise pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem e instaurado o procedimento sindicante para a apuração dos fatos ocorridos.

Quando o profissional denunciante apresentar uma denúncia verbal, para o(s) membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), o profissional denunciante deve ser orientado, que as denúncias devem ser protocoladas na Comissão de Ética de Enfermagem por escrito.

Assim, **a denúncia deve ser apresentada sempre por escrito,** descrevendo o fato ocorrido, com o maior número de informações e detalhes possíveis, tais como: data(s), horário(s), local(is), identificação do(s) profissional(is) envolvido(s), testemunha(s), documento(s) comprobatórios, e demais provas comprobatórias, constando, ainda, a data e assinatura do denunciante, não sendo indicada denúncia de forma anônima.

Tal registro deverá ser encaminhado ao(a) presidente ou a um dos componentes da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), o qual deverá após o recebimento da denúncia colocá-la em pauta imediatamente na reunião ordinária subsequente ao recebimento, ou considerando a gravidade do fato, convocar uma reunião extraordinária, para análise e avaliação imediata da denúncia, que em caso de natureza ética terá seu seguimento por meio do procedimento sindicante.

A denúncia é **irretratável**, ou seja, uma vez elaborada e protocolada na Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), não pode ser retirada por nenhuma das partes envolvidas – denunciante ou denunciado, ou por qualquer membro da CEE, ou qualquer profissional de enfermagem, e, portanto, deve ser apurada.

A denúncia somente será passível de retratação entre as partes, denunciante e denunciado, quando o(s) fato(s) denunciado(s) se der(em) por questões administrativas entre profissionais de enfermagem, por divergência(s), sem danos de qualquer natureza às partes e a terceiros.

Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado imediatamente da Comissão (CEE), em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração pelo Conselho de Enfermagem.

Por estes motivos, é fundamental que a Comissão de Ética de Enfermagem promova orientações aos profissionais de enfermagem, quanto a sua atuação, a análise de procedimentos sindicantes, e seus possíveis desdobramentos, para que ao apresentar uma denúncia, o profissional denunciante tenha a real dimensão de sua importância para a apuração de supostas infrações ético-disciplinares, bem como da responsabilidade de seus atos ao elaborar a denúncia.

De outro modo, se eventualmente elaborada de modo irresponsável e infundada, uma denúncia, além de acarretar possíveis danos ao profissional denunciado, pode estar correlacionada com injuria, calúnia ou difamação, e pode, por sua vez, conferir ao denunciante a posição de denunciado, no procedimento sindicante, na Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e no Processo Ético no Conselho Regional de Enfermagem.

7.2 DA INSTAURAÇÃO DO PROCEDIMENTO SINDICANTE

O procedimento sindicante deverá ser instaurado mediante denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada, procedente de:

A. paciente(s)/ usuário(s) do serviço de saúde, familiar(es), acompanhante(s), profissionais de enfermagem e de outras áreas da saúde e colaboradores da instituição;

B. deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), quando do conhecimento de indício(s) de irregularidade(s) ético-disciplinares, praticada por profissionais de enfermagem, no exercício de suas atividades;

C. determinação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná.

É impedimento para participar e deliberar no procedimento sindicante o componente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), que deverá ser substituído, por motivo de:

• ser amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer parte(s);

• seja ou tenha sido cônjuge, ou tenha parentesco ascendente ou descendente, até terceiro grau, respondendo a processo por fato análogo;

• ele próprio, seu cônjuge, ou ex-cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer parte(s);

• tenha aconselhado qualquer parte(s);

• ser chefe imediato de parte(s);

• ser subordinado direto de qualquer parte(s);

• ser credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer parte(s); e

• ser sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica, da(s) parte(s) envolvida ou interessada no processo.

Quando houver impedimento ou suspeição, o(s) membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), deverá se abster de atuar no procedimento sindicante, desde sua instauração, o que deve(m) declarar de imediato.

As partes – denunciante e denunciado poderão ser acompanhadas por advogado(s) constituído(s) por meio de procuração (procuradores), em qualquer fase do procedimento sindicante.

A Comissão de Ética de Enfermagem ao instaurar o procedimento sindicante, comunicará formalmente (por escrito) o profissional denunciado, por meio de notificação, quanto ao(s) fato(s), solicitando-lhe no prazo de 7 (sete) dias úteis, a partir da data da assinatura do recebimento da notificação, sua manifestação por escrito.

A notificação deverá ser formalizada, direto ao(s) profissional(is), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do(s) profissional(is);

Na resposta à solicitação da Comissão de Ética de Enfermagem, o(s) profissional(is) envolvido(s) esclarecerá sua versão do(s) fato(s), elencará suas testemunhas e poderá apresentar provas.

Após a manifestação por escrito do(s) profissional(is) denunciado(s), a Comissão de Ética de Enfermagem procederá a convocação formal do(s) denunciante(s) e da(s) testemunhas para esclarecimento do(s) fato(s) constante(s) na denúncia(s).

A convocação deverá ser formalizada direto ao(a) denunciante e à(s) testemunha(s), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do denunciante ou testemunha.

Ressalta-se que caso a denúncia encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) se refira à profissional que não atua, ou deixou de atuar na instituição, por afastamento ou desligamento, a CEE deverá encaminhar a denúncia diretamente para apuração pelo Coren-PR, neste caso, não cabendo a convocação do profissional de enfermagem para esclarecimentos junto à CEE.

Havendo a necessidade da participação de profissionais de outras áreas, para elucidação dos fatos, os mesmos poderão ser convidados formalmente para esclarecimentos, durante o procedimento sindicante, na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento.

Cabe salientar que as partes – denunciante(s) e denunciado(s) podem elencar testemunhas, que por meio de seus depoimentos contribuirão na elucidação do(s) fato(s), com veracidade, porém jamais as testemunhas poderão ser coagidas ou compelidas a responder o que não condiz com os ditames éticos e legais, pois se assim o fizerem poderão também ser responsabilizadas.

O descumprimento da notificação ou convocação, e das demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que não forem justificados, deverão ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem para análise.

No mínimo dois membros da Comissão de Ética de Enfermagem deverão estar presentes quando da coleta dos depoimentos. Para o registro dos depoimentos, sugere-se a elaboração prévia, de

questionamentos a serem aplicados aos depoentes, os quais deverão ser ouvidos na seguinte ordem:

1º - Denunciante;

2º - Testemunhas do denunciante;

3º - Testemunhas do denunciado;

4º - Testemunhas eventuais arroladas pela Comissão e acareação, se necessária,

5º - Denunciado.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá registrar todos os depoimentos dos envolvidos, de forma individual, reduzindo-se a termo as declarações e colhendo a assinatura do depoente, e do respectivo procurador, quando houver, ao final do documento. O(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) conduzirá o registro dos depoimentos; O(a) secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) será responsável pela transcrição dos depoimentos, de forma manuscrita legível ou digitada, além de organizar toda documentação reunida (denúncia, depoimento dos envolvidos, registros em prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros documentos), indicando no relatório o local dos documentos onde se apresenta(m) o(s) fato(s).

O termo de declaração deverá ser digitado, sem rasuras, espaços em branco, e conter, inicialmente:

• data, local e horário, em números escritos por extenso;

• o nome completo do depoente (sem abreviação);

• número da inscrição profissional no Conselho de Enfermagem;

• a declaração do(s) depoente(s);

Após a realização da confecção e leitura do termo de declaração pelo(s) depoente(s) e assinatura do depoente(s) e membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), pode-se fornecer cópia do depoimento ao depoente que assim o requisitar, orientando-lhe quanto ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação do exercício profissional de enfermagem, quanto a manter o sigilo e discrição quanto das informações prestadas, para não comprometer a apuração do(s) fato(s).

A Comissão (CEE) poderá formular e emitir um termo de comparecimento ao depoente.

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem também devem assinar o termo de depoimento. Em havendo mais de uma folha, cada uma das folhas deverá ser rubricada por todos os presentes, todas as folhas deverão conter autuação com numeração sequencial.

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser juntados aos autos do procedimento sindicante.

O acesso aos autos do procedimento sindicante é facultado somente às partes – denunciante(s) e denunciado(s), advogado(s) formalmente designados como procuradores, se constituído(s), e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Após a conclusão do procedimento sindicante, os membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) que colheram o(s) depoimento(s) e analisaram documento(s) deverão produzir o relatório conclusivo, contendo duas partes:

- **expositiva:** deve constar um relato objetivo da apuração da(s) denúncia(s), do(s) depoimento(s) e do(s) fato(s);
- **conclusiva:** deve relatar se há ou não indícios de suposta infração ética, as providências adotadas até a conclusão do procedimento sindicante e os encaminhamentos a serem realizados.

Após elaboração do relatório conclusivo, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para leitura e emissão do relatório conclusivo do procedimento sindicante, sem emitir juízo de valor relacionado ao(s) profissional(ais) envolvido(s) e fato(s) apurado(s), limitando-se à narrativa da(s) atividade(s) de apuração.

Norteados pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), legislação profissional de enfermagem, normatizações e regulamentações emanadas pelo Cofen – Coren-PR, a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) iniciará a apreciação do relatório.

O relator procederá à apresentação com a leitura do relatório conclusivo.

Os demais membros da Comissão de Ética de Enfermagem deliberarão sobre o relatório conclusivo, exceto o(a) Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), pois o(a) Presidente somente manifestará sua deliberação, sob a forma de "voto de Minerva", no caso de empate, assim, portanto, o seu voto se dará somente para o desempate.

Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Não cabe à Comissão de Ética de Enfermagem a caracterização e aplicação de penalidades às infrações éticas e disciplinares em enfermagem, tal atribuição é de competência exclusiva dos Conselhos de Enfermagem.

Em casos de outros questionamentos, não descritos neste manual, relacionados com a instauração e apuração de procedimento(s) sindicante(s) a Comissão de Ética de Enfermagem deverá consultar o Coren -PR

7.3 QUESTÕES ADMINISTRATIVAS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, sem implicações para a atuação da equipe de enfermagem e a assistência prestada ao (s) pacientes/ usuários do serviço de saúde, sem envolver riscos a terceiros, e a segurança de paciente e profissional de enfermagem, e sem supostas infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, a Comissão de Ética de Enfermagem, deverá encaminhar os fatos para o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para ciência, processo decisório e prosseguimento na tramitação junto à direção da instituição.

7.4 CONCILIAÇÃO ÉTICO-PROFISSIONAL

A conciliação realizada pela CEE, entre profissionais de enfermagem, está prevista no artigo 2, e seu § 1º, da Resolução Cofen 593/2018; e Art. 50, § 1º , § 2º e § 3º, respectivamente.

Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, envolvendo dois ou mais profissionais de enfermagem, por desentendimento, por divergência de opiniões ou discordância de situações e atitudes, e que não tenha acarretado danos: aos pacientes/ usuários do serviço de saúde, demais profissionais, e a terceiros, sem enquadrar-se em infração ético-disciplinar prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, poderá ser proposta pela CEE, em qualquer fase do procedimento sindicante, a conciliação entre as partes envolvidas, mediante a análise do histórico de conduta(s) do profissional, com a retratação e ajustamento de conduta, possibilitando o arquivamento dos autos do procedimento sindicante.

Ao se realizar a análise da denúncia, para se proceder a conciliação, há que se considerar se o fato envolve apenas situação de desentendimento interprofissional, e o histórico de conduta do(a) profissional denunciado(a), e se o mesmo já cumpriu ou descumpriu conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso.

Ressalta-se que a conciliação entre as partes poderá ocorrer em qualquer fase do procedimento sindicante, desde o recebimento da denúncia pela CEE até a finalização do relatório conclusivo. Para que ocorra a conciliação é fundamental que os membros da Comissão de Ética aprimorem seus conhecimentos quanto à mediação e resolução de conflitos entre pessoas, onde os membros da Comissão possam atuar como um mediador/ conciliador, para possibilitar a solução, a fim de atender ao requisitado pelas partes envolvidas, desde que ética e legalmente possível, e sem interferir na decisão, porém chegando a um acordo comum e satisfatório a ambas as partes.

É salutar que a CEE promova estudos no Serviço de Enfermagem, antevendo situações que possam ocasionar desentendimentos ou divergências entre os profissionais de enfermagem, para propor uma consciência ética aos profissionais com vistas a um ambiente harmonioso, e com redução de riscos, ou possíveis danos, e consequentes desdobramentos advindos destes conflitos interprofissionais.

A conciliação/mediação de conflitos pode ser estimulada e proposta pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), apenas em situações de desentendimento nas relações interprofissionais, sem riscos ou danos aos profissionais envolvidos ou a terceiros.

É importante saber que jamais a conciliação/mediação pode ser imposta às partes — denunciante(s) e denunciado(s) —, o que contraria os pressupostos éticos e legais da profissão, e poderá, por conseguinte, implicar em responsabilização ao(s) membro(s) da CEE.

Por esta razão, cabe salientar que a Comissão de Ética de Enfermagem, tendo em vista a manifestação de vontade do(s) profissional(is) em conciliar, deve conversar previamente, em separado, em ambiente adequado e privativo, com o(s) profissional(is) envolvido(s), e somente após a vontade das partes, realizar o ato de conciliação, pois não cabem outras discussões e desentendimentos entre os profissionais neste momento, perante os membros da Comissão.

Ocorrendo a conciliação, a Comissão promoverá as orientações pertinentes, e deverá ser emitida a Ata de Conciliação com a assinatura dos envolvidos, e a ciência do Presidente da CEE.

O ato de conciliação constará de Ata da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), ao final, deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e haverá o posterior arquivamento nos autos do procedimento sindicante. É importante frisar aos profissionais de enfermagem que uma vez conciliados eticamente, se encerra a lide, e, por conseguinte naquele momento encerra-se o assunto e o desentendimento, não cabendo, portanto, outros desdobramentos, como: comentários inoportunos, extensão do assunto ou novos desentendimentos pelo mesmo motivo, pois se assim o for, haverá nova denuncia e consequentemente novo procedimento sindicante na CEE.

Não ocorrendo conciliação, o procedimento sindicante prosseguirá em seu trâmite normal, e após o trâmite do procedimento sindicante, ao final, a cópia do relatório conclusivo deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e cópia integral dos autos devem ser encaminhados e protocolados no Coren-PR.

7.5 PROCEDIMENTO SINDICANTE PARA FATOS GRAVES, COM RISCO E/OU DANOS E INDÍCIOS DE INFRAÇÃO ÉTICA

Quando o fato denunciado for considerado grave e tenha acarretado riscos ou danos a terceiros, enquadrando-se como suposta infração ético-disciplinar ao Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, deverá ser realizado o procedimento sindicante, e após sua finalização o encaminhamento obrigatório dos autos, na íntegra, ao Conselho Regional de Enfermagem.

São considerados fatos graves, com a suposta infração ético-disciplinar, e que devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem:

I. que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade, ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições, ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

II. que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

III. que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

IV. que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Cabe aos membros da CEE, ao receber a denúncia, mediante a gravidade do fato, deliberar quanto à apuração pela CEE ou seu encaminhamento imediato ao Conselho Regional de Enfermagem.

Mediante o envio ao Conselho, o Presidente da CEE deverá cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), quanto ao encaminhamento.

É fundamental que a CEE, independente da deliberação, dê ciência formal aos envolvidos, denunciante e denunciado quanto ao(s) encaminhamento(s) e encerramento do procedimento sindicante, posto que tal atitude irá conferir o devido respeito e a legitimidade dos atos praticados pela Comissão de Ética (CEE).

Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a cópia integral do procedimento sindicante deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, a saber:

a. denúncia(s);

b. notificação de instauração de procedimento sindicante ao(s) denunciado(s);

c. manifestação formal do(s) denunciado(s) à Comissão de Ética de Enfermagem;

d. convocação do(s) denunciante(s), e das testemunha(s);

e. convite(s) para esclarecimento(s) de profissionais de outras áreas, se houver;

f. termo(s) de depoimento(s): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais e do(s) denunciado(s);

g. solicitação de documento(s) e diligências pela Comissão;

h. cópia de documentos analisados e documentos comprobatórios dos fatos;

i. ata(s) e relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem referentes ao procedimento sindicante;

j. protocolo de ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico quanto ao relatório conclusivo do procedimento sindicante;

k. ciência do(s) denunciante(s) e denunciado(s) quanto a deliberação, encaminhamentos e encerramento do procedimento sindicante;

l. ofício de encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem do Paraná;

m. termo de encerramento do procedimento sindicante na Comissão de Ética de Enfermagem

Tendo em vista que os membros da CEE também são profissionais de Enfermagem, quando do não cumprimento das disposições legais da Resolução Cofen 593/2018 e/ou inobservância à legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, estes podem ser responsabilizados.

Em caso de impedimento da realização dos trabalhos e do(s) procedimento(s) sindicante(s) pela CEE, o(a) presidente, o(a) secretário(a), ou seu(s) membro(s) devem comunicar formalmente e, de imediato, o Coren-PR. O Coren-PR, embasado nos relatórios enviados pelas CEEs, se necessário, promoverá reuniões com os componentes da Comissão para esclarecimentos e orientações quanto o procedimento sindicante.

7.6 DOCUMENTOS QUE COMPÕE OS AUTOS DOS PROCEDIMENTOS SINDICANTES

Para organização das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) nos procedimentos sindicantes, segue a seguinte disposição dos documentos, com numeração e autuação, em pasta, no processo físico que compõe o procedimento sindicante:

1. Capa contendo (a identificação da Comissão de Ética de Enfermagem, o número do procedimento sindicante, a data de instauração, o assunto da denúncia, a identificação do(s) denunciante(s) e denunciado(s), o volume do processo, identificação dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem);

2. A denúncia;

3. Notificação ao(s) denunciado(s) com o informe de instauração de procedimento sindicante e solicitação de manifestação por escrito;

4. Manifestação formal do denunciado;

5. Solicitação e análise de documentos (cópias de escalas, fichas de atendimento, relatórios de enfermagem, anotações de enfermagem, prontuários);

6. Convocações: do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);

7. Termos de depoimentos (oitivas): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);

8. Solicitação de novas diligências (depoimentos, solicitação e análise de documentos, entre outros)

9. Termo de conciliação (quando houver);

10. Ata de conciliação (quando houver);

11. Relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);

12. Cópia da Ata de reunião com deliberação da CEE;

13. Termo de encaminhamento(s) ao Coren-PR e ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de suposta infração ético-disciplinar, com protocolos de recebimento; ou

14. Termo de encaminhamento ao (a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de infração administrativa, com protocolos de recebimento;

15. Ofício para ciência das partes quanto ao encerramento do procedimento sindicante na CEE;

16. Termo de encerramento do procedimento sindicante;

7.7 PRAZOS DO PROCEDIMENTO SINDICANTE:

- Apresentação da denúncia à CEE: imediato na primeira reunião ordinária, ou devido a gravidade do fato – imediato em convocação de reunião extraordinária;
- Notificação ao profissional denunciado: imediato após instauração na CEE do Procedimento Sindicante;
- Manifestação do profissional denunciado: 07 (sete) dias úteis após recebimento da notificação da CEE quanto a instauração do Procedimento Sindicante;
- Apuração de procedimento sindicante: 30 (trinta) dias, prorrogáveis por apenas 30 (trinta) dias;
- Envio ao Coren-PR de cópia de Procedimento Sindicante: imediato após encerramento do procedimento sindicante;
- Envio de relatório de conclusão de Procedimento Sindicante ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a): imediato após encerramento de procedimento sindicante;

8.ENCAMINHAMENTO(S) AO(À) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

O(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), de acordo com a Resolução Cofen nº 509 de 15 de março de 2016, em seu artigo 2º, parágrafo IV é definido como o Enfermeiro(a), nos termos da Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) e emitida a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT).

Conforme dispõe a mesma Resolução, em seu artigo 3º, toda empresa/ instituição em que há serviços ou ensino de Enfermagem, deve apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), devendo a mesma ser afixada em suas dependências, em local visível ao público.

O(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para dirigir o Serviço de Enfermagem, pode com vistas a uma gestão participativa estimular a composição de comissões que o auxiliem na gestão, tais como, as comissões de: implantação da sistematização da assistência de enfermagem, elaboração de protocolos, avaliação de feridas e curativos, verificação de prontuários, segurança do paciente, e também a Comissão de Ética de Enfermagem.

Dentre as atribuições do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), relacionadas com a formação, implantação e funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem estão dispostas, no artigo 10, parágrafos I, V, VI, e X, respectivamente, da Resolução Cofen nº 509/2016:

- o cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;
- intermediar junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem;
- colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender as solicitações ou convocações que lhe forem demandadas pelo Conselho Regional de Enfermagem.

No caso específico da CEE, cabe ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) o estímulo aos profissionais de enfermagem e a designação da Comissão Eleitoral que iniciará o processo eleitoral para a eleição dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Em caso de impossibilidade de uma eleição, por desinteresse ou quórum insuficiente de profissionais, a Comissão Eleitoral comunicará ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) o fato, e estes comunicarão ao Conselho Regional de Enfermagem, e somente neste caso, os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão designados.

A partir da formação da Comissão de Ética de Enfermagem, esta tem autonomia para desenvolver suas atribuições, em conformidade com a legislação profissional – Resolução Cofen 593/2018 e os princípios éticos que regem a profissão, dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Cabe ressaltar que o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) tem por atribuição da posição hierárquica que ocupa, o papel de comando e direção, previsto em legislação.

Portanto, mediante fatos contendo irregularidades/ ilegalidades envolvendo profissionais de enfermagem, o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) deve de imediato adotar providências administrativas, como: a orientação ao profissional, ou em última análise, até mesmo aplicação de penalidades administrativas (previstas no regimento de enfermagem), e na legislação trabalhista e estatuto do servidor, como: orientação com registro em ata, advertência, suspensão administrativa, entre outras medidas.

O fato do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) instituir a composição de uma Comissão de Ética de Enfermagem não inibe ou anula suas decisões administrativas, porém poderá contribuir com subsídios para a adoção de uma decisão quanto as questões relacionadas à ética profissional. Assim, mediante a gravidade de um fato envolvendo profissional(is) de enfermagem, vinculado(s) ao Serviço de Enfermagem da instituição, é fundamental esclarecer que o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), poderá:

- de imediato adotar as providências administrativas;
- e em caso de suposta infração ética e disciplinar, para melhor elucidação do fato, solicitar a apuração pela Comissão de Ética de Enfermagem, por meio do procedimento sindicante, que poderá desdobrar- -se para uma análise ético-profissional no Coren-PR;
- também encaminhar para outras comissões relacionadas à ética como comissões sindicantes para análises éticas e administrativas, para responder aos órgãos públicos.

Uma vez instaurado um procedimento sindicante, pela CEE, este deve ser pautado nos princípios éticos e legais, e a sua apuração compete exclusivamente à Comissão de Ética de Enfermagem, com imparcialidade e isenta de interferências externas, inclusive do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a).

Após a deliberação do procedimento sindicante, pela Comissão de Ética de Enfermagem, o relatório conclusivo deverá ser protocolado pelo Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para sua ciência, pois assim, a Comissão de Ética o torna conhecedor da sua deliberação, e subsidia suas ações para providências subsequentes, se necessárias.

E também para que quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem, o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) seja conhecedor da decisão da Comissão de Ética, colaborando assim, com

as atividades de fiscalização e processos éticos do Coren-PR, pois quando de uma averiguação pelo Conselho, por vezes, o primeiro profissional a ser interpelado para a elucidação dos fatos é o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a).

Na hipótese de o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) estar envolvido no caso como denunciado, este deverá ser ouvido em procedimento sindicante e poderá fazer vista dos autos, porém o acompanhamento dos depoimentos (oitivas) e a deliberação são atos da Comissão de Ética de Enfermagem, que deverá cientificá-lo após sua deliberação e também, de mesmo modo, encaminhar os autos do procedimento sindicante ao Coren-PR.

No caso de qualquer impedimento, por qualquer profissional, e em qualquer procedimento sindicante, os membros da CEE, em cumprimento aos princípios éticos profissionais e a legislação profissional de enfermagem, deverão, de imediato, comunicar ao Coren-PR, que procederá o acompanhamento dos fatos e a apuração conforme suas prerrogativas. Assim, em respeito aos princípios éticos e legais inerentes à atuação dos profissionais de enfermagem, é de suma importância o papel do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para a formação e atuação das Comissões de Ética de Enfermagem, e desta com para as medidas preventivas evitando ocorrências éticas, e por fim, quando necessária a apuração dos fatos envolvendo profissionais de enfermagem e sua deliberação.

9. REFERÊNCIAS

1. RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018. º Normatizar a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem - CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem
2. CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DO SISTEMA COFEN/CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM APROVADO PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 706/2022
3. LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.
4. MANUAL DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. 4 EDIÇÃO. COREN SP; 2023.

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Raquel Emilia da Silva Wiederkehr Direção de Enf. na Rede de Urgência e Emergência Portaria n° 97 de 22/02/2024	Juliana de Lima Ventura Direção do Departamento de Urgência e Emergência de Toledo Portaria 322 de 17/06/2021

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes** **MANUAL**

TITULO: MANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM - CEE	**Páginas: 23**
Emissor: Direção De Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal- PAM	**Emitido em: 28/08/2024**
Revisor: Não há	**Revisado em:**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: /2024**
Executante: Direção de Enfermagem, Comissão Eleitoral e Comissão de Ética de Enfermag07em	**Responsável:** Direção de Enferamgem, Comissão Eleitoral e Comissão de Ética de Enfermaem
Vigência: 08/2026	**Versão:** 01

SUMÁRIO

ASSUNTO	PAGINA
1. APRESENTAÇÃO	3
2. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA CEE	3
2.1. SOBRE A COMISSÃO ELEITORAL:	3
2.2. SÃO FUNÇÕES DA COMISSÃO ELEITORAL	4
3. COMPOSIÇÃO DA CEE	4
4. DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA DA CEE	5
5. O FUNCIONAMENTO DA CEE	7
6. CRITÉRIOS PARA INTEGRAR A CEE	9
7. PROCEDIMENTO SINDICANTE REALIZADO NA CEE	9
7.1 DA DENÚNCIA	10
7.2 DA INSTAURAÇÃO DO PROCEDIMENTO SINDICANTE	12
7.3 QUESTÕES ADMINISTRATIVAS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	16
7.4 CONCILIAÇÃO ÉTICO-PROFISSIONAL	16

7.5 PROCEDIMENTO SINDICANTE PARA FATOS GRAVES, COM RISCO E/OU DANOS E INDÍCIOS DE INFRAÇÃO ÉTICA	17
7.6 DOCUMENTOS QUE COMPÕE OS AUTOS DOS PROCEDIMENTOS SINDICANTES	19
7.7 PRAZOS DO PROCEDIMENTO SINDICANTE:	20
8.ENCAMINHAMENTO(S) AO(À) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)	21
9. **REFERÊNCIAS**	23

1. APRESENTAÇÃO

O exercício da enfermagem pautado nas diretrizes éticas e legais que regem a profissão é fundamental para a garantia de uma assistência qualificada e segura aos cidadãos. O Coren-PR tem como uma de suas principais missões apoiar a categoria nesta jornada e as Comissões de Ética de Enfermagem são atores fundamentais para alcançarmos esse objetivo. Elas são importantes laços entre o conselho e as equipes de enfermagem nas instituições de saúde, assumindo função educativa, consultiva e de averiguação do exercício éticoprofissional nas áreas de assistência, ensino, administração e pesquisa em enfermagem.

As Comissões de Ética de Enfermagem têm as funções educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e de vigilância do exercício éticodisciplinar profissional dos membros da equipe de Enfermagem.

Cabe ressaltar que somente por meio da participação democrática, ativa e do compromisso dos profissionais de Enfermagem é possível atingir os objetivos propostos para a formação e atuação das Comissões de Ética de Enfermagem

2.ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA CEE

É obrigatória a criação e o funcionamento das CEEs nos Serviços de Enfermagem de instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores.

A constituição da CEE ocorre através de eleições diretas e a organização de todo processo do pleito, é responsabilidade da Comissão Eleitoral.

2.1. SOBRE A COMISSÃO ELEITORAL:

- A composição da Comissão Eleitoral é definida pela Direção de Enfermagem, através de nomeação e deverá ser composta por profissionais de enfermagem, tendo: 01 (um) Presidente, que deverá ser Enfermeiro(a), 01 (um) Secretário(a) e 01 (um) membro .
- Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos à CEE;
- Deve ter vínculo empregatício na instituição na qual será implantada a Comissão de Ética de Enfermagem;
- Apresentar regularidade cadastral e financeira junto ao Coren-PR, em todas as categorias que esteja inscrito, mediante a apresentação de certidões negativas, no período vigente do processo eleitoral;

2.2. SÃO FUNÇÕES DA COMISSÃO ELEITORAL

- **A comissão eleitoral é responsável pelo andamento de todas as fases da eleição e deve ter autonomia e imparcialidade a fim de legitimar o processo eleitoral, sem intervenção gerencial e administrativa da instituição**
- Conhecer as normas e requisitos para as candidaturas do processo eleitoral;
- Apuração e divulgação:
  • do cronograma das eleições;
  • regularidade dos candidatos;
  • criação de cédulas eleitorais e outras ferramentas necessárias;
  • acompanhamento da votação;
  • contagem dos votos e divulgação do resultado;
  • registro de todo processo eleitoral em ata;
  • recebimento de questionamentos, e manifestações de indignação com o resultado;
  • encaminhamento ao Enfermeiro RT - Gestor do Serviço de Enfermagem e ao Coren-PR do resultado final do pleito;
  • tramitação junto ao Coren-PR para a cerimônia de posse dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.
- Organização do pleito, propriamente dito;
- Somente após a análise e aval oficial do Coren-PR, a Comissão Eleitoral divulgará, na instituição, a **relação dos candidatos**, em rol organizado em ordem alfabética, com:
  • A data, local e horários de início e término da eleição;
  • Os candidatos serão divididos em dois grupos:
  Grupo I - composto por Enfermeiros/ Obstetrizes, respectivamente; e
  Grupo II - composto por Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, respectivamente;
  • A identificação profissional dos candidatos (nome completo sem abreviações, categoria profissional e número de registro no Coren-PR);
  A relação dos candidatos ao pleito deverá permanecer afixada por um período de **7 (sete) dias,** em local de fácil acesso e visualização por todos(as) os(as) profissionais de enfermagem.

3. COMPOSIÇÃO DA CEE

As CEEs serão compostas por profissionais de Enfermagem com vínculo empregatício junto à instituição, e terão, no mínimo, por função:

• 1 (um/a) Enfermeiro(a) Presidente;

• 1 (um/a) Enfermeiro(a) Secretário(a);

• bem como Membro(s) Efetivos dentre as categorias de: Enfermeiro(a), Obstetriz, Técnico(a) de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

Sendo que as funções de Presidente e Secretário(a) serão exercidas exclusivamente por profissional Enfermeiro(a).

A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O mandato dos membros eleitos da CEE será de **3 (três) anos**, admitida apenas uma reeleição.

4. DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA DA CEE

A. As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) são comissões vinculadas ao Conselho Regional de Enfermagem, que sob sua delegação exercem atividades com idoneidade e com vistas a excelência no cumprimento dos preceitos éticos e legais da profissão nos serviços de enfermagem das instituições.

B. Representa o Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição na instituição de saúde em se tratando de temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

C. As CEEs têm função educativa, consultiva, conciliadora, de orientação e vigilância do exercício ético e profissional em Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento:

• da Lei do Exercício Profissional, e do seu Decreto regulamentador;

• do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE);

• do Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem; e

• demais diretrizes e normas emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

D. As CEE devem estabelecer relação de autonomia e imparcialidade com as Instituições de Saúde, bem como resguardar o sigilo e discrição nos assuntos vinculados às condutas de caráter ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem.

E. Identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;

F. Atuam ativamente no aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem no que tange à ética profissional, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, em consonância com a legislação profissional, contribuindo para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com qualidade, excelência e livre de riscos, estimulando a consciência ética dos profissionais de enfermagem.

G. Receber denúncia de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem;

H. A conciliação ética entre os profissionais de enfermagem, mediante conflitos interprofissional em enfermagem, sem danos aos envolvidos, a terceiros e à instituição, mediante procedimento sindicante.

I. A CEE frente à identificação da prática do exercício ilegal da profissão, deve comunicar imediatamente o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), ao Coren-PR e a demais autoridades competentes para as providências cabíveis.

J A CEE perante a prática do exercício irregular da profissão bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dos demais dispositivos éticos vigentes, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem emitir juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório conclusivo, contendo o resultado da apuração do procedimento sindicante ao Coren-PR e cientificar/ protocolar o documento junto ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT).

K. Para os casos em que os membros da CEE avaliarem inexistência de suposta infração ético-profissional, orienta-se o encaminhamento de relatório conclusivo das apurações ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para cientificá-lo(a) e para providências administrativas, quando couber.

L. Notificar/ cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) quanto aos resultados dos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado.

M. Também cabe às CEEs formalizar ao Coren-PR a sua atuação, por meio dos relatórios contendo seu cronograma de atividades, dados de sua atuação e os resultados obtidos.

Não é atribuição da CEE ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem proferir julgamentos nem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição ético-disciplinar é exclusiva do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

4.1. COMPETÊNCIA DE CADA MEMBRO DA CEE

Do(a) presidente da CEE

• Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

• Planejar e controlar as atividades programadas;

• Representar a CEE na instituição perante as instâncias superiores, em outras comissões, em eventos e no Coren-PR;
• Nomear os membros para instauração e apuração do procedimento sindicante;
• Solicitar a participação de membros nas reuniões da CEE;
• Elaborar relatório Conclusivo do Procedimento Sindicante com os resultados dos casos analisados e encaminhar ao CorenPR e posteriormente encaminhá-los e protocolá-los junto ao Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) (RT) - Diretor do Serviço de Enfermagem para ciência;

DO(A) SECRETÁRIO(A) DA CEE

• Registrar as reuniões em ata;
• Secretariar as atividades da CEE;
• Verificar o quórum de deliberação nas reuniões estabelecidas – ordinárias e extraordinárias;
• Realizar as convocações da(s) testemunha(s), denunciante(s) e denunciado(s), nos procedimentos sindicantes;
• Organizar o arquivo referente aos documentos e relatórios dos procedimentos sindicantes;
• Colaborar com o(a) presidente, no que lhe for por este solicitado, nas atividades da CEE;
• Substituir o(a) Presidente na sua ausência.

DOS MEMBROS DA CEE

• Eleger presidente e secretário(a), dentre os(as) Enfermeiros(as) efetivos da CEE;
• Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
• Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem envolvidos em procedimentos sindicantes;
• Os membros suplentes, quando houver, serão convocados a comparecer às reuniões mediante deliberação do presidente da CEE, em que poderão participar das reuniões como ouvintes, e assumirão a função na vacância da função de um membro efetivo correspondente.

5. O FUNCIONAMENTO DA CEE

1. Nos casos de formação da primeira CEE no Serviço de Enfermagem da instituição, após a posse, os componentes deverão confeccionar o seu **regimento interno,** podendo ser utilizado o modelo contido ao final deste manual, com as diretrizes da Resolução Cofen 593/2018;
2. Os membros da CEE também deverão estabelecer o cronograma de **reuniões mensais**, em caráter ordinário, podendo ainda se reunirem, em caráter extraordinário, quando necessário.
3. Para além das reuniões destinadas à apuração de procedimento sindicante, a CEE pode se reunir para a programação de atividades da própria CEE, como:

• estudo sobre a ética e legislação profissional;

• discussão de casos éticos;

• estudos referendados em ética profissional;

• reuniões com outras comissões, com os profissionais de enfermagem da instituição; e

• treinamentos específicos sobre ética e legislação profissional em enfermagem, para os profissionais de enfermagem da instituição.

4. Todas as reuniões e ações que envolvam a CEE devem ser **registradas em ata** devidamente assinada e datada pelos membros presentes, e justificada a ausência de membro(s), uma vez que se trata de documento de valor ético, legal, jurídico e probatório dos atos da comissão.

5. Todas as decisões da CEE se dão por deliberação em grupo, entre seus membros. O ato de deliberar tem por significado decidir sobre algo ou fato mediante o conhecimento / coleta de dados, análise, discussão, decisão e adoção de providências. As deliberações da CEE devem ser pautadas sempre no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na legislação profissional de enfermagem.

6. Todas as deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples (50% + 1) necessitando constatar o quórum legal e sendo prerrogativa do(a) Presidente o "voto de Minerva" para o desempate, quando necessário.

7. A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ ou alternadas excluirá da CEE, automaticamente, o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, quando houver, conforme a ordem de votação, para assumir como membro efetivo.

8. Nos casos de desistência de 1 (um) ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos respectivos suplentes, quando houver, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos.

A substituição ou o desligamento de um ou mais membro(s) da CEE deve ser imediatamente formalizada ao Presidente da comissão, ao Enfermeiro Responsável Técnico e ao Coren-PR

9. Agindo em consonância com os ditames éticos e legais da profissão, os membros da comissão estarão de fato preservando sua função na CEE, com zelo e integridade ética e moral, sem nunca usá-la em benefícios pessoais de qualquer natureza, diretos ou indiretos, para si, para membros da sua família ou amigos, sem que tal decisão venha a causar danos ou prejuízos.

10. Ocorrendo denúncia envolvendo um ou mais membros da CEE, em caráter preventivo, este(s) deverá(ão) ser afastado(s) de imediato de suas atividades na comissão, e manter-se afastado(s) durante o procedimento sindicante e, em sendo constatada suposta infração ético-profissional, também durante o período de apuração no Coren-PR.

11. É fundamental que o(s) membro(s) da CEE, em respeito à ética profissional, não façam comentários ou menções de qualquer natureza, devida ou indevida, de casos que identifiquem os pacientes, familiares e profissionais envolvidos, fora das reuniões da Comissão, mesmo quando da análise de procedimentos sindicantes, tanto para os profissionais da própria CEE quanto para outros profissionais não envolvidos no caso ou da apuração em questão.

12. Assim, a análise e discussão de casos e questões éticas pelos componentes da CEE devem ser realizadas com privacidade durante a realização da reunião ou coleta de depoimentos nos procedimentos sindicantes, com o zelo e resguardo do sigilo profissional.

6. CRITÉRIOS PARA INTEGRAR A CEE

1. Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;
2. Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;
3. Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;
4. Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

O Diretor de Enfermagem deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

O não atendimento às condições necessárias de elegibilidade para a candidatura à CEE implicará no impedimento imediato do profissional em participar do pleito ou indicação para a constituição da CE

7. PROCEDIMENTO SINDICANTE REALIZADO NA CEE

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), por meio de denúncia, ou de ofício, descrevendo indícios de irregularidades e supostas infrações ético-disciplinares, envolvendo profissionais de enfermagem, realizará a apuração, por meio de procedimento sindicante, no qual será conferido ao(s) profissional(is) envolvido(s) o direito a ampla defesa e do contraditório.

Todos os atos do procedimento sindicante deverão ser redigidos e documentados, e compor os autos do procedimento sindicante, que tramitará sob a forma de processo administrativo.

Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) relativos ao procedimento sindicante deverão ser sempre **sigilosos**, durante e após a apuração, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento

de fatos ocorridos para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como as circunstâncias de especificidade do(s) caso(s) que possam induzir a identificação de envolvido(s).

Portanto, não se pode, em hipótese alguma, expor o(s) profissional(is) denunciado(s)/denunciante(s) em procedimentos sindicantes, por qualquer meio.

E mesmo depois da apuração por meio de procedimento sindicante, com os devidos encaminhamentos para a ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) e do Conselho Regional de Enfermagem, somente aos profissionais envolvidos, denunciante e denunciado, cabe a ciência do resultado da apuração.

De mesmo modo, não cabe aos profissionais de enfermagem denunciante(s)/denunciado(s) expor nomes ou situações publicamente, durante, ou após a apuração dos fatos pela Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) ou pelo Conselho Regional de Enfermagem, implicando também em análise de sua conduta, que poderá ser vinculada a quebra de sigilo, ou ainda, injúria, calúnia ou difamação, se caso, a denúncia ou fato não for comprovado, ou se após a apuração, se conclua por não haver indícios de infração ético-disciplinar.

Portanto, cabe ressaltar que os locais apropriados para apresentar a denúncia ética em Enfermagem, e realizar a apuração dos fatos referentes a suposta infração ética e disciplinar são: a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e o Conselho Regional de Enfermagem.

7.1 DA DENÚNCIA

A denúncia é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar.

As denúncias de natureza ética e disciplinar, no âmbito profissional, surgem de fatos ocorridos no Serviço de Enfermagem da instituição, durante as atividades de enfermagem, sendo originárias de profissionais de enfermagem, da área da saúde, de pacientes/ usuários do serviço de saúde, familiares, ou acompanhantes, e encaminhadas para a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) ou ao Coren-PR.

As ocorrências de infrações de natureza ética e profissional são ações do exercício profissional, relacionadas com a **imperícia, imprudência, negligência, omissão, conivência, e desobediência aos requisitos éticos, científicos e técnicos**, durante as atividades profissionais e, por conseguinte, a inobservância às disposições estabelecidas pela legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

Uma vez apresentada a denúncia, esta deve ser imediatamente colocada em pauta e analisada na reunião pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE). Cabe à Comissão de Ética de

Enfermagem, o recebimento de denúncia(s) de infrações ético-disciplinares em enfermagem para a apuração prévia e análise, sempre por meio do procedimento sindicante.

Assim, para toda a denúncia encaminhada para a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) deve ser realizada a análise pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem e instaurado o procedimento sindicante para a apuração dos fatos ocorridos.

Quando o profissional denunciante apresentar uma denúncia verbal, para o(s) membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), o profissional denunciante deve ser orientado, que as denúncias devem ser protocoladas na Comissão de Ética de Enfermagem por escrito.

Assim, **a denúncia deve ser apresentada sempre por escrito,** descrevendo o fato ocorrido, com o maior número de informações e detalhes possíveis, tais como: data(s), horário(s), local(is), identificação do(s) profissional(is) envolvido(s), testemunha(s), documento(s) comprobatórios, e demais provas comprobatórias, constando, ainda, a data e assinatura do denunciante, não sendo indicada denúncia de forma anônima.

Tal registro deverá ser encaminhado ao(a) presidente ou a um dos componentes da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), o qual deverá após o recebimento da denúncia colocá-la em pauta imediatamente na reunião ordinária subsequente ao recebimento, ou considerando a gravidade do fato, convocar uma reunião extraordinária, para análise e avaliação imediata da denúncia, que em caso de natureza ética terá seu seguimento por meio do procedimento sindicante.

A denúncia é **irretratável**, ou seja, uma vez elaborada e protocolada na Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), não pode ser retirada por nenhuma das partes envolvidas – denunciante ou denunciado, ou por qualquer membro da CEE, ou qualquer profissional de enfermagem, e, portanto, deve ser apurada.

A denúncia somente será passível de retratação entre as partes, denunciante e denunciado, quando o(s) fato(s) denunciado(s) se der(em) por questões administrativas entre profissionais de enfermagem, por divergência(s), sem danos de qualquer natureza às partes e a terceiros.

Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado imediatamente da Comissão (CEE), em caráter preventivo, enquanto perdurar o procedimento sindicante e a apuração pelo Conselho de Enfermagem.

Por estes motivos, é fundamental que a Comissão de Ética de Enfermagem promova orientações aos profissionais de enfermagem, quanto a sua atuação, a análise de procedimentos sindicantes, e seus possíveis desdobramentos, para que ao apresentar uma denúncia, o profissional denunciante tenha a real dimensão de sua importância para a apuração de supostas infrações ético-disciplinares, bem como da responsabilidade de seus atos ao elaborar a denúncia.

De outro modo, se eventualmente elaborada de modo irresponsável e infundada, uma denúncia, além de acarretar possíveis danos ao profissional denunciado, pode estar correlacionada com injuria, calúnia ou difamação, e pode, por sua vez, conferir ao denunciante a posição de denunciado, no procedimento sindicante, na Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) e no Processo Ético no Conselho Regional de Enfermagem.

7.2 DA INSTAURAÇÃO DO PROCEDIMENTO SINDICANTE

O procedimento sindicante deverá ser instaurado mediante denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada, procedente de:

A. paciente(s)/ usuário(s) do serviço de saúde, familiar(es), acompanhante(s), profissionais de enfermagem e de outras áreas da saúde e colaboradores da instituição;

B. deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), quando do conhecimento de indício(s) de irregularidade(s) ético-disciplinares, praticada por profissionais de enfermagem, no exercício de suas atividades;

C. determinação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná.

É impedimento para participar e deliberar no procedimento sindicante o componente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), que deverá ser substituído, por motivo de:

• ser amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer parte(s);

• seja ou tenha sido cônjuge, ou tenha parentesco ascendente ou descendente, até terceiro grau, respondendo a processo por fato análogo;

• ele próprio, seu cônjuge, ou ex-cônjuge, parente consanguíneo, ou afim até o terceiro grau, seja litigante em processo que tenha de ser julgado por qualquer parte(s);

• tenha aconselhado qualquer parte(s);

• ser chefe imediato de parte(s);

• ser subordinado direto de qualquer parte(s);

• ser credor ou devedor, tutor ou curador de qualquer parte(s); e

• ser sócio, acionista ou administrador de pessoa jurídica, da(s) parte(s) envolvida ou interessada no processo.

Quando houver impedimento ou suspeição, o(s) membro(s) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), deverá se abster de atuar no procedimento sindicante, desde sua instauração, o que deve(m) declarar de imediato.

As partes – denunciante e denunciado poderão ser acompanhadas por advogado(s) constituído(s) por meio de procuração (procuradores), em qualquer fase do procedimento sindicante.

A Comissão de Ética de Enfermagem ao instaurar o procedimento sindicante, comunicará formalmente (por escrito) o profissional denunciado, por meio de notificação, quanto ao(s) fato(s), solicitando-lhe no prazo de 7 (sete) dias úteis, a partir da data da assinatura do recebimento da notificação, sua manifestação por escrito.

A notificação deverá ser formalizada, direto ao(s) profissional(is), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do(s) profissional(is);

Na resposta à solicitação da Comissão de Ética de Enfermagem, o(s) profissional(is) envolvido(s) esclarecerá sua versão do(s) fato(s), elencará suas testemunhas e poderá apresentar provas.

Após a manifestação por escrito do(s) profissional(is) denunciado(s), a Comissão de Ética de Enfermagem procederá a convocação formal do(s) denunciante(s) e da(s) testemunhas para esclarecimento do(s) fato(s) constante(s) na denúncia(s).

A convocação deverá ser formalizada direto ao(a) denunciante e à(s) testemunha(s), de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade e confidencialidade, e na impossibilidade, por via epistolar (correspondência), com o protocolo do aviso de recebimento (AR), para o endereço pessoal do denunciante ou testemunha.

Ressalta-se que caso a denúncia encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) se refira à profissional que não atua, ou deixou de atuar na instituição, por afastamento ou desligamento, a CEE deverá encaminhar a denúncia diretamente para apuração pelo Coren-PR, neste caso, não cabendo a convocação do profissional de enfermagem para esclarecimentos junto à CEE.

Havendo a necessidade da participação de profissionais de outras áreas, para elucidação dos fatos, os mesmos poderão ser convidados formalmente para esclarecimentos, durante o procedimento sindicante, na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento.

Cabe salientar que as partes – denunciante(s) e denunciado(s) podem elencar testemunhas, que por meio de seus depoimentos contribuirão na elucidação do(s) fato(s), com veracidade, porém jamais as testemunhas poderão ser coagidas ou compelidas a responder o que não condiz com os ditames éticos e legais, pois se assim o fizerem poderão também ser responsabilizadas.

O descumprimento da notificação ou convocação, e das demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que não forem justificados, deverão ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem para análise.

No mínimo dois membros da Comissão de Ética de Enfermagem deverão estar presentes quando da coleta dos depoimentos. Para o registro dos depoimentos, sugere-se a elaboração prévia, de

questionamentos a serem aplicados aos depoentes, os quais deverão ser ouvidos na seguinte ordem:

1º - Denunciante;

2º - Testemunhas do denunciante;

3º - Testemunhas do denunciado;

4º - Testemunhas eventuais arroladas pela Comissão e acareação, se necessária,

5º - Denunciado.

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá registrar todos os depoimentos dos envolvidos, de forma individual, reduzindo-se a termo as declarações e colhendo a assinatura do depoente, e do respectivo procurador, quando houver, ao final do documento. O(a) presidente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) conduzirá o registro dos depoimentos; O(a) secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) será responsável pela transcrição dos depoimentos, de forma manuscrita legível ou digitada, além de organizar toda documentação reunida (denúncia, depoimento dos envolvidos, registros em prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros documentos), indicando no relatório o local dos documentos onde se apresenta(m) o(s) fato(s).

O termo de declaração deverá ser digitado, sem rasuras, espaços em branco, e conter, inicialmente:

• data, local e horário, em números escritos por extenso;

• o nome completo do depoente (sem abreviação);

• número da inscrição profissional no Conselho de Enfermagem;

• a declaração do(s) depoente(s);

Após a realização da confecção e leitura do termo de declaração pelo(s) depoente(s) e assinatura do depoente(s) e membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), pode-se fornecer cópia do depoimento ao depoente que assim o requisitar, orientando-lhe quanto ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação do exercício profissional de enfermagem, quanto a manter o sigilo e discrição quanto das informações prestadas, para não comprometer a apuração do(s) fato(s).

A Comissão (CEE) poderá formular e emitir um termo de comparecimento ao depoente.

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem também devem assinar o termo de depoimento. Em havendo mais de uma folha, cada uma das folhas deverá ser rubricada por todos os presentes, todas as folhas deverão conter autuação com numeração sequencial.

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser juntados aos autos do procedimento sindicante.

O acesso aos autos do procedimento sindicante é facultado somente às partes – denunciante(s) e denunciado(s), advogado(s) formalmente designados como procuradores, se constituído(s), e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Após a conclusão do procedimento sindicante, os membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) que colheram o(s) depoimento(s) e analisaram documento(s) deverão produzir o relatório conclusivo, contendo duas partes:

- **expositiva:** deve constar um relato objetivo da apuração da(s) denúncia(s), do(s) depoimento(s) e do(s) fato(s);
- **conclusiva:** deve relatar se há ou não indícios de suposta infração ética, as providências adotadas até a conclusão do procedimento sindicante e os encaminhamentos a serem realizados.

Após elaboração do relatório conclusivo, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para leitura e emissão do relatório conclusivo do procedimento sindicante, sem emitir juízo de valor relacionado ao(s) profissional(ais) envolvido(s) e fato(s) apurado(s), limitando-se à narrativa da(s) atividade(s) de apuração.

Norteados pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), legislação profissional de enfermagem, normatizações e regulamentações emanadas pelo Cofen – Coren-PR, a Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) iniciará a apreciação do relatório.

O relator procederá à apresentação com a leitura do relatório conclusivo.

Os demais membros da Comissão de Ética de Enfermagem deliberarão sobre o relatório conclusivo, exceto o(a) Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), pois o(a) Presidente somente manifestará sua deliberação, sob a forma de "voto de Minerva", no caso de empate, assim, portanto, o seu voto se dará somente para o desempate.

Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Não cabe à Comissão de Ética de Enfermagem a caracterização e aplicação de penalidades às infrações éticas e disciplinares em enfermagem, tal atribuição é de competência exclusiva dos Conselhos de Enfermagem.

Em casos de outros questionamentos, não descritos neste manual, relacionados com a instauração e apuração de procedimento(s) sindicante(s) a Comissão de Ética de Enfermagem deverá consultar o Coren -PR

7.3 QUESTÕES ADMINISTRATIVAS ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, sem implicações para a atuação da equipe de enfermagem e a assistência prestada ao (s) pacientes/ usuários do serviço de saúde, sem envolver riscos a terceiros, e a segurança de paciente e profissional de enfermagem, e sem supostas infrações ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, a Comissão de Ética de Enfermagem, deverá encaminhar os fatos para o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para ciência, processo decisório e prosseguimento na tramitação junto à direção da instituição.

7.4 CONCILIAÇÃO ÉTICO-PROFISSIONAL

A conciliação realizada pela CEE, entre profissionais de enfermagem, está prevista no artigo 2, e seu § 1º, da Resolução Cofen 593/2018; e Art. 50, § 1º , § 2º e § 3º, respectivamente.

Quando o fato denunciado se tratar somente de questões administrativas, envolvendo dois ou mais profissionais de enfermagem, por desentendimento, por divergência de opiniões ou discordância de situações e atitudes, e que não tenha acarretado danos: aos pacientes/ usuários do serviço de saúde, demais profissionais, e a terceiros, sem enquadrar-se em infração ético-disciplinar prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, poderá ser proposta pela CEE, em qualquer fase do procedimento sindicante, a conciliação entre as partes envolvidas, mediante a análise do histórico de conduta(s) do profissional, com a retratação e ajustamento de conduta, possibilitando o arquivamento dos autos do procedimento sindicante.

Ao se realizar a análise da denúncia, para se proceder a conciliação, há que se considerar se o fato envolve apenas situação de desentendimento interprofissional, e o histórico de conduta do(a) profissional denunciado(a), e se o mesmo já cumpriu ou descumpriu conciliação anteriormente realizada, ainda que por fato e em processo diverso.

Ressalta-se que a conciliação entre as partes poderá ocorrer em qualquer fase do procedimento sindicante, desde o recebimento da denúncia pela CEE até a finalização do relatório conclusivo. Para que ocorra a conciliação é fundamental que os membros da Comissão de Ética aprimorem seus conhecimentos quanto à mediação e resolução de conflitos entre pessoas, onde os membros da Comissão possam atuar como um mediador/ conciliador, para possibilitar a solução, a fim de atender ao requisitado pelas partes envolvidas, desde que ética e legalmente possível, e sem interferir na decisão, porém chegando a um acordo comum e satisfatório a ambas as partes.

É salutar que a CEE promova estudos no Serviço de Enfermagem, antevendo situações que possam ocasionar desentendimentos ou divergências entre os profissionais de enfermagem, para propor uma consciência ética aos profissionais com vistas a um ambiente harmonioso, e com redução de riscos, ou possíveis danos, e consequentes desdobramentos advindos destes conflitos interprofissionais.

A conciliação/mediação de conflitos pode ser estimulada e proposta pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), apenas em situações de desentendimento nas relações interprofissionais, sem riscos ou danos aos profissionais envolvidos ou a terceiros.

É importante saber que jamais a conciliação/mediação pode ser imposta às partes — denunciante(s) e denunciado(s) —, o que contraria os pressupostos éticos e legais da profissão, e poderá, por conseguinte, implicar em responsabilização ao(s) membro(s) da CEE.

Por esta razão, cabe salientar que a Comissão de Ética de Enfermagem, tendo em vista a manifestação de vontade do(s) profissional(is) em conciliar, deve conversar previamente, em separado, em ambiente adequado e privativo, com o(s) profissional(is) envolvido(s), e somente após a vontade das partes, realizar o ato de conciliação, pois não cabem outras discussões e desentendimentos entre os profissionais neste momento, perante os membros da Comissão.

Ocorrendo a conciliação, a Comissão promoverá as orientações pertinentes, e deverá ser emitida a Ata de Conciliação com a assinatura dos envolvidos, e a ciência do Presidente da CEE.

O ato de conciliação constará de Ata da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE), ao final, deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e haverá o posterior arquivamento nos autos do procedimento sindicante. É importante frisar aos profissionais de enfermagem que uma vez conciliados eticamente, se encerra a lide, e, por conseguinte naquele momento encerra-se o assunto e o desentendimento, não cabendo, portanto, outros desdobramentos, como: comentários inoportunos, extensão do assunto ou novos desentendimentos pelo mesmo motivo, pois se assim o for, haverá nova denuncia e consequentemente novo procedimento sindicante na CEE.

Não ocorrendo conciliação, o procedimento sindicante prosseguirá em seu trâmite normal, e após o trâmite do procedimento sindicante, ao final, a cópia do relatório conclusivo deve ser encaminhada para ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), e cópia integral dos autos devem ser encaminhados e protocolados no Coren-PR.

7.5 PROCEDIMENTO SINDICANTE PARA FATOS GRAVES, COM RISCO E/OU DANOS E INDÍCIOS DE INFRAÇÃO ÉTICA

Quando o fato denunciado for considerado grave e tenha acarretado riscos ou danos a terceiros, enquadrando-se como suposta infração ético-disciplinar ao Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem e a legislação profissional de enfermagem, deverá ser realizado o procedimento sindicante, e após sua finalização o encaminhamento obrigatório dos autos, na íntegra, ao Conselho Regional de Enfermagem.

São considerados fatos graves, com a suposta infração ético-disciplinar, e que devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem:

I. que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade, ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições, ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

II. que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

III. que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa, ou ainda as que causem danos: mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

IV. que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Cabe aos membros da CEE, ao receber a denúncia, mediante a gravidade do fato, deliberar quanto à apuração pela CEE ou seu encaminhamento imediato ao Conselho Regional de Enfermagem.

Mediante o envio ao Conselho, o Presidente da CEE deverá cientificar o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), quanto ao encaminhamento.

É fundamental que a CEE, independente da deliberação, dê ciência formal aos envolvidos, denunciante e denunciado quanto ao(s) encaminhamento(s) e encerramento do procedimento sindicante, posto que tal atitude irá conferir o devido respeito e a legitimidade dos atos praticados pela Comissão de Ética (CEE).

Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a cópia integral do procedimento sindicante deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, a saber:

a. denúncia(s);

b. notificação de instauração de procedimento sindicante ao(s) denunciado(s);

c. manifestação formal do(s) denunciado(s) à Comissão de Ética de Enfermagem;

d. convocação do(s) denunciante(s), e das testemunha(s);

e. convite(s) para esclarecimento(s) de profissionais de outras áreas, se houver;

f. termo(s) de depoimento(s): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais e do(s) denunciado(s);

g. solicitação de documento(s) e diligências pela Comissão;

h. cópia de documentos analisados e documentos comprobatórios dos fatos;

i. ata(s) e relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem referentes ao procedimento sindicante;

j. protocolo de ciência do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico quanto ao relatório conclusivo do procedimento sindicante;

k. ciência do(s) denunciante(s) e denunciado(s) quanto a deliberação, encaminhamentos e encerramento do procedimento sindicante;

l. ofício de encaminhamento ao Conselho Regional de Enfermagem do Paraná;

m. termo de encerramento do procedimento sindicante na Comissão de Ética de Enfermagem

Tendo em vista que os membros da CEE também são profissionais de Enfermagem, quando do não cumprimento das disposições legais da Resolução Cofen 593/2018 e/ou inobservância à legislação profissional de Enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, estes podem ser responsabilizados.

Em caso de impedimento da realização dos trabalhos e do(s) procedimento(s) sindicante(s) pela CEE, o(a) presidente, o(a) secretário(a), ou seu(s) membro(s) devem comunicar formalmente e, de imediato, o Coren-PR. O Coren-PR, embasado nos relatórios enviados pelas CEEs, se necessário, promoverá reuniões com os componentes da Comissão para esclarecimentos e orientações quanto o procedimento sindicante.

7.6 DOCUMENTOS QUE COMPÕE OS AUTOS DOS PROCEDIMENTOS SINDICANTES

Para organização das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) nos procedimentos sindicantes, segue a seguinte disposição dos documentos, com numeração e autuação, em pasta, no processo físico que compõe o procedimento sindicante:

1. Capa contendo (a identificação da Comissão de Ética de Enfermagem, o número do procedimento sindicante, a data de instauração, o assunto da denúncia, a identificação do(s) denunciante(s) e denunciado(s), o volume do processo, identificação dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem);

2. A denúncia;

3. Notificação ao(s) denunciado(s) com o informe de instauração de procedimento sindicante e solicitação de manifestação por escrito;

4. Manifestação formal do denunciado;

5. Solicitação e análise de documentos (cópias de escalas, fichas de atendimento, relatórios de enfermagem, anotações de enfermagem, prontuários);

6. Convocações: do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);

7. Termos de depoimentos (oitivas): do(s) denunciante(s), da(s) testemunha(s), outros profissionais de outras áreas (se necessário), e do(s) denunciado(s);

8. Solicitação de novas diligências (depoimentos, solicitação e análise de documentos, entre outros)

9. Termo de conciliação (quando houver);

10. Ata de conciliação (quando houver);

11. Relatório conclusivo da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);

12. Cópia da Ata de reunião com deliberação da CEE;

13. Termo de encaminhamento(s) ao Coren-PR e ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de suposta infração ético-disciplinar, com protocolos de recebimento; ou

14. Termo de encaminhamento ao (a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico, de indícios de infração administrativa, com protocolos de recebimento;

15. Ofício para ciência das partes quanto ao encerramento do procedimento sindicante na CEE;

16. Termo de encerramento do procedimento sindicante;

7.7 PRAZOS DO PROCEDIMENTO SINDICANTE:

- Apresentação da denúncia à CEE: imediato na primeira reunião ordinária, ou devido a gravidade do fato – imediato em convocação de reunião extraordinária;
- Notificação ao profissional denunciado: imediato após instauração na CEE do Procedimento Sindicante;
- Manifestação do profissional denunciado: 07 (sete) dias úteis após recebimento da notificação da CEE quanto a instauração do Procedimento Sindicante;
- Apuração de procedimento sindicante: 30 (trinta) dias, prorrogáveis por apenas 30 (trinta) dias;
- Envio ao Coren-PR de cópia de Procedimento Sindicante: imediato após encerramento do procedimento sindicante;
- Envio de relatório de conclusão de Procedimento Sindicante ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a): imediato após encerramento de procedimento sindicante;

8.ENCAMINHAMENTO(S) AO(À) ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

O(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), de acordo com a Resolução Cofen nº 509 de 15 de março de 2016, em seu artigo 2º, parágrafo IV é definido como o Enfermeiro(a), nos termos da Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) e emitida a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT).

Conforme dispõe a mesma Resolução, em seu artigo 3º, toda empresa/ instituição em que há serviços ou ensino de Enfermagem, deve apresentar a Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), devendo a mesma ser afixada em suas dependências, em local visível ao público.

O(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para dirigir o Serviço de Enfermagem, pode com vistas a uma gestão participativa estimular a composição de comissões que o auxiliem na gestão, tais como, as comissões de: implantação da sistematização da assistência de enfermagem, elaboração de protocolos, avaliação de feridas e curativos, verificação de prontuários, segurança do paciente, e também a Comissão de Ética de Enfermagem.

Dentre as atribuições do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), relacionadas com a formação, implantação e funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem estão dispostas, no artigo 10, parágrafos I, V, VI, e X, respectivamente, da Resolução Cofen nº 509/2016:

- o cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;
- intermediar junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem;
- colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender as solicitações ou convocações que lhe forem demandadas pelo Conselho Regional de Enfermagem.

No caso específico da CEE, cabe ao(à) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) o estímulo aos profissionais de enfermagem e a designação da Comissão Eleitoral que iniciará o processo eleitoral para a eleição dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Em caso de impossibilidade de uma eleição, por desinteresse ou quórum insuficiente de profissionais, a Comissão Eleitoral comunicará ao(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) o fato, e estes comunicarão ao Conselho Regional de Enfermagem, e somente neste caso, os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão designados.

A partir da formação da Comissão de Ética de Enfermagem, esta tem autonomia para desenvolver suas atribuições, em conformidade com a legislação profissional – Resolução Cofen 593/2018 e os princípios éticos que regem a profissão, dispostos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Cabe ressaltar que o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) tem por atribuição da posição hierárquica que ocupa, o papel de comando e direção, previsto em legislação.

Portanto, mediante fatos contendo irregularidades/ ilegalidades envolvendo profissionais de enfermagem, o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) deve de imediato adotar providências administrativas, como: a orientação ao profissional, ou em última análise, até mesmo aplicação de penalidades administrativas (previstas no regimento de enfermagem), e na legislação trabalhista e estatuto do servidor, como: orientação com registro em ata, advertência, suspensão administrativa, entre outras medidas.

O fato do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) instituir a composição de uma Comissão de Ética de Enfermagem não inibe ou anula suas decisões administrativas, porém poderá contribuir com subsídios para a adoção de uma decisão quanto as questões relacionadas à ética profissional. Assim, mediante a gravidade de um fato envolvendo profissional(is) de enfermagem, vinculado(s) ao Serviço de Enfermagem da instituição, é fundamental esclarecer que o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), poderá:

- de imediato adotar as providências administrativas;
- e em caso de suposta infração ética e disciplinar, para melhor elucidação do fato, solicitar a apuração pela Comissão de Ética de Enfermagem, por meio do procedimento sindicante, que poderá desdobrar- -se para uma análise ético-profissional no Coren-PR;
- também encaminhar para outras comissões relacionadas à ética como comissões sindicantes para análises éticas e administrativas, para responder aos órgãos públicos.

Uma vez instaurado um procedimento sindicante, pela CEE, este deve ser pautado nos princípios éticos e legais, e a sua apuração compete exclusivamente à Comissão de Ética de Enfermagem, com imparcialidade e isenta de interferências externas, inclusive do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a).

Após a deliberação do procedimento sindicante, pela Comissão de Ética de Enfermagem, o relatório conclusivo deverá ser protocolado pelo Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a), para sua ciência, pois assim, a Comissão de Ética o torna conhecedor da sua deliberação, e subsidia suas ações para providências subsequentes, se necessárias.

E também para que quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem, o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) seja conhecedor da decisão da Comissão de Ética, colaborando assim, com

as atividades de fiscalização e processos éticos do Coren-PR, pois quando de uma averiguação pelo Conselho, por vezes, o primeiro profissional a ser interpelado para a elucidação dos fatos é o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a).

Na hipótese de o(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) estar envolvido no caso como denunciado, este deverá ser ouvido em procedimento sindicante e poderá fazer vista dos autos, porém o acompanhamento dos depoimentos (oitivas) e a deliberação são atos da Comissão de Ética de Enfermagem, que deverá cientificá-lo após sua deliberação e também, de mesmo modo, encaminhar os autos do procedimento sindicante ao Coren-PR.

No caso de qualquer impedimento, por qualquer profissional, e em qualquer procedimento sindicante, os membros da CEE, em cumprimento aos princípios éticos profissionais e a legislação profissional de enfermagem, deverão, de imediato, comunicar ao Coren-PR, que procederá o acompanhamento dos fatos e a apuração conforme suas prerrogativas. Assim, em respeito aos princípios éticos e legais inerentes à atuação dos profissionais de enfermagem, é de suma importância o papel do(a) Enfermeiro(a) Responsável Técnico(a) para a formação e atuação das Comissões de Ética de Enfermagem, e desta com para as medidas preventivas evitando ocorrências éticas, e por fim, quando necessária a apuração dos fatos envolvendo profissionais de enfermagem e sua deliberação.

9. REFERÊNCIAS

1. RESOLUÇÃO COFEN Nº 593/2018. º Normatizar a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem - CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem
2. CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO DO SISTEMA COFEN/CONSELHOS REGIONAIS DE ENFERMAGEM APROVADO PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 706/2022
3. LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.
4. MANUAL DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. 4 EDIÇÃO. COREN SP; 2023.

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Raquel Emilia da Silva Wiederkehr Direção de Enf. na Rede de Urgência e Emergência Portaria n° 97 de 22/02/2024	Juliana de Lima Ventura Direção do Departamento de Urgência e Emergência de Toledo Portaria 322 de 17/06/2021

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N° 04 de 02 de março de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o § 1º, incisos I e II do Art. 59 da Lei Orgânica do Município,

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (2019), que regulamenta todos os serviços e procedimentos que devem ser ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS);

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 1 do Ministério da Saúde (2013), que trata sobre a Atenção Domiciliar e o SUS, Diretrizes para Atenção Domiciliar na Atenção Básica, Pressupostos da Atenção Domiciliar, Gestão dos serviços de Atenção Domiciliar, Perfil de elegibilidade do paciente para Atenção Domiciliar e o papel dos cuidadores na Atenção Domiciliar;

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 2 do Ministério da Saúde (2013), que trata sobre a Gestão do cuidado na Atenção Domiciliar, Diretrizes para classificação de complexidade dos cuidados em Atenção Domiciliar e Procedimentos mais comuns na Atenção Domiciliar;

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 1 do Ministério da Saúde (2013), o qual define que na Modalidade AD1 de Atenção Domiciliar estarão os usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde). Que essa modalidade tem as seguintes características: Permite maior espaçamento entre as visitas de acordo com a avaliação clínica de uma visita mês; Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade; Menor necessidade de recursos de saúde; Não necessita de atendimento médico frequente. E que tem como critério de Inclusão: Ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da AD; Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde; Necessitar de cuidados numa

frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica; Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3.

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 1 do Ministério da Saúde (2013), que diz que a atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados. Também que o cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Onde a pessoa identificada para ser o cuidador pode realizar tarefas básicas no domicílio, assistir a pessoa sob sua responsabilidade, prestando-lhe, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis, auxiliando na recuperação.

Considerando que conforme o Caderno de Atenção Domiciliar volume 1 do Ministério da Saúde (2013), o cuidador pode exercer as seguintes atribuições: Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima; Estimular e ajudar na alimentação; Ajudar a sair da cama, mesa, cadeira e a voltar; Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações); Participar do tratamento diretamente observado (TDO); Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto; Servir de elo entre o usuário e a equipe de saúde; Administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição; Comunicar à equipe de saúde as intercorrências;

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 2 do Ministério da Saúde (2013), o cuidador é um ator relevante para a efetivação da AD e deve ser considerado pelas equipes, que deverão envolvê-lo no cuidado ciente de todas as dificuldades existentes durante o processo. Partindo desse princípio, os familiares/cuidadores devem ser capazes de realizar algumas ações e procedimentos de menor complexidade necessários no cuidado em AD. Esse processo de corresponsabilização desses atores no cuidado, além de desejável, é necessário. Alguns procedimentos/ações em Saúde que podem ser realizados pelos familiares/cuidadores: Higienização; Troca de bolsas coletoras; Banho no leito; Administração de medicamentos por via oral (VO); Registro dos horários de sono, frequência da diurese e evacuações; Aferição da temperatura; Aviso de sinais de alerta; Mudança de decúbito; Administração de dietas enterais e cuidados com as sondas; Cateterismo vesical intermitente – técnica limpa; Hidratação da pele.

Considerando o Caderno de Atenção Domiciliar volume 2 do Ministério da Saúde (2013), Anexo J - Tabela de Avaliação de Complexidade do Paciente AD1, onde orienta a organização do processo de trabalho a partir da definição do nível de apoio e suporte oferecido pela equipe de saúde, onde o paciente avaliado que possuir pontuação máxima, receberá: Visita mensal do ACS, Visita da Enfermagem mensal e atendimento em casos de

intercorrências, Atendimento médico bimestral e atendimento em casos de intercorrências, Atendimento do Técnico em Enfermagem ou Enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe, Atendimento do Serviço Social de suporte se necessário, Acionar o EMAD em caso da necessidade de atenção, superar a capacidade de oferta da ESF.

Considerando a condição clínica do paciente Alessandro da Costa, que possui quadro de paraplegia por sequela de trauma raquimedular por ferimento de arma de fogo em 2015, múltiplas lesões por pressão, em uso de cistostomia e colostomia, institucionalizado na Residência Inclusiva desde abril de 2022.

Considerando Autos Nº 0007365-64.2020.8.16.0170, Clausula 6ª e Clausula 7ª, que tratam da garantia de atendimento e acompanhamento de saúde do usuário;

Considerando que o município de Toledo possui Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD, que atende os pacientes classificados nas modalidades AD2 (média complexidade), caracterizados por usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica e AD3 (alta complexidade) modalidade destinada à usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. Sendo pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

Considerando atendimento domiciliar realizado pelo EMAD para avaliação do paciente Alessandro da Costa, onde segundo o relatório da equipe o paciente possui condições de deslocar-se até a Unidade Básica de Saúde e Ambulatório de Feridas para atendimento, que possui dependência parcial para auto cuidado e finaliza classificando o paciente como inelegível ao EMAD e orienta manter o acompanhamento pela ESF.

Considerando que há relatos que o paciente frequentemente desloca-se para realizar atividades diversas fora do ambiente da Residência Inclusiva.

RESOLVE:

Art. 1º Padronizar o atendimento prestado pela Rede de Atenção Primária à Saúde ao paciente Alessandro da Costa, institucionalizado na Residência Inclusiva do Município de Toledo;

Art.2º Determinar que a Unidade Básica de Saúde (UBS) do território em que está inserida a Residência Inclusiva, deverá prover os atendimentos e acompanhamentos necessários ao paciente Alessandro da Costa, com a periodicidade necessária, de acordo com avaliação da equipe de saúde conforme preconizado pelos Cadernos da Atenção Primária do Ministério da Saúde.

Art.3º Visita Domiciliar deve ser realizada mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde, Técnico em Enfermagem e Médico, conforme cronograma de visitas domiciliares estabelecido pela UBS e acordado previamente entre a Unidade Básica de Saúde e a Residência Inclusiva;

Art.4º Consulta Médica deverá ser agendada na UBS, conforme necessidade do paciente e disponibilidade de vaga na UBS; Podendo haver contato prévio da Residência Inclusiva com a equipe da UBS para verificar a disponibilidade;

Art.5º Curativo será realizado na Residência Inclusiva pelo Técnico em Enfermagem da UBS de referência, conforme avaliação e prescrição de enfermagem ou médica. O Enfermeiro da UBS deverá avaliar semanalmente as lesões do paciente para prescrever as condutas necessárias para continuidade do tratamento e deixar a prescrição disponível para todos os demais profissionais que participam do cuidado do paciente. É indispensável o registro de todas as condutas em prontuário eletrônico. O Enfermeiro deverá capacitar o cuidador para realizar as trocas de curativos secundárias (gazes e chumaços saturados) quando necessárias.

§ 1º Durante a semana, de segunda a sexta feira, os curativos serão realizados pela equipe da UBS e nos finais de semana e feriados, serão realizados pela equipe do EMAD;

§ 2º A periodicidade de acompanhamento do paciente no Ambulatório de Feridas é de responsabilidade e critérios definidos pelos profissionais do próprio ambulatório.

Art. 7° Troca de Cateter de Cistostomia será realizada pelo Enfermeiro da UBS mensalmente;

Art. 8º Em situações de Internamento que ocorrerem no município será de responsabilidade do cuidador da Residência Inclusiva acompanhar o paciente durante o período do internamento, visto que os cuidados de saúde durante a permanência do mesmo em ambiente hospitalar são de responsabilidade da equipe de saúde do Hospital/Pronto Atendimento.

Parágrafo único - A Residência Inclusiva deve comunicar à equipe da UBS de referência quando ocorrer internamento do paciente e comunicar o retorno para a residência;

Art. 9º Em situações de Viagens para procedimentos de saúde fora do município de Toledo, o acompanhamento de profissional de saúde durante o transporte e a permanência do paciente fora do município será organizado a partir da avaliação do procedimento que será realizado, do tempo de permanência fora do município e da condição clínica do paciente após a alta hospitalar, para definir se há necessidade de Técnico em Enfermagem durante o período fora do município;

Parágrafo único - Durante a permanência do paciente em ambiente hospitalar é responsabilidade da equipe de saúde do Hospital prover todos os cuidados de saúde necessários ao mesmo.

Art. 10 Em situações de Urgência e Emergência a equipe da Residência Inclusiva pode encaminhar o paciente por meios próprios ao Pronto Atendimento Municipal - PAM ou Unidade de Pronto Atendimento - UPA ou poderá acionar o SAMU.

Art. 11 A UBS será responsável por disponibilizar capacitação para os cuidadores referente aos cuidados necessários a serem prestados ao paciente: medidas de conforto, higiene pessoal, administração de medicamentos conforme receita médica, cuidados com a bolsa de colostomia, manuseio de cistostomia, mudança de decúbito e demais temáticas que avaliar pertinente. Conforme organização prévia entre UBS e Residência Inclusiva;

Art. 12 Fica estabelecido que mediante encerramento do Contrato de Processo Seletivo Simplificado – PSS em 31 de março de 2023, os profissionais de saúde atualmente alocados na Residência Inclusiva serão desligados.

A partir de 01 de abril de 2023 entra em vigor a Instrução Normativa nº 04 - SMS e fica revogada a Instrução Operacional Conjunta nº 001/2022 – SMAS/SMS de 18 de julho de 2022.

Toledo, 02 de março de 2023.

_____

TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora da Rede de Atenção Primária à Saúde

_____

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde

Assinaturas

Documento: 7554/2023 - Instrução_Normativa_004.2023_Residência_Inclusiva .pdf
Data: 06/03/2023 14:56:31 Situação: Pendente de assinatura

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por TATIANE VEIGA RODRIGUES na data 08/03/2023 09:45.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/7554/2023

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 14/03/2023 08:07.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/7554/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE TOLEDO
Secretaria **de Saúde**
Departamento de Odontologia

Protocolo de atendimento odontológico no CERTI

TOLEDO

2023

2.6 - Particularidades do Atendimento Odontológico

2.6.1- Protocolo de atendimento odontológico nos CERTIS:

2.6.1.1- Para atendimento odontológico à pessoa idosa, haverá o seguinte fluxo:

A - Consulta Agendada (presencial ou por telefone)

Todo idoso que possuir carteirinha e estiver em dia com seu tratamento, será atendido preferencialmente nos CERTIS, e gozará do direito de realizar consultas com agendamento prévio. O usuário pode solicitar agendamento anterior ao mês solicitado pelo profissional caso tenha alguma necessidade ou urgência odontológica.

Obs.: Caso a pessoa idosa, apesar de possuir o direito de usufruir de um agendamento mais célere no CERTI, desejar abrir mão deste direito alegando dificuldades de locomoção ou qualquer outro obstáculo que dificulte o acesso do idoso ao CERTI, o idoso deverá ser agendado na sua UBS referência, na vaga de agendamento mais próxima disponível.

B - Consultas de Demanda Espontânea sem dor

Toda pessoa idosa poderá pleitear uma vaga de demanda espontânea tanto na unidade básica de saúde de sua referência quanto nos CERTIs. Na ausência de vagas de demanda do dia, orientar o paciente a realizar nova tentativa no dia seguinte até conseguir consulta. Não encaminhar o paciente de demanda para outra unidade! Quando o usuário de demanda realizar todos os procedimentos necessários receberá uma carteirinha para acompanhamento no CERTI.

C - Consultas de Urgência

Este tipo de consulta será utilizada nos casos de demanda espontânea com dor. As urgências que excederem as vagas de consultas do dia deverão ser estratificadas

pela equipe de saúde bucal (ESB). A equipe odontológica deverá realizar o acolhimento/estratificação e conduzir o atendimento adotando as condutas pertinentes a cada caso de forma individualizada.

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

Documentação Técnica

PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024

Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 Constituição, resolve:

Art. 1º O Capítulo III do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 531. Este Capítulo define a Atenção Domiciliar (AD), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Programa Melhor em Casa (PMeC) e o cuidador no âmbito do SUS. " (NR)

"Art. 532-A. A AD, no âmbito do SUS, deve ser parte da rotina das equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP), conforme as diretrizes da:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos termos do Anexo XXII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017; e

II - Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), nos termos da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. " (NR)

"Art. 533. .....

.....

IV - Otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. " (NR)

"Art. 534. .....

.....

II - Estar articulada com os outros pontos de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado;

.....

IV - Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, tendo em vista a ampliação da autonomia do(s) usuário(s), da família e do(s) cuidador(es). " (NR)

"Art. 535. A AD é indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos. " (NR)

"Art. 537. As equipes que realizam AD têm como atribuições:

I - Realizar assistência à saúde dos usuários, de acordo com suas necessidades de integração com a RAS;

.....

VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, a partir dos critérios de elegibilidade em cada ponto da rede, tendo em vista a transição do cuidado segura, a otimização da assistência às demandas de reabilitação intensiva e a redução do tempo de espera para cirurgias eletivas; e

....." (NR)

"Art. 538. Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD devido a adoecimento por condição crônica estável e a restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu Plano Terapêutico Singular (PTS).

Parágrafo único. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e conforme o preconizado na PNAB e demais normas aplicáveis. " (NR)

"Art. 539. Considera-se elegível, na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, e que apresente as seguintes condições clínicas:

I - Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;

II - Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;

III - Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e

IV - Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais". (NR)

"Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário:

I - Que se enquadre em qualquer das situações listadas no art. 539 e que necessite de:

a) Cuidados predominantemente multiprofissionais; e

b) Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como:

1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;

2. Nutrição parenteral;

3. Transfusão sanguínea;

4. Diálise peritoneal;

5. Hemodiálise;

6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras);

7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou

8. Condições crônico-degenerativas progressivas; e

II - Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

§ 1º Os usuários com necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise continuarão vinculados à equipe assistencial de sua referência nas clínicas ou centros de terapia renal substitutiva particulares ou conveniadas ao SUS e, a qualquer momento de necessidade clínica, serão referenciados para tais serviços, em conformidade com a integralidade de seu cuidado.

§ 2º A responsabilidade e o protagonismo do SAD/PMeC com os usuários da modalidade AD 3 não excluem a responsabilidade dos serviços da APS com relação à sua população adscrita nem a necessidade de um plano de cuidado compartilhado. " (NR)

"Art. 542. Ao usuário em AD acometido por intercorrências agudas que não sejam possíveis de serem resolvidas pela equipe do SAD, deverá ser garantido pelo conjunto de pontos de atenção da RAS o transporte para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, previamente definidas como referência para pacientes do SAD.

Parágrafo único. O transporte eletivo dos pacientes do SAD/PMeC deverá ser realizado na lógica da rede integrada, pelos equipamentos da RAS implantados para esse fim, como transporte sanitário. " (NR)

"Art. 543. A permanência e a alta do paciente em reabilitação no SAD/PMeC observarão o seguinte:

I - A transição do cuidado segura, conforme as diretrizes da PNAES; e

II - Poderão ser avaliadas com os instrumentos de desempenho e capacidade funcional, por meio de escalas e classificações diagnósticas respectivas às atribuições profissionais envolvidas no processo de reabilitação, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), na Medida de Independência Funcional (MIF) e demais escalas destinadas à avaliação da capacidade funcional disponíveis na literatura científica. " (NR)

"Art. 544. .....

I - Necessidade clínica que demande assistência de qualquer profissional de saúde presencial permanente e/ou monitorização contínua;

II-A - Residência em município não habilitado para SAD/PMeC;

.....

V-A - Instabilidade hemodinâmica ou respiratória ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, salvo nos casos de cuidados paliativos em fase final de vida em que o usuário já tenha Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) manifestando vontade de falecer em domicílio e equipe (s) do SAD com condições de prestar assistência adequada para alívio do sofrimento. " (NR)

"Art. 545. Em qualquer forma de atendimento pelas equipes do SAD, será necessário um responsável de referência, podendo ser o próprio usuário, caso aprovado pela equipe.

§ 1º A presença de cuidador será obrigatória nos casos de usuários em situações de vulnerabilidade ou dependentes funcionalmente para realização de atividades cotidianas básicas.

§ 2º O descumprimento dos acordos assistenciais pactuados entre equipe multiprofissional e usuário, familiar (es) ou cuidador (es) poderá implicar a exclusão do usuário do PMeC, ocasião em que o atendimento ao usuário poderá ocorrer em outro serviço adequado ao seu caso, conforme organização da RAS local. " (NR)

"Subseção II

Do Programa Melhor em Casa (PMeC) " (NR)

"Art. 545-A. Fica instituído o Programa Melhor em Casa (PMeC) com o objetivo de fomentar a utilização do SAD no âmbito do SUS.

Parágrafo único. O PMeC complementa os cuidados realizados na APS e nos serviços de urgência, substitutivos ou complementares à internação hospitalar, estabelecendo regras para o gerenciamento e a

operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). " (NR)

"Art. 545-B. O PMeC será executado, de modo tripartite, pela União, por intermédio do Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

§ 1º A adesão ao PMeC será realizada pelos municípios, estados ou Distrito Federal interessados mediante solicitação de habilitação e homologação de equipes do SAD.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, não caberá solicitação para um único município por proponente duplo (município e estado concomitantes). " (NR)

"Art. 545-C. Cabe às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal:

I - Planejar, implantar, organizar, gerenciar e executar o SAD no seu território de abrangência;

II - Garantir a composição da equipe assistencial do SAD/PMeC, bem como o fornecimento de insumos, medicamentos e equipamentos necessários ao atendimento;

III - Garantir ao usuário, por meio de fluxos locais pactuados na RAS, os serviços de retaguarda, especialmente os de urgência e emergência, internação hospitalar e referência para especialidades e exames complementares disponíveis na RAS;

IV - Construir com os demais pontos da RAS a regulação do acesso ao SAD/PMeC e os fluxos para os encaminhamentos do SAD aos serviços de referência;

V - Fiscalizar, controlar, monitorar periodicamente, avaliar e incentivar a atuação das equipes para garantir a assistência prestada ao paciente, família e cuidadores, conforme disposto neste Capítulo;

VI - Manter capacitações periódicas contínuas internas das equipes EMAD, EMAP e EMAP-R e externas junto à RAS, com disponibilização no SAD de planilha anual de temas que serão abordados; e

VII - Complementar os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do SAD. " (NR)

"Art. 545-D. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - Prestar assessoria técnica aos municípios nos processos de construção de projetos no âmbito do SAD/PMeC, solicitação de habilitação e implementação nos processos assistenciais e de gestão;

II - Habilitar novas equipes do SAD/PMeC;

III - Realizar monitoramento periódico em conjunto com o Ministério da Saúde e avaliação dos SAD/PMeC, por meio de visitas remotas ou in loco, pelo menos uma vez ao ano;

IV - Promover e participar dos processos que envolvam educação permanente e continuada, bem como elaboração de fluxos interestaduais e municipais;

V - Participar da complementação do financiamento do SAD/PMeC, podendo contemplar recursos destinados à capacitação/formação dos profissionais, aquisição de equipamentos pertinentes a ações assistenciais e de gestão, conforme a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (RENEM), além de recursos atrelados a indicadores que evidenciem a otimização do uso dos leitos hospitalares simples e de UTI; e

VI - Criar fluxo com disponibilização de canal de comunicação oficial para recebimento de demandas técnicas e de solicitações de intervenção nos SAD caso necessário. " (NR)

"Art. 545-E. Cabe ao Ministério da Saúde:

I - Homologar a habilitação SAD/PMeC feita pelos estados, conforme as regras deste

Capítulo;

II - Fazer a gestão do PMeC em âmbito nacional, incluindo monitoramento e avaliação;

III - Prestar assessoria técnica aos demais entes;

IV - Transferir incentivo financeiro aos municípios que tiverem equipes homologadas, para auxílio do custeio do SAD/PMeC; e

V - Produzir materiais de apoio técnico, promover educação permanente e realizar e fomentar pesquisas para aprimoramento contínuo da AD. " (NR)

"Art. 546. As equipes que compõem o PMeC são:

.....

III - Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R).

§ 1º O cadastramento no CNES das equipes do PMeC observará o seguinte:

I - As EMAD e EMAP deverão ser cadastradas, preferencialmente, em unidades de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas;

II - As EMAP-R deverão ser cadastradas, preferencialmente, na APS; e

III - A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD, exceto para municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes, que poderão constituir uma EMAP-R sem a necessidade de constituição prévia de um SAD". (NR)

"Art. 547. As EMAD terão as seguintes composições mínimas e somas de carga horária semanal mínimas, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO):

I - .....

.....

b) profissional (is) enfermeiro (s): 60 (sessenta) horas;

.....

d) profissionais técnicos de enfermagem: 120 (cento e vinte) horas; e

II - .....

.....

d) profissionais técnicos de enfermagem: 120 (cento e vinte) horas.

§ 1º Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter carga horária inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

§ 2º Para SAD composto por duas ou mais EMAD, recomenda-se ter um profissional de nível superior da área de saúde ou gestão para exercer a função de coordenação, bem como um auxiliar administrativo". (NR)

"Art. 548. .....

.....

§ 1º Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

§ 2º A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP será de, no mínimo, 90 (noventa) horas.

§ 3º A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP-R será de, no mínimo, 60 (sessenta) horas". (NR)

"Art. 548-A. A EMAP-R será composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as ocupações a seguir:

I - Fisioterapeuta;

II - Fonoaudiólogo;

III - Nutricionista;

IV - Terapeuta ocupacional;

V - Psicólogo; e

VI - Enfermeiro. " (NR)

"Art. 548-B. Cabe às equipes do SAD/PMeC, com apoio do gestor local e demais atores envolvidos, em consonância com as diretrizes da PNAB e PNAES:

I - Definir protocolos e alinhar fluxos de acesso ao SAD/PMeC com os núcleos internos de regulação dos hospitais e escritórios de gestão de alta hospitalar, de forma a:

a) priorizar a redução do tempo médio de permanência hospitalar e de permanência em Unidade de Pronto Atendimento (UPA);

b) evitar novas internações; e

c) colaborar na redução das listas de espera para procedimentos cirúrgicos e na alta precoce no pós-operatório;

II - Definir protocolos e indicadores assistenciais, bem como alinhar fluxos de alta e de transferência do SAD com as equipes de APS e os serviços de urgência e emergência hospitalar, para seguimento do cuidado;

III - Promover a continuidade segura do cuidado, com possibilidade de utilizar recursos de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e de telessaúde, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e dos conselhos profissionais;

IV - Definir fluxos de transporte e acesso a especialidades, apoio diagnóstico complementar e atendimento ou internação eletiva ou de urgência; e

V - Realizar apoio matricial para as equipes da APS ". (NR)

"Subseção III

Do funcionamento do SAD/PMeC" (NR)

"Art. 549. O SAD será organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual foi habilitado ou nos municípios agrupados, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde, de modo que o cuidado ao paciente seja de responsabilidade de todos os pontos da RAS para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da assistência.

.....

§ 2º A EMAP será acionada somente por meio da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementação às ações da EMAD, devendo atuar a partir do planejamento conjunto entre as equipes.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD/PMeC, o PTS para o usuário deverá ser compartilhado com a equipe de atenção primária de referência.

§ 4º A admissão no SAD/PMeC se dará por meio de encaminhamento ou busca ativa com a utilização de protocolos de elegibilidade, como instrumento de avaliação e complexidade de atenção domiciliar (IAEC-AD), conforme os fluxos pactuados com outros serviços da RAS, de modo a evitar a demanda espontânea do usuário.

§ 5º O encaminhamento do paciente ao SAD/PMeC para a primeira avaliação deverá:

I - Ser realizado, prioritariamente, por meios digitais, como e-mail ou sistema informatizado;

II - Utilizar instrumentos específicos contendo os critérios para admissão; e

III - Ser preenchido por profissional devidamente identificado e assinado com registro profissional e telefone de contato.

§ 6º Não será admitido paciente diretamente pela EMAP para reabilitação, sendo necessária sempre a avaliação inicial pela EMAD para decisão de elegibilidade ao SAD/PMeC.

§ 7º As EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência, com o intuito de:

I - Potencializar busca ativa para desospitalização pré-hospitalar e hospitalar;

II - Propiciar retaguarda para intercorrências de pacientes domiciliados fora do horário de funcionamento do SAD/PMeC; e

III - Facilitar fluxo para apoio diagnóstico, utilização de medicações especiais e outros insumos eventualmente necessários e disponíveis em hospitais e urgências.

§ 8º Excepcionalmente, a EMAD e a EMAP poderão estar localizadas em outros estabelecimentos que não os citados no § 7º, devendo constar justificativa no projeto enviado para habilitação.

§ 9º As EMAP-R deverão estar vinculadas, preferencialmente, a estabelecimentos da APS, sendo dispensada a exigência de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas. " (NR)

"Art. 550. A admissão do usuário ao SAD/PMeC exigirá sua prévia concordância ou de seu responsável legal e, se for caso, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

Parágrafo único. Também haverá a necessidade de concordância do paciente, de seu responsável legal, se for o caso, ou de familiar ou cuidador para fins de desligamento por alta administrativa do SAD/PMeC, devendo ser preenchido e assinado o termo de recusa de atendimento respectivo. " (NR)

"Art. 551. Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada, a partir da segunda equipe, a organização do SAD/PMeC por meio de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, nos termos do § 3º do art. 559, sempre mantendo, ao menos, uma EMAD para atendimento clínico generalista. " (NR)

"Art. 552. São parâmetros de produção estimados para as equipes:

I - Para cada EMAD tipo I é esperado, em média, o atendimento de 50 (cinquenta) usuários por mês; e

II - Para cada EMAD tipo II é esperado o atendimento de 25 (vinte e cinco) usuários por mês, com uma proporção de 70% (setenta por cento) destes em modalidade AD 2 e 30% (trinta por cento) em modalidade AD 3.

§ 1º O quantitativo de produção de que trata o caput poderá variar de acordo com o nível de complexidade dos cuidados, o perfil da maioria dos usuários admitidos e as características geográficas, de mobilidade e

outras peculiaridades do município.

§ 2º Caso não haja atingimento dos quantitativos de produção estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou a distância, para melhoramento desses parâmetros". (NR)

"Art. 553. O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados, da assistência aos usuários, de acordo com seus PTS.

§ 1º A EMAD deverá funcionar por, no mínimo, 12 (doze) horas diurnas nos sete dias da semana, podendo ser o trabalho dos profissionais organizado no formato de cuidado horizontal ou diarista ou em regime de plantão, conforme a necessidade.

§ 2º A EMAP deverá apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos.

§ 3º A assistência deverá ser garantida pelos profissionais do SAD à noite, em finais de semana e feriados, por meio de escalas especiais remotas, plantões presenciais ou com retaguarda de profissionais de outros serviços da rede, conforme pactuações locais.

§ 4º Nas situações em que as condições clínicas dos pacientes exigirem, o acesso às medicações necessárias, às especialidades, ao apoio diagnóstico complementar e ao atendimento/internação eletivo ou de urgência deverá ser realizado por outros pontos da rede.

§ 5º A EMAP-R deverá funcionar nos dias úteis por, no mínimo, quatro horas diurnas e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados, de acordo com o PTS dos pacientes a serem assistidos. " (NR)

"Art. 553-A. Há possibilidade de acompanhamento por meio de atendimento remoto, que deverá:

I - Ser realizado após avaliação presencial para orientações e auxílio ao usuário;

II - Ser intercalado com visita presencial;

III - Constar do PTS de cada usuário; e

IV - Ser lançado na produtividade da equipe com código específico.

§ 1º Para a execução do atendimento remoto, o SAD/PMeC necessitará minimamente de:

I - Sala para atividade de atendimento remoto;

II - Profissional da área da saúde, preferencialmente de nível técnico ou superior, para intermediar a utilização das TIC e telessaúde e os processos gerenciais da consulta; e

III - Equipamentos de TIC e telessaúde suficientes para a realização de consultas de forma virtual, em qualidade adequada, incluindo, além do computador, webcam e microfone, ou equipamentos equivalentes, e conexão de internet.

§ 2º Os materiais de que trata o inciso III do § 1º poderão ser obtidos conforme lista da RENEM, devendo seguir as normas que regulamentam a estruturação de estabelecimentos de saúde.

§ 3º A oferta do atendimento remoto deverá estar disponível em todo o horário de funcionamento do SAD. " (NR)

"Art. 554. O gestor municipal ou estadual deverá garantir ao SAD/PMeC infraestrutura adequada e que contemple:

I - Equipamentos médico-hospitalares;

II - Material permanente e de consumo, equipamento de informática e mobiliário;

III - Aparelhos telefônicos, no mínimo um aparelho fixo e um aparelho móvel; e

IV - Veículo (s) exclusivo (s) identificado (s) com a logomarca do PMeC, 12 (doze) horas por dia, sete dias na semana, no mínimo um para cada EMAP, um para cada EMAP-R e, para as EMAD, respeitar a seguinte proporção:

a) 1 EMAD: dois carros;

b) 2 EMAD: três carros;

c) 3 EMAD: cinco carros;

d) 4 EMAD: seis carros;

e) 5 EMAD: oito carros;

f) 6 EMAD: nove carros; e

g) a partir de 6 EMAD: acréscimo de um veículo a cada nova EMAD;

V - Transporte eletivo e de urgência e emergência para os usuários, conforme pactuação na RAS; e

VI - Uniformes para as equipes contendo a identificação do PMeC.

.....

§ 3º As EMAP-R devem estar localizadas na estrutura física do estabelecimento de saúde a que estiverem vinculadas, tendo apoio da gestão.

§ 4º Nos finais de semana e feriados, a quantidade de veículos circulantes poderá ser ajustada à demanda programada. " (NR)

"Seção III

Dos requisitos e procedimentos de habilitação e homologação de equipes do PMeC" (NR)

"Subseção I

Dos requisitos de habilitação e homologação de equipes do PMeC" (NR)

"Art. 555. São requisitos para habilitação de EMAD e EMAP:

I - População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

.....

IV - Possuir cobertura mínima de 60% (sessenta por cento) da APS, considerando a cobertura de saúde suplementar.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do caput pode ser originada de um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes.

.....

§ 3º Os municípios com proposta de habilitação de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar instrumento jurídico interfederativo específico para definir as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, os municípios deverão aprovar os acordos celebrados na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Regional (CIR) e apresentar deliberação ocorrida há, no máximo, seis meses.

.....

§ 6º Na hipótese do agrupamento de que trata o § 3º, deverá haver cobertura mínima de 80% (oitenta por cento) de APS da população adscrita, considerando a cobertura de saúde suplementar.

§ 7º A habilitação das EMAP será aprovada juntamente ou após a habilitação da EMAD respectiva. " (NR)

"Art. 556. Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) e inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo I." (NR)

"Art. 557. Municípios ou agrupamentos com população superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo II. " (NR)

"Art. 558. Municípios com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, uma EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. " (NR)

"Art. 559. Todos os municípios com uma EMAD tipo I ou tipo II poderão solicitar uma EMAP, na proporção de uma EMAP para as três primeiras EMAD e, após a quarta EMAD implantada, uma EMAP a cada duas EMAD.

§ 1º Municípios com população superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes poderão solicitar aumento do número de equipes EMAD adicionais, modificando a proporção de uma a cada 100.000 (cem mil) habitantes para uma a cada 80.000 (oitenta mil) habitantes, desde que todas as equipes já atuantes tenham atingido, nos 12 (doze) meses anteriores ao momento da solicitação, os seguintes indicadores:

I - Média de número de pacientes por EMAD tipo I maior ou igual a 50 (cinquenta);

II - Percentual de alta mensal do SAD maior ou igual a 25% (vinte e cinco por cento);

III - Procedência hospitalar maior ou igual a 70% (setenta por cento); e

IV - Cadastro das equipes no CNES e alimentação do SISAB, sem nenhuma suspensão nos 12 (doze) meses anteriores.

§ 2º A proporção de que trata o § 1º poderá ser reduzida novamente, mediante solicitação, para uma a cada 64.000 (sessenta e quatro mil) habilitantes, caso haja o atingimento anterior dos indicadores listados nos incisos do § 1º por todas as equipes atuantes após um ano do deferimento do primeiro aumento de equipes.

§ 3º Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada a organização do SAD/PMeC a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD especializada, responsável pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como atendimento pediátrico, ortopédico, cuidados paliativos, ventilação mecânica, dentre outros, conforme a necessidade assistencial do território. " (NR)

"Art. 559-A. Os municípios com até 20.000 (vinte mil) habitantes poderão solicitar a habilitação de uma EMAP-R para reabilitação domiciliar de média e alta complexidade, essencialmente nas modalidades AD 2 e AD 3, que deverá trabalhar de forma integrada com a RAS.

Parágrafo único. A EMAP-R deverá ser composta pelos profissionais de nível superior descritos no art. 548-A e a soma da carga horária semanal de seus componentes será de, no mínimo, 60 (sessenta) horas. " (NR)

"Art. 559-B. Para fins deste Capítulo, consideram-se:

I - Habilitação no CNES: ato do gestor estadual ou distrital que atesta o cumprimento dos requisitos de funcionamento de EMAD, EMAP ou EMAP-R, nos termos deste Capítulo, permitindo seu cadastramento e o registro de sua produção no CNES; e

II - Homologação: ato do gestor federal que ratifica a habilitação no CNES realizada pelo gestor estadual ou distrital, vinculando recursos financeiros. " (NR)

"Art. 560. A proposta de habilitação de EMAD, EMAP ou EMAP-R deverá contemplar os seguintes requisitos:

.....

III-A - Pactuação em CIB ou CIR, discutida dentro da concepção de Planejamento Regional Integrado, seguida de solicitação por parte do gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ou qualquer outro sistema que esteja vigente à época, e de homologação da (s) equipe (s) por parte do Ministério da Saúde;

IV - Especificação do número de equipes previstas, observados os critérios e prazos descritos neste Capítulo, incluindo os territórios de abrangência;

.....

VI - Descrição da inserção do SAD/PMeC na RAS, incluindo os serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para:

.....

d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD/PMeC quanto em situações de urgência;

VII - Descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos e veículo (s) para locomoção da (s) EMAD, EMAP, EMAP-R, além do CNES do estabelecimento de saúde em que será alocado;

VIII - Descrição do funcionamento do SAD/PMeC, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

IX - Proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD/PMe e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e

X - Descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD/PMeC, tomando como referência os indicadores propostos no "Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa", disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Para municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes agrupados para proposta de SAD, o projeto deverá observar os requisitos adicionais descritos em documento específico emitido pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, bem como no documento previsto no § 3º do art. 555 desta Portaria. " (NR)

"Art. 561. O processo de habilitação de equipes do PMeC ficará sob responsabilidade do gestor de saúde estadual ou distrital e obedecerá ao seguinte rito:

I - Solicitação do gestor de saúde proponente municipal, estadual ou distrital, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento tanto dos requisitos de que trata o art. 560 quanto das diretrizes deste Capítulo;

II - Verificação do gestor de saúde estadual ou distrital do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 560 e das diretrizes deste Capítulo;

III - Publicação de portaria de habilitação pelo gestor estadual ou distrital; e

IV - Cadastramento das equipes no CNES pelo gestor de saúde estadual ou distrital.

§ 1º O gestor local deverá implantar a (s) equipe (s) solicitada (s) e já habilitada (s), promovendo o cadastramento destas no CNES em até seis meses, contados da data de publicação da portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação.

§ 2º O gestor local será responsável pelo cumprimento do adequado preenchimento dos sistemas de informação e monitoramento dos indicadores, bem como pela conferência da validação dos dados na base federal. " (NR)

"Art. 562. O cadastramento das EMAD, EMAP e EMAP-R no CNES deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as Secretarias Estaduais, Distrital ou Municipais de Saúde ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico. " (NR)

"Art. 562-A. O processo de homologação de equipes do PMeC ficará sob responsabilidade do gestor federal e obedecerá ao seguinte rito:

I - Solicitação do gestor de saúde estadual ou distrital, por meio do SAIPS, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos de que tratam os arts. 560 e 561 desta Portaria;

II - Verificação pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do cumprimento dos requisitos de que tratam os arts. 560 e 561 desta Portaria; e

III - Publicação de portaria de homologação pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

§ 1º A homologação está condicionada:

I - À disponibilidade de recursos financeiros do Ministério da Saúde; e

II - À existência de produção no sistema de informação pertinente.

§ 2º O recebimento regular e automático do incentivo de custeio mensal diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para auxílio na manutenção dos serviços efetivamente implantados ocorrerá somente após a publicação da homologação por meio do Ministério da Saúde. " (NR)

"Subseção III

Do monitoramento do PMeC" (NR)

"Art. 563-A. A partir da homologação das equipes, o PMeC será monitorado e avaliado pelo Ministério da Saúde com base nas seguintes diretrizes:

I - Durante os seis primeiros meses após a homologação das equipes, o monitoramento realizado considerará apenas o envio de dados dos indicadores e a presença no CNES para fins de repasse do custeio federal;

II - Após os seis primeiros meses, será considerado o alcance das metas dos indicadores;

III - O monitoramento dos indicadores será realizado semestralmente, a partir dos dados enviados mensalmente por meio do sistema de informação vigente; e

IV - O Ministério da Saúde visitará anualmente, no mínimo, 3% (três por cento) dos municípios com SAD/PMeC habilitados, definidos por sorteio, a partir de situações identificadas por meio do sistema de informação, casos de denúncias ou solicitação do SAD.

§ 1º São indicadores a serem monitorados semestralmente pelos entes federados, de acordo com o perfil de seu município:

I - Percentual de usuários oriundos de hospital e/ou serviço de urgência:

a) municípios com população até 100.000 (cem mil) habitantes: percentual maior que 40% (quarenta por cento);

b) municípios com população acima de 100.000 (cem mil) até 500.000 (quinhentos mil) habitantes: percentual maior que 60% (sessenta por cento); e

c) municípios com população acima de 500.000 (quinhentos mil) habitantes: percentual maior que 70% (setenta por cento);

II - Total de usuários atendidos pelo SAD por mês:

a) meta de 50 (cinquenta) para EMAD tipo I; ou

b) meta de 25 (vinte e cinco) para EMAD tipo II;

III - Percentual de usuários admitidos como AD2 e AD3 em relação ao total de usuários admitidos no SAD/PMeC:

a) em torno de 70% (setenta por cento) de AD2; e

b) até 30% (trinta por cento) de AD3;

IV - Média de permanência estimada: 30 (trinta) a 60 (sessenta) dias para equipes clínicas generalistas; e

V - Percentual de desfecho alta: maior que 30% (trinta por cento) por mês.

§ 2º O número de atendimentos por mês será monitorado mensalmente no caso de EMAP-R, sendo o mínimo de 50 (cinquenta) por profissional todo mês.

§ 3º Não será exigido o indicador do inciso IV do § 1º quando houver equipes especializadas, como de cuidados paliativos, de ventilação mecânica domiciliar, dentre outras.

§ 4º Terão suas habilitações automaticamente revogadas, em função das irregularidades previstas no art. 307 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, sendo necessário novo processo de habilitação e homologação, as equipes:

I - Descadastradas do CNES por seis competências ou mais, seguidas ou não;

II - Sem produção no SISAB por seis competências ou mais, seguidas ou não; ou

III - Com suspensão de repasse de recursos de custeio por seis competências ou mais, seguidas ou não.

§ 5º Após a suspensão do repasse, o gestor terá até três meses para regularizar a situação da equipe.

§ 6º O Ministério da Saúde poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos e informações, bem como realizar vistorias remotas ou in loco, para fins de monitoramento dos requisitos de homologação.

§ 7º Em caso de não atingimento dos indicadores estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou a distância, para melhoramento desses parâmetros. " (NR)

"Art. 563-B. O gestor de saúde estadual ou distrital poderá, a qualquer tempo, solicitar documentos e informações, bem como realizar vistorias, para fins de monitoramento dos requisitos de habilitação.

§ 1º São diretrizes para as visitas de monitoramento remotas ou in loco a serem realizadas pelas Secretarias Estaduais ou Distrital de Saúde:

I - As visitas terão por objetivo a verificação do funcionamento adequado do SAD, considerando as normativas vigentes, o apoio no seu desenvolvimento e a qualificação a partir de orientações e norteamento de ações;

II - As solicitações de visitas poderão ocorrer por demanda da própria Secretaria de Saúde, pelo SAD ou mesmo por denúncia, sendo a visita realizada de forma presencial ou virtual e, no mínimo, uma visita anual para cada SAD, conforme pactuação de agenda entre Secretaria Estadual e Secretaria Municipal de Saúde;

III - Deverá ser usado roteiro específico para as visitas; e

IV - Deverão ser enviados relatórios aos gestores locais com os apontamentos pertinentes, as inconsistências eventualmente detectadas e a indicação do prazo para os devidos ajustes.

§ 2º O relatório de que trata o inciso IV do § 1º também deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

§ 3º A descrição dos indicadores, do método de cálculo e das metas, o detalhamento do roteiro para as visitas, as implicações da ausência de cumprimento de metas e a presença de irregularidades identificadas in loco ou remotamente serão divulgados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde em documento específico. " (NR)

Art. 2º A Seção V do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 305. .....

.....

IV - R$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais) por mês para cada Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R).

.....

§ 3º O município no qual o SAD/PMeC implementar serviços de telessaúde terá um incentivo adicional de R$ 15.000,00 (quinze mil reais), em parcela única, por município, mediante solicitação acompanhada de comprovação da implantação.

§ 4º Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios com serviços habilitados, por meio de portarias específicas do Ministério da Saúde. " (NR)

"Art. 306. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 305 será condicionado ao cumprimento do disposto no Capítulo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 2017. " (NR)

"Art. 307. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos para a Atenção Domiciliar/PMeC nas seguintes situações:

I - Inexistência ou desativação do estabelecimento de saúde em que as EMAD, EMAP e EMAP-R estiverem sediadas;

II - Ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD, EMAP e EMAP-R, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, devidamente comprovada;

III - Descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD, EMAP e EMAP-R; ou

.....

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do Ministério da Saúde, sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade. " (NR)

"Art. 311. .....

Parágrafo único. Os recursos serão destinados ao custeio das EMAD, EMAP e EMAPR cadastradas no CNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira, sendo responsabilidade dos gestores dos estados, Distrito Federal e municípios a manutenção e atualização dessas informações. " (NR)

"Art. 312. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência regular e automática aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos no art. 305 desta Portaria. " (NR)

Art. 3º Novas habilitações ocorrerão por meio de portarias específicas para essa finalidade, observando-se o disposto nesta Portaria e as disponibilidades orçamentárias e financeiras de cada exercício.

Art. 4º Os ajustes nos sistemas de informação necessários à implantação do PMeC serão regulamentados por meio de portarias específicas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Art. 5º Ficam revogados os seguintes dispositivos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017:

I - § 2º do art. 538;

II - Incisos II e V do art. 544;

III - § 2º do art. 546;

IV - § 2º do art. 560; e

V - Seção IV do Capítulo III do Título IV.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

	Prefeitura do Município de Toledo Secretaria Municipal de Saúde Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (PAM)	
	NORMA OPERACIONAL	
Assunto	Notificação, Tratativa e Monitoramento de não Conformidades	Elaborado em 05 de 2024

OBJETIVO:

Estabelecer fluxo de trabalho para registro, acompanhamento e tratamento de não conformidades para implementação de ações corretivas referentes a processos administrativos e operacionais

CONSIDERAÇÕES:

Considerando que:

Não conformidade configura-se na quebra de acordo entre os processos, que não tenham gerado maiores repercussões junto ao paciente ou ao colaborador e que tenham referências formalizadas, sejam em ata de reuniões, normativas, manuais, protocolos, interações de processos e regulamentações dos próprios conselhos profissionais, como código de ética e exercícios legais da profissão;

Processo é um conjunto de ações e sequenciais com objetivo definido, realizadas por um agrupamento de meios e procedimentos que têm por propósito transformar os recursos de "entrada" em recursos de "saída", com agregação de valores para a sociedade, clientes e usuários, assim como para os profissionais;

Plano de Ação é produto de um planejamento com objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas;

Diagrama de Ishikawa também conhecido como Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito – é um recurso desenvolvido cujo objetivo é ajudar a descobrir a causa raiz dos problemas e solucioná-los de forma rápida e eficiente.

COMO USAR O DIAGRAMA DE ISHIKAWA?

Antes de compreender como colocar em prática esse recurso, esteja ciente de que ele possui ferramentas destinadas a tornar sua execução mais eficiente: **trata-se dos 6 Ms**, composto por máquinas, materiais, meio ambiente, mão de obra, método e medida.

MÁQUINAS: são aparelhos e ferramentas físicas utilizadas ao longo do processo a depender do setor. Ex: aparelho de ECG, RX, impressora do consultório médico, geladeira da copa, autoclave da CME, etc.

MATERIAIS: já os materiais são os recursos utilizados no dia a dia, e que são essenciais para a realização das atividades de rotina. Ex: falta de medicamentos essenciais para tratamento de infarto ou Dengue; torpedo de O2 vazio, falta de EPIs, falta de lençóis para as macas, etc.

MEIO AMBIENTE: são situações ambientais que podem interferir no andamento dos processos. Ex: cultura organizacional, dificuldades na relação interpessoal, espaço físico incompatível à necessidade, extremos de temperatura, etc.

MÃO-DE-OBRA**:** aqui, é levado em consideração as questões relacionadas aos profissionais envolvidos. Ex: sobrecarga de trabalho, comportamento negligente, insubordinação, abandono de plantão, abandono de setor, falta de decoro, atrasos, etc

MÉTODO: aqui devem ser mapeados todos os processos utilizados para a realização das tarefas, considere como uma oportunidade para entender se as etapas são muito complexas, longas ou ineficientes. Ex: profissional ou terceiros não realizam o processo de forma correta; quebra de regras e normas.

MEDIDA: as medidas dizem respeito aos indicadores para mensurar a performance dos resultados. Ex: Alta taxa de infecção, tempo de espera para consulta acima da média, alta taxa de mortalidade, alta taxa de ocupação de leitos; alto taxa de absenteísmo, etc.

COMO FAZER UM DIAGRAMA DE ISHIKAWA?

As etapas do Diagrama de Ishikawa são simples e fáceis de serem aplicadas. Abaixo, reuni-se o passa a passo para aplicabilidade.

1. Determine o problema.

Entender a causa de um problema em si seja a principal característica do Diagrama de Ishikawa,

2. Trabalhe em conjunto com a equipe

Lembre-se, portanto, de reunir a equipe para que o entendimento da causa dos problemas seja pautado a partir de diferentes percepções.

Isso porque um liderado, que trabalha na ponta, terá contribuições diferentes das lideranças, por exemplo.

Assim, o momento de gerar idéias criativas para solucionar o problema (brainstorming) é crucial para que o resultado saia como o esperado, permitindo que diversas hipóteses sejam colocadas em pauta e que soluções eficientes sejam definidas ao final do processo.

3. Avaliação

Nesse momento estuda-se, classifica-se e prioriza-se as razões principais para que, sejam elaboradas ações focadas em corrigir tais causas prioritárias desse problema.

4.Desenhe o Diagrama

Feito isso, e hora de usar a criatividade e colocar no papel todas as informações necessárias para a identificação dos problemas.

Na prática, o desenho da espinha será o ponto central para a análise.

No lado direito da linha central do esquema (figura 1),**você deve acrescentar o problema** que precisa ser investigado, deixando um espaço considerável entre as espinhas para que todos possam contribuir com suas hipóteses.

Na figura 2, temos um exemplo do Diagrama aplicado em uma fábrica, onde houve desvio de qualidade de um produto.

Figura 1.

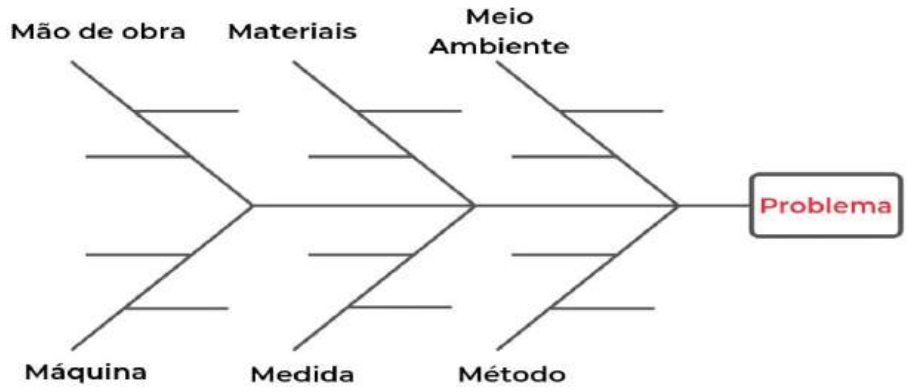


Figura 2.



Diagrama dos 5 porquês: é uma ferramenta simples que ajuda a identificar as causas de uma não conformidade. Começando por um problema inicial, pergunta-se "por que" até se limitar a uma questão-chave na qual você pode concentrar seus esforços e atenção. É uma técnica para chegar à raiz de um problema. Fundamentalmente, a abordagem é simples: você pergunta por que um determinado problema aconteceu e depois pergunta mais quatro vezes.

A técnica dos 5 "porquês" permite que tenha-se uma discussão focada para não se distrair com outros tópicos. Inicia-se com uma declaração de problema, examina por que esse problema existe e, em seguida, continua analisando cada problema até identificar um problema central sobre o qual possa agir. Lembrando-se de que nem sempre precisa levar cinco rodadas. Faça a atividade até chegar a uma conclusão satisfatória, isso pode ser na segunda ou na quinta pergunta.

5W2H é uma ferramenta que pode ser utilizada na gestão para facilitar os processos de um projeto ou ação. Ela parte do princípio de um checklist que um gestor ou funcionário realiza através de 7 perguntas:

- What? - O que será feito? (Quais são os objetivos?)
- Who? - Quem o fará? (Quem é o responsável?)
- When? - Quando será feito? (Quando é o prazo?)
- Where? - Onde será feito? (Localização e instalações)
- Why? - Por que será feito? (Benefícios e justificações)
- How? - Como será feito? (Quais são os passos a dar?)
- How much? - Qual o custo? (Investimentos e gastos)

O conceito de 5w2h significa que é necessário fazer a si próprio uma série de perguntas para identificar e clarificar os objetivos de qualquer projeto ou processo.

Ao tomar o tempo necessário para fazer estas perguntas, pode assegurar que todos os envolvidos compreendam o que é necessário e são capazes de trabalhar para o mesmo objetivo.

Outras vantagens são que as perguntas ajudam a identificar potenciais problemas e riscos, além de contribuir para estimar o tempo e recursos necessários para completar um projeto ou ação.

Tal ferramenta será aplicada na forma de planilha de plano de ação.



NORMATIZA-SE QUE:

Todo e qualquer profissional de saúde, seja administrativo ou assistencial, pode realizar a notificação de quaisquer não conformidades.

O registro da notificação deve ser realizado no formulário de Notificação de Não Conformidades, o qual está disponibilizado em pastas físicas e na área de trabalho dos computadores nos setores.

As informações mínimas, abaixo, devem ser descritas:

Informações que devem ser preenchidas pelo Notificador

- Origem da Não Conformidade: se é fluxo interno, prestador de serviço, fornecedor, entre outros;
- Data da notificação;
- Setores envolvidos;
- Descrição detalhada do problema: descrever a situação, não sendo necessário citar nomes, mas sim data do ocorrido, equipes, categorias, consequências, etc.
- Pré-análise e Ação de Contenção: quais ações foram realizadas de imediato;
- A identificação do notificador é opcional.

Após o preenchimento deste formulário, o mesmo deve ser encaminhado para o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP para investigação e análise.

O NSP, deve avaliar previamente a não conformidade, considerando as circunstâncias do ocorrido, quais as consequências reais e possíveis e quais setores estão envolvidos. Após, convoca-se as lideranças do setores envolvidos para reunião, com intuito de realizar investigação, utilizando uma das ferramentas descritas no atual documento: Diagrama de Ishikawa ou 5 porquês.

Para a elaboração do Plano de Ação, recomenda-se utilizar a Planilha 5W2H. Após o preenchimento deve ser assinado por todas chefias envolvidas, arquivado de forma física e em PDF.

Implementação das Ações Corretivas e Verificação de Efetividade

Os responsáveis pelo setor/área notificada devem aplicar e acompanhar a implementação do Plano de Ação com as ações corretivas propostas, assegurando o atendimento aos prazos previstos e registrando as evidências e datas em que as ações foram efetivamente implementadas. Havendo intercorrência que impeçam a implementação das ações no prazo inicialmente estabelecido, a nova data estabelecida e uma justificativa para tal devem ser encaminhadas por meio formulário físico ou via aplicativo de mensagem (foto).

O NSP é responsável pela verificação da implementação da ação corretiva e atualizada da situação de cada ação corretiva.

Após a implementação, no decorrer da efetuação das ações corretivas, deve ser realizado as verificações de efetividade por meio de auditoria interna.

Caso a verificação da efetividade aponte a existência de recorrerência da mesma não conformidade ou ocorrência de nova não conformidade associada à original, resultando na necessidade de nova investigação e/ou implementação de ações corretivas adicionais, deve ser elaborado novo plano de ação pela área juntamente ao NSP.

Para o controle das notificações, o NSP usará como ferramenta planilha especifica, baseando do-se em 5W2H.

Avaliação da Efetividade da Ação Corretiva e Encerramento da Não Conformidade

O NSP é o responsável pela supervisão da implementação das ações corretivas propostas, através de planilha própria, avaliação da efetividade (após verificação pela área responsável) e atuação da situação da não conformidade, podendo ser considerada como:

Aberta: a área responsável iniciou a tratativa da Não Conformidade, todavia as ações corretivas ainda não foram implementadas ou foram implementadas parcialmente;

Aguardando verificação da efetividade: a área responsável concluiu satisfatoriamente e implementação das ações corretivas propostas, porém não finalizou-se a avaliação;

Encerrada: as ações corretivas foram integralmente implementadas e a verificação da efetividade (se for aplicável) foi feita pela área técnica, demonstrando a eficiência das condutas tomadas.

Monitoramento dos Formulários de Notificação e Acompanhamento das Ações Corretivas

O NSP é o responsável pelo monitoramento dos formulários desde sua abertura, verificando o correto preenchimento de todos os campos previstos, até seu encerramento e arquivamento.

Semanalmente, os responsáveis pelo NSP devem fazer um levantamento da situação dos formulários e planilha de acompanhamento, afim de verificar a existência de novos formulários, necessidades de correções ou ajustes nos formulários já preenchidos ou ações que estejam próximas do vencimento ou já vencidas, bem como atualizar a situação, preenchendo a planilha.

Caso sejam identificadas ações corretivas vencidas, o NSP deve encaminhar um Comunicado Interno (CI) para o responsável do setor/serviço para atualização e justificativa para o não atendimento à data inicialmente proposta**.**

RELAÇÃO DE SITUAÇÕES E PROCESSOS NOTIFICÁVEIS

Falha no processo de admissão, atendimento e alta:

- na regulação;
- na alta;
- na transferência;
- transporte irregular do paciente;
- consulta e reavaliação médica;
- falha de fluxo na triagem;
- falha do sistema;
- outras situações.

Falhas administrativas que envolve Serviço Nutricional e Dietético - SND

- entrega de número insuficiente de alimento (marmita) pelo restaurante;
- atraso na entrega de marmitas;
- dieta com desvio de qualidade: presença de elementos como cabelo e insetos; odor ou sabor desagradável;
- dieta com características hiperssódicas;
- a não comunicação de passagem de sonda para dieta à nutricionista;
- outras situações.

Falha relacionada a exame de imagem ou laboratório

- falta de material de coleta;
- demora no envio do material coletado;
- demora para liberação do resultado do exame de laboratório;
- problema com a amostra coletada;
- aparelho de RX com avaria;
- demora no atendimento na sala de RX;
- imagem com desvio de qualidade;
- não utilização de EPIs ou proteção ao paciente;
- demora no atendimento por terceiros ao paciente para USG E TC;
- transporte irregular do paciente;
- outras situações.

Outras falhas de processo ou desvio de qualidade

- Ausência do preenchimento da ficha SINAN nos casos de notificação compulsória;
- o não preenchimento ou preenchimento incompleto de formulários físicos ou digitais, relevantes para o atendimento e encaminhamento correto do paciente;

- avaria/ quebra de equipamentos por negligência durante utilização;
- descumprimento das normas e orientações da VISA: não uso de EPIs, uso de adornos, sapato aberto, unhas longas ou postiças, esquema vacinal incompleto, etc
- descarte irregular de resíduo;
- irregularidade documental por parte dos profissionais atuantes, podendo denotar exercício irregular da profissão;
- número insuficiente de roupas de cama ou com perda da qualidade: rasgos, sujeira, manhas, etc
- Roupas privativas em número insuficiente ou com perda da qualidade;
- outras situações.

Orientações Gerais

Uma vez identificada e registrada uma não conformidade é recomendável o prazo de até 30 dias para a conclusão da investigação, proposição das ações corretivas, aprovação e implantação das ações. É aceitável que algumas ações corretivas mais complexas, que envolvam transformações profundas nos processos de trabalho possam levar mais tempo. Nestes casos, uma justificativa para a extensão do prazo proposto deve ser registrada e enviada para o NSP.

ELABORAÇÃO	CONSENSO	APROVAÇÃO
Raquel Emília da Silva Wiederkehr Diretora de Enfermagem do PAM	Jéssica Medrado Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Atenção de Urgência e Emergência
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Ass.	Ass.	Ass.

	Prefeitura do Município de Toledo Secretaria Municipal de Saúde Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes (PAM)	
	NORMA OPERACIONAL	
Assunto	Notificação, Tratativa e Monitoramento de não Conformidades	Elaborado em 05 de 2024

OBJETIVO:

Estabelecer fluxo de trabalho para registro, acompanhamento e tratamento de não conformidades para implementação de ações corretivas referentes a processos administrativos e operacionais

CONSIDERAÇÕES:

Considerando que:

Não conformidade configura-se na quebra de acordo entre os processos, que não tenham gerado maiores repercussões junto ao paciente ou ao colaborador e que tenham referências formalizadas, sejam em ata de reuniões, normativas, manuais, protocolos, interações de processos e regulamentações dos próprios conselhos profissionais, como código de ética e exercícios legais da profissão;

Processo é um conjunto de ações e sequenciais com objetivo definido, realizadas por um agrupamento de meios e procedimentos que têm por propósito transformar os recursos de "entrada" em recursos de "saída", com agregação de valores para a sociedade, clientes e usuários, assim como para os profissionais;

Plano de Ação é produto de um planejamento com objetivo de orientar as diversas ações a serem implementadas, com total esclarecimento de fatores vinculados a cada uma delas;

Diagrama de Ishikawa também conhecido como Espinha de Peixe ou Diagrama de Causa e Efeito – é um recurso desenvolvido cujo objetivo é ajudar a descobrir a causa raiz dos problemas e solucioná-los de forma rápida e eficiente.

COMO USAR O DIAGRAMA DE ISHIKAWA?

Antes de compreender como colocar em prática esse recurso, esteja ciente de que ele possui ferramentas destinadas a tornar sua execução mais eficiente: **trata-se dos 6 Ms**, composto por máquinas, materiais, meio ambiente, mão de obra, método e medida.

MÁQUINAS: são aparelhos e ferramentas físicas utilizadas ao longo do processo a depender do setor. Ex: aparelho de ECG, RX, impressora do consultório médico, geladeira da copa, autoclave da CME, etc.

MATERIAIS: já os materiais são os recursos utilizados no dia a dia, e que são essenciais para a realização das atividades de rotina. Ex: falta de medicamentos essenciais para tratamento de infarto ou Dengue; torpedo de O2 vazio, falta de EPIs, falta de lençóis para as macas, etc.

MEIO AMBIENTE: são situações ambientais que podem interferir no andamento dos processos. Ex: cultura organizacional, dificuldades na relação interpessoal, espaço físico incompatível à necessidade, extremos de temperatura, etc.

MÃO-DE-OBRA**:** aqui, é levado em consideração as questões relacionadas aos profissionais envolvidos. Ex: sobrecarga de trabalho, comportamento negligente, insubordinação, abandono de plantão, abandono de setor, falta de decoro, atrasos, etc

MÉTODO: aqui devem ser mapeados todos os processos utilizados para a realização das tarefas, considere como uma oportunidade para entender se as etapas são muito complexas, longas ou ineficientes. Ex: profissional ou terceiros não realizam o processo de forma correta; quebra de regras e normas.

MEDIDA: as medidas dizem respeito aos indicadores para mensurar a performance dos resultados. Ex: Alta taxa de infecção, tempo de espera para consulta acima da média, alta taxa de mortalidade, alta taxa de ocupação de leitos; alto taxa de absenteísmo, etc.

COMO FAZER UM DIAGRAMA DE ISHIKAWA?

As etapas do Diagrama de Ishikawa são simples e fáceis de serem aplicadas. Abaixo, reuni-se o passa a passo para aplicabilidade.

1. Determine o problema.

Entender a causa de um problema em si seja a principal característica do Diagrama de Ishikawa,

2. Trabalhe em conjunto com a equipe

Lembre-se, portanto, de reunir a equipe para que o entendimento da causa dos problemas seja pautado a partir de diferentes percepções.

Isso porque um liderado, que trabalha na ponta, terá contribuições diferentes das lideranças, por exemplo.

Assim, o momento de gerar idéias criativas para solucionar o problema (brainstorming) é crucial para que o resultado saia como o esperado, permitindo que diversas hipóteses sejam colocadas em pauta e que soluções eficientes sejam definidas ao final do processo.

3. Avaliação

Nesse momento estuda-se, classifica-se e prioriza-se as razões principais para que, sejam elaboradas ações focadas em corrigir tais causas prioritárias desse problema.

4.Desenhe o Diagrama

Feito isso, e hora de usar a criatividade e colocar no papel todas as informações necessárias para a identificação dos problemas.

Na prática, o desenho da espinha será o ponto central para a análise.

No lado direito da linha central do esquema (figura 1),**você deve acrescentar o problema** que precisa ser investigado, deixando um espaço considerável entre as espinhas para que todos possam contribuir com suas hipóteses.

Na figura 2, temos um exemplo do Diagrama aplicado em uma fábrica, onde houve desvio de qualidade de um produto.

Figura 1.

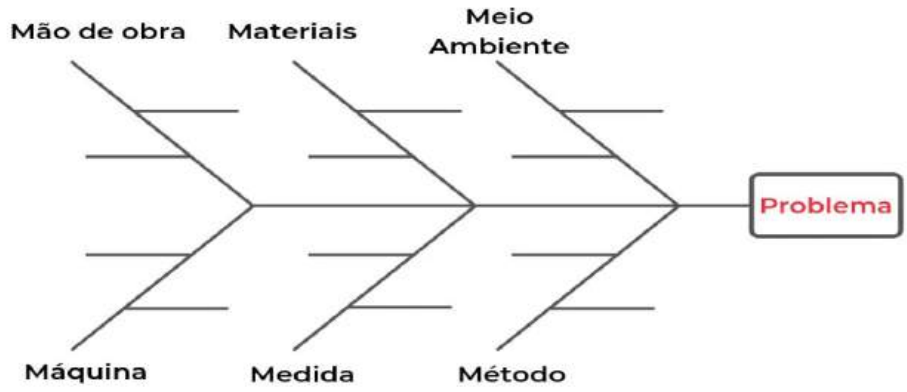


Figura 2.



Diagrama dos 5 porquês: é uma ferramenta simples que ajuda a identificar as causas de uma não conformidade. Começando por um problema inicial, pergunta-se "por que" até se limitar a uma questão-chave na qual você pode concentrar seus esforços e atenção. É uma técnica para chegar à raiz de um problema. Fundamentalmente, a abordagem é simples: você pergunta por que um determinado problema aconteceu e depois pergunta mais quatro vezes.

A técnica dos 5 "porquês" permite que tenha-se uma discussão focada para não se distrair com outros tópicos. Inicia-se com uma declaração de problema, examina por que esse problema existe e, em seguida, continua analisando cada problema até identificar um problema central sobre o qual possa agir. Lembrando-se de que nem sempre precisa levar cinco rodadas. Faça a atividade até chegar a uma conclusão satisfatória, isso pode ser na segunda ou na quinta pergunta.

5W2H é uma ferramenta que pode ser utilizada na gestão para facilitar os processos de um projeto ou ação. Ela parte do princípio de um checklist que um gestor ou funcionário realiza através de 7 perguntas:

- What? - O que será feito? (Quais são os objetivos?)
- Who? - Quem o fará? (Quem é o responsável?)
- When? - Quando será feito? (Quando é o prazo?)
- Where? - Onde será feito? (Localização e instalações)
- Why? - Por que será feito? (Benefícios e justificações)
- How? - Como será feito? (Quais são os passos a dar?)
- How much? - Qual o custo? (Investimentos e gastos)

O conceito de 5w2h significa que é necessário fazer a si próprio uma série de perguntas para identificar e clarificar os objetivos de qualquer projeto ou processo.

Ao tomar o tempo necessário para fazer estas perguntas, pode assegurar que todos os envolvidos compreendam o que é necessário e são capazes de trabalhar para o mesmo objetivo.

Outras vantagens são que as perguntas ajudam a identificar potenciais problemas e riscos, além de contribuir para estimar o tempo e recursos necessários para completar um projeto ou ação.

Tal ferramenta será aplicada na forma de planilha de plano de ação.



NORMATIZA-SE QUE:

Todo e qualquer profissional de saúde, seja administrativo ou assistencial, pode realizar a notificação de quaisquer não conformidades.

O registro da notificação deve ser realizado no formulário de Notificação de Não Conformidades, o qual está disponibilizado em pastas físicas e na área de trabalho dos computadores nos setores.

As informações mínimas, abaixo, devem ser descritas:

Informações que devem ser preenchidas pelo Notificador

- Origem da Não Conformidade: se é fluxo interno, prestador de serviço, fornecedor, entre outros;
- Data da notificação;
- Setores envolvidos;
- Descrição detalhada do problema: descrever a situação, não sendo necessário citar nomes, mas sim data do ocorrido, equipes, categorias, consequências, etc.
- Pré-análise e Ação de Contenção: quais ações foram realizadas de imediato;
- A identificação do notificador é opcional.

Após o preenchimento deste formulário, o mesmo deve ser encaminhado para o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP para investigação e análise.

O NSP, deve avaliar previamente a não conformidade, considerando as circunstâncias do ocorrido, quais as consequências reais e possíveis e quais setores estão envolvidos. Após, convoca-se as lideranças do setores envolvidos para reunião, com intuito de realizar investigação, utilizando uma das ferramentas descritas no atual documento: Diagrama de Ishikawa ou 5 porquês.

Para a elaboração do Plano de Ação, recomenda-se utilizar a Planilha 5W2H. Após o preenchimento deve ser assinado por todas chefias envolvidas, arquivado de forma física e em PDF.

Implementação das Ações Corretivas e Verificação de Efetividade

Os responsáveis pelo setor/área notificada devem aplicar e acompanhar a implementação do Plano de Ação com as ações corretivas propostas, assegurando o atendimento aos prazos previstos e registrando as evidências e datas em que as ações foram efetivamente implementadas. Havendo intercorrência que impeçam a implementação das ações no prazo inicialmente estabelecido, a nova data estabelecida e uma justificativa para tal devem ser encaminhadas por meio formulário físico ou via aplicativo de mensagem (foto).

O NSP é responsável pela verificação da implementação da ação corretiva e atualizada da situação de cada ação corretiva.

Após a implementação, no decorrer da efetuação das ações corretivas, deve ser realizado as verificações de efetividade por meio de auditoria interna.

Caso a verificação da efetividade aponte a existência de recorrerência da mesma não conformidade ou ocorrência de nova não conformidade associada à original, resultando na necessidade de nova investigação e/ou implementação de ações corretivas adicionais, deve ser elaborado novo plano de ação pela área juntamente ao NSP.

Para o controle das notificações, o NSP usará como ferramenta planilha especifica, baseando do-se em 5W2H.

Avaliação da Efetividade da Ação Corretiva e Encerramento da Não Conformidade

O NSP é o responsável pela supervisão da implementação das ações corretivas propostas, através de planilha própria, avaliação da efetividade (após verificação pela área responsável) e atuação da situação da não conformidade, podendo ser considerada como:

Aberta: a área responsável iniciou a tratativa da Não Conformidade, todavia as ações corretivas ainda não foram implementadas ou foram implementadas parcialmente;

Aguardando verificação da efetividade: a área responsável concluiu satisfatoriamente e implementação das ações corretivas propostas, porém não finalizou-se a avaliação;

Encerrada: as ações corretivas foram integralmente implementadas e a verificação da efetividade (se for aplicável) foi feita pela área técnica, demonstrando a eficiência das condutas tomadas.

Monitoramento dos Formulários de Notificação e Acompanhamento das Ações Corretivas

O NSP é o responsável pelo monitoramento dos formulários desde sua abertura, verificando o correto preenchimento de todos os campos previstos, até seu encerramento e arquivamento.

Semanalmente, os responsáveis pelo NSP devem fazer um levantamento da situação dos formulários e planilha de acompanhamento, afim de verificar a existência de novos formulários, necessidades de correções ou ajustes nos formulários já preenchidos ou ações que estejam próximas do vencimento ou já vencidas, bem como atualizar a situação, preenchendo a planilha.

Caso sejam identificadas ações corretivas vencidas, o NSP deve encaminhar um Comunicado Interno (CI) para o responsável do setor/serviço para atualização e justificativa para o não atendimento à data inicialmente proposta**.**

RELAÇÃO DE SITUAÇÕES E PROCESSOS NOTIFICÁVEIS

Falha no processo de admissão, atendimento e alta:

- na regulação;
- na alta;
- na transferência;
- transporte irregular do paciente;
- consulta e reavaliação médica;
- falha de fluxo na triagem;
- falha do sistema;
- outras situações.

Falhas administrativas que envolve Serviço Nutricional e Dietético - SND

- entrega de número insuficiente de alimento (marmita) pelo restaurante;
- atraso na entrega de marmitas;
- dieta com desvio de qualidade: presença de elementos como cabelo e insetos; odor ou sabor desagradável;
- dieta com características hiperssódicas;
- a não comunicação de passagem de sonda para dieta à nutricionista;
- outras situações.

Falha relacionada a exame de imagem ou laboratório

- falta de material de coleta;
- demora no envio do material coletado;
- demora para liberação do resultado do exame de laboratório;
- problema com a amostra coletada;
- aparelho de RX com avaria;
- demora no atendimento na sala de RX;
- imagem com desvio de qualidade;
- não utilização de EPIs ou proteção ao paciente;
- demora no atendimento por terceiros ao paciente para USG E TC;
- transporte irregular do paciente;
- outras situações.

Outras falhas de processo ou desvio de qualidade

- Ausência do preenchimento da ficha SINAN nos casos de notificação compulsória;
- o não preenchimento ou preenchimento incompleto de formulários físicos ou digitais, relevantes para o atendimento e encaminhamento correto do paciente;

- avaria/ quebra de equipamentos por negligência durante utilização;
- descumprimento das normas e orientações da VISA: não uso de EPIs, uso de adornos, sapato aberto, unhas longas ou postiças, esquema vacinal incompleto, etc
- descarte irregular de resíduo;
- irregularidade documental por parte dos profissionais atuantes, podendo denotar exercício irregular da profissão;
- número insuficiente de roupas de cama ou com perda da qualidade: rasgos, sujeira, manhas, etc
- Roupas privativas em número insuficiente ou com perda da qualidade;
- outras situações.

Orientações Gerais

Uma vez identificada e registrada uma não conformidade é recomendável o prazo de até 30 dias para a conclusão da investigação, proposição das ações corretivas, aprovação e implantação das ações. É aceitável que algumas ações corretivas mais complexas, que envolvam transformações profundas nos processos de trabalho possam levar mais tempo. Nestes casos, uma justificativa para a extensão do prazo proposto deve ser registrada e enviada para o NSP.

ELABORAÇÃO	CONSENSO	APROVAÇÃO
Raquel Emília da Silva Wiederkehr Diretora de Enfermagem do PAM	Jéssica Medrado Enfermeira do Núcleo de Segurança do Paciente	Juliana de Lima Ventura Diretora da Rede de Atenção de Urgência e Emergência
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Ass.	Ass.	Ass.

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL 24 HORAS
DR. JORGE MILTON NUNES

POP DE USO RACIONAL DE GERMICIDAS

TOLEDO – PR
2022

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES (PAM)

Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, n°315
Vila Pioneiro. CEP: 85910-020. Toledo/Pr

Juliana Ventura Lima
Diretora da Rede de Urgências e Emergências

Jéssica Rosin
Diretora de Enfermagem do PAM

Júlio Cesar Fabris
Diretor Técnico do PAM

Josiane Monteiro Ribeiro
Enfermeira do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**

Pop de uso racional de germicidas	**Página:**
Emissor: Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde	**Emitido em:** 09/2022
Revisor: Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS)	**Revisado em:** 09/2022
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 09/2022**
Executante: Enfermagem, Farmácia e Serviço de Apoio.	**Responsável:**Serviços de Controle de Infecção
Vigência: 09/2024	**Versão: 01**

1. OBJETIVO

Normatizar quanto a armazenagem, guarda, fracionamento, registro e distribuição de soluções antissépticas fracionadas para uso institucional.

2. ALCANCE

Farmacêuticos, auxiliares, técnicos e estagiários da farmácia.

3. DEFINIÇÕES

- **FRACIONAMENTO** consiste no procedimento de divisão de um produto em embalagens menores a partir de uma apresentação inicial.
- **PVPI TÓPICO** se refere à solução antisséptica de iodopolividona 10% (1% iodo ativo) indicado em antissepsia de procedimentos invasivos.
- **PVPI DEGERMANTE** se refere à solução antisséptica de iodopolividona 10% (1% iodo ativo) indicado em antissepsia da pele.
- **ÁLCOOL 70°** se refere à solução antisséptica que contém 70% de etanol (volume/volume) indicado para antissepsia de mãos e desinfecção de superfícies.
- **ÁLCOOL GEL 70°** se refere à preparação que contém 70% de etanol (peso/peso) indicado para antissepsia de mãos.
- **GEL CONDUTOR (GEL PARA CONTATO)** se refere à preparação para auxiliar na

condução da corrente elétrica e ondas sônicas em todo e qualquer aparelho que necessite de um meio de contato, como eletrocardiograma e ultrassom.

- **ÁCIDO PERACÉTICO** Produto liquido, incolor, constituído de mistura equilibrada de Ácido Peracético, Peróxido de Hidrogênio, Ácido Acético e veículo estabilizado. Indicado para desinfecção de artigos e superfícies fixas.
- **DETERGENTE NEUTRO:** detergente neutro utilizado para lavagem de materiais médico hospitalares, laboratoriais e superfícies xas (pisos, bancadas, camas, **moveis, cozinhas e equipamentos).**
- **SABONETE LÍQUIDO:** Sabonete Líquido e antisséptico. Elaborado para o uso contínuo de pessoas que necessitam fazer higienização, limpeza e assepsia das mãos e/ou corpo.
- **QUATERNÁRIO DE AMÔNIO E BIGUANIDA:** é um desinfetante pronto uso, a base de Quaternários de Amônio de 5ª geração e Biguanida, indicado para limpeza e desinfecção em um único procedimento, de superfícies fixas em estabelecimentos de assistência à saúde. Portanto, recomendado para artigos; equipamentos como monitores em LCD, incubadoras, bombas de infusão, transdutores, respiradores e outros; superfícies, como pisos, azulejos, mesas, bancadas, paredes e mobílias, revestimentos em vinil, emborrachados, PVC ou linóleo, porcelanatos, **vidros ou acrílicos, látex, aço inox, alumínio, cobre, ferro e latão, plásticos como PET, PVC, PP e polietileno.**
- **DETERGENTE ENZIMÁTICO: composto pelas e**nzimas Protease, Amilase, Peptidase, Celulase e Lípase**,**usado para limpeza de materiais médicos, hospitalares e equipamentos removendo resíduos orgânicos.
- **DETERGENTE PRÉ LIMPEZA:** detergente pronto uso para pré-lavagem que previne a aderência de matéria orgânica na superfície interna e externa dos materiais médicos hospitalares.
- **ALMOTOLIA** se refere ao recipiente utilizado para acondicionar as soluções antissépticas fracionadas. É reutilizável após a adequada limpeza e desinfecção feita pela Central de Materiais do município.
- **LOTE DE ORIGEM** se refere ao número de rastreio do produto contido na embalagem original do produto.
- **LOTE PRODUZIDO** se refere ao número de rastreio do produto fracionado pelo serviço de farmácia. É composto por 6 dígitos (**LOTE ---- / --**) onde os quatro primeiros correspondem à sequência numérica e os dois últimos referem-se ao ano. Por exemplo, se

for fracionado álcool 70° na data de 28/08/2022, o número do Lote Produzido será 0328 / 22

- **REGISTRO** se refere a anotação em livro específico das informações referentes ao produto que fora fracionado: COMPOSIÇÃO, CONCENTRAÇÃO, VOLUME, LOTE DE ORIGEM, LOTE PRODUZIDO, FRACIONADO POR, DATA DE FRACIONAMENTO, DATA DE VALIDADE e RESPONSÁVEL TÉCNICO. Ao iniciar um novo frasco, realizar a baixa do produto como transferência com saída automática para Enfermagem.
- **ETIQUETA** se refere à identificação externa a ser fixada na embalagem (almotolia) do produto fracionado. Contém as seguintes informações: COMPOSIÇÃO, CONCENTRAÇÃO, LOTE DE ORIGEM, LOTE PRODUZIDO, FRACIONADO POR, DATA DE VALIDADE e RESPONSÁVEL TÉCNICO.

4. CRITÉRIOS PARA AQUISIÇÃO

Devem ser considerados para a aquisição de produtos saneantes os seguintes itens:

- A natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada e o seu comportamento perante o produto. A possibilidade de corrosão da superfície a ser limpa.
- Tipo e grau de sujidade e a sua forma de eliminação.
- Tipo e contaminação e a sua forma de eliminação (microrganismos envolvidos com ou sem matéria orgânica presente).
- Recursos disponíveis e métodos de limpeza adotados.
- Grau de toxicidade do produto.
- Método de limpeza e desinfecção, tipos de máquinas e acessórios existentes.
- Concentração de uso preconizado pelo fabricante.
- Segurança na manipulação e uso dos produtos.
- Princípio ou componente ativo.
- Tempo de contato para a ação.
- Concentração necessária para a ação.
- Possibilidade de inativação perante matéria orgânica.
- Estabilidade frente às alterações de luz, umidade, temperatura de armazenamento e matéria orgânica.
- Temperatura de uso.
- pH.
- Incompatibilidade com agentes que podem afetar a eficácia ou a estabilidade do produto

como: dureza da água, sabões, detergentes ou outros produtos saneantes.

- Prazo de validade para uso do produto.
- Laudos antimicrobianos
- Registro na ANVISA

Os produtos são adquiridos através de processo licitatório e avaliados por Comissão Técnica composta por membros da Secretaria Municipal de Saúde.

5. INDICAÇÃO DE USO NO PAM

- **PVPI DEGERMANTE**: utilizado para degermação de pele e mucosa antes de procedimentos invasivos (SVD, SVA, CVC, por exemplo).
- **PVPI TÓPICO**: utilizado para antissepsia de pele e mucosa antes de procedimentos invasivos (SVD, SVA, CVC, por exemplo)
- **ÁLCOOL LÍQUIDO 70 %**: desinfecção de superfícies fixas (bancadas do posto de enfermagem) e materiais (bandejas).
- **ÁLCOOL GEL 70%:** higienização das mãos.
- **ÁCIDO PERACÉTICO**: para desinfecção química de alto nível de artigos semi críticos e não críticos. Uso restrito pela CME após diluição automática, através de diluidor.
- **DETERGENTE NEUTRO**: utilizado para limpeza de artigos, na CME, e para limpeza de superfícies, pelo serviço de higienização e limpeza.
- **SABONETE LÍQUIDO**: utilizado para higienização das mãos e para higienização corporal dos pacientes.
- **QUATERNÁRIO DE AMÔNIO E BIGUANIDA:** para desinfecção de superfícies fixas (pisos, paredes, camas, colchões) e equipamentos (bombas de infusão, monitores e outros). Utilizado pelas equipes de enfermagem e pelo serviço de higienização e limpeza.
- **DETERGENTE ENZIMÁTICO**: utilizado na CME na etapa de limpeza dos instrumentais.
- **DETERGENTE PRÉ LIMPEZA**: utilizado pelas equipes de enfermagem que borrifam o produto sobre os instrumentais imediatamente após o uso.

6. USO E CONSERVAÇÃO DOS EPIS/EPC

Os profissionais envolvidos no manuseio dos germicidas deverão utilizar os EPIs

adequados para cada caso, além do uniforme privativo, sendo eles:

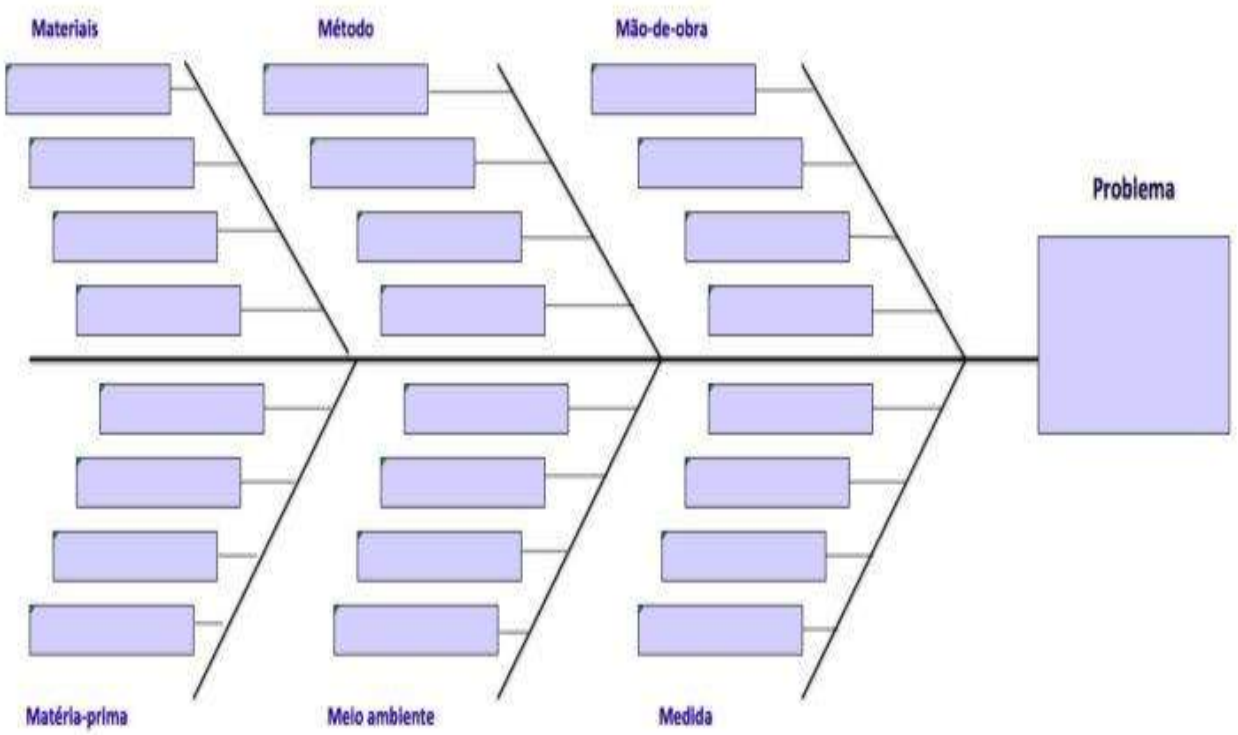
- **AVENTAL IMPERMEÁVEL:** Avental de segurança para proteção do tronco do usuário. Validade indeterminada.
- **LUVAS DE LÁTEX:** Devem ser usadas de forma a evitar o contato do produto tóxico com as mãos e colocadas normalmente por fora das mangas do uniforme. Lavar e secar as mãos antes do uso, calçar cuidadosamente e descartar após o uso imediatamente em local para materiais potencialmente contaminados.
- **LUVAS DE BORRACHA CANO LONGO:** devem ser confeccionadas com material resistente e possuir cano longo para proteção das mãos e proteção parcial de antebraços.
- **MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL:** Utilizada para proteção das vias respiratórias dos trabalhadores. Lavar as mãos antes de manusear. Colocar o produto na região da face, cobrindo boca e nariz e fixá-lo utilizando os elásticos. Descartar após o uso.
- **MÁSCARA N95 (PFF2):** Utilizada para proteção das vias respiratórias contra poeiras, névoas não oleosas, fumos e odores de certos vapores orgânicos. Uso pessoal e intransferível. A vida útil depende do tipo de contaminante e da sua concentração, da frequência respiratória do usuário, do nível de esforço, da umidade relativa do ambiente e da conservação do produto pelo usuário. Descartar após o uso por um turno de trabalho, se aplicável, ou substituir quando estiver rasgado, saturado ou com elástico solto ou rompido.
- **ÓCULOS DE PROTEÇÃO:** Utilizado para proteção para os olhos contra impactos de partículas volantes frontais. Manter os óculos em sua embalagem original e armazenar em local seco, arejado e protegido do sol. Para a realização da limpeza e higienização do óculos, utilize água e sabão neutro e enxugue-o com papel macio. Substituir quando apresentar danos ou quando tornar impróprio para o uso. A durabilidade do produto em uso pode ser considerado indeterminado, pois depende das condições de utilização nas atividades e a forma correta de limpeza do produto.
- **CALÇADO FECHADO, IMPERMEÁVEL E ANTIDERRAPANTE:** recomendado durante todo o período de trabalho.
- **GORRO:** O gorro deve ser usado em área especiais nas quais são exigidas a paramentação completa. Para as demais áreas do serviço de saúde, recomenda-se que os profissionais mantenham os cabelos presos e arrumados.

PAM PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES	**REGISTRO DA TRATATIVA DE NÃO CONFORMIDADES**
ORIGEM DA NÃO CONFORMIDADE:	

1. RESUMO DO PROBLEMA NOTIFICADO ↓↓*Os próximos campos são de utilidade do NSP e comissão avaliadora*	
Data Da Avaliação	**Setores Envolvidos:**
2. ANÁLISE DA CAUSA RAIZ (se necessário, anexar algum documento): USAR OS 5 POR QUEs ( )	
POR QUÊ_____?	
POR QUÊ_____?	
POR QUÊ_____?	
POR QUÊ_____?	
POR QUÊ_____?	

Este instrumento tem como objetivo levantar as não conformidades, para posterior correção e alinhamento dos fluxos. Não ha necessidade apontar os nomes dos envolvidos pois não tem função punitiva.

3. ANÁLISE DE CAUSA E EFEITO: DIAGRAMA DE ISHIKAWA ( )



4. PLANO DE AÇÃO: 5W2H

AÇÃO	MOTIVO	SETOR/LOCAL	RESPONSÁVEL	MÉTODO	PRAZO	CHECK

5. MÉTODO DE VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA:

Este instrumento tem como objetivo levantar as não conformidades, para posterior correção e alinhamento dos fluxos. Não ha necessidade apontar os nomes dos envolvidos pois não tem função punitiva.

( ) Documental	( ) Visual	( ) Entrevista	( ) Outro _____
6. VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA: AVALIAÇÃO (se necessário, anexar algum documento):			
Data de conclusão:		**Responsável pela verificação da eficácia:**	
7. CIÊNCIA DOS ENVOLVIDOS (se necessário, anexar algum documento, por exemplo, lista de presença):			
Nome	**Cargo**	**Data**	**Assinatura**
Ass. Direção:		Ass. Responsável pelo setor/ serviço envolvido:	

Este instrumento tem como objetivo levantar as não conformidades, para posterior correção e alinhamento dos fluxos. Não ha necessidade apontar os nomes dos envolvidos pois não tem função punitiva.

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 011 de 31 de outubro de 2022. Versão 2 – atualizada em 13/01/2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o fluxo para **reagendamento quanto ao absenteísmo (desistências, rejeição, cancelamentos e faltas em consultas, exames e procedimentos) de média e alta complexidade.**

Art. 2º Considerando o número crescente de absenteísmo em consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade. Assim como os questionamentos que são gerados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) e pela 20ª Regional de Saúde, frente à falta de normativas e condutas relacionadas ao absenteísmo e consequentemente a perda de vagas pelo município de Toledo.

Art. 3º Considerando que, a ausência de uma normativa clara e objetiva, que defina os fluxos de trabalho da Central de Especialidades Municipal de Toledo, permitiu até o presente momento, que pacientes faltosos obtivessem reagendamento por diversas vezes, fato que, indiscutivelmente prejudica os demais pacientes que aguardam em fila de espera.

Art. 4º Considerando que é necessário garantir o acesso às consultas, exames e procedimentos a todos os usuários que aguardam em fila de espera, de modo a cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 5º Visando organizar os fluxos e processos de trabalho dos serviços de agendamento da média e alta complexidade, respaldando os servidores que atuam no agendamento e

reagendamento, norteando e garantindo liberdade e segurança sobre o trabalho executado, assim como a valorização dos serviços oferecidos pelo SUS.

Art. 6º Visando dar o andamento correto em diversas filas de espera, contemplando a todos os usuários quando chegarem a vez, por ordem cronológica de entrada na fila, ou, por prioridades em regulação, sem ser prejudicado a sua vaga por um reagendamento solicitado sem justificativa aceitável por essa normativa.

Art. 7º Ficam instituídas as seguintes normas em todos os serviços de agendamento de Média e Alta Complexidade:

§ 1º Todos os usuários que rejeitarem um agendamento, sem justificativa aceitável por essa normativa, seja de consultas, exames, sessões, terapias ou procedimentos, deverão estar cientes de que a inscrição será finalizada.

§ 2º Todos os usuários faltantes sem justificativa aceitável por essa normativa, seja de consultas, exames, sessões, terapias ou procedimentos, deverão estar cientes de que não haverá reagendamento, devendo iniciar o processo novamente, através de consulta médica na Unidade Básica de Saúde de origem, caso ainda haja interesse em adentrar o Serviço Especializado ou necessidades frente o quadro clínico.

§ 3º Não aceitaremos devoluções de guias agendadas com pedido para reagendar para outro profissional ou outra clínica. Exceto nos casos em que o paciente já mantenha acompanhamento com um profissional ou prestador e, a nova guia de agendamento tenha sido direcionada para outro profissional ou outro prestador, devido duplicidade de encaminhamentos.

§ 4º Para solicitar troca de prestador por reclamação de atendimento prestado, o usuário deve registrar os motivos da solicitação da troca de atendimento via Ouvidoria Municipal, através dos canais de atendimento: por telefone (45) 3196-3024 ou via aplicativo de mensagens pelo (45) 99973-6884, justificando com detalhes as razões para tal solicitação.

§ 5º Serão aceitos cancelamentos com antecedência nas situações em que o Usuário, ao retirar a guia na Unidade, identifica que não poderá comparecer e devolve a guia de agendamento, no mesmo momento, possibilitando o envio da mesma ao setor de agendamentos, para aproveitamento da vaga e então, posterior reagendamento para esse paciente.

§ 6º Serão aceitas devoluções de guias para cancelamento e posterior reagendamento desde que devolvidas com antecedência e que haja a manifestação expressa do motivo da ausência pelo usuário. Nestes casos, não há prejuízos, pois não gera falta no sistema, então a vaga pode ser reutilizada por outro usuário da fila de espera. O usuário poderá solicitar o reagendamento nestes casos, uma única vez, não sendo possível mais de um reagendamento para a mesma solicitação.

Art. 8º Serão aceitos para reagendamento imediato ou conforme vagas, somente as devoluções de guias onde houver justificativas plausíveis com comprovação, aceitáveis segundo essa normativa, tais como:

§ 1º Paciente estava internado no dia do agendamento. (Anexar algum comprovante de internamento, como declaração ou atestado médico, receituário ou prescrição de medicamentos, ou qualquer outra cópia de documento que remeta ao período internado).

§ 2º Não compareceu a consulta pois o paciente tinha outra consulta agendada para o mesmo dia (Anexar comprovante da consulta/exame/procedimento. Declaração ou atestado médico).

§ 3º - Não pôde comparecer pois estava acompanhando filho(a) menor ou pais idosos sob sua tutela, em outra consulta ou em viagem TFD à Curitiba ou outros Municípios/Estado (Anexar comprovante da consulta ou viagem).

§ 4º Não compareceu pois foi vítima de sinistro no trânsito. (Anexar cópia do Boletim ou equivalente).

§ 5º Não pôde comparecer pois havia reunião escolar no mesmo dia/horário (Anexar declaração da escola dos filhos).

§ 6º Não compareceu pois estava com Covid-19 ou alguma outra patologia que indique isolamento ou imponha restrição à mobilidade (Anexar cópia do exame ou atestado médico com a data e indicação do período de isolamento; atestado médico com período de restrição de mobilidade).

§ 7º Intimação da Justiça, Polícia ou outro Órgão de autoridade para apresentar-se, ser testemunha, dar depoimento, ou outra situação impeditiva do comparecimento (Anexar comprovante).

§ 8º Paciente estava em viagem, na data do agendamento, ou com viagem anteriormente programada coincidindo com a data do seu agendamento. (Anexar comprovante da data da viagem, sendo qualquer documento simples que confirme a ausência, como: ticket do pedágio, ticket restaurante, cópia de nota fiscal de serviços, onde conste o endereço fora da cidade de Toledo).

§ 9º Paciente dependente de Transporte Público e que tenha sido prejudicado por não haver na linha, horário condizente com o agendamento, ou ainda, ônibus atrasado ou quebrado, impedindo o comparecimento (apresentar declaração da empresa prestadora do serviço público de transporte, mencionando o fato descrito pelo paciente).

§ 10º Outras situações que tenham o mesmo teor das citadas, igualmente com comprovante anexo, que não estejam citadas nessa normativa, deverão ser registradas via Ouvidoria para que sejam analisadas pela Equipe de Saúde da Central de Especialidade.

Art. 9º Portanto, solicitamos o apoio dos médicos solicitantes, como para todos os profissionais dos Serviços de Saúde Municipal em esclarecerem aos pacientes os assuntos tratados nesta Normativa e que, no ato da desistência, cancelamento e da devolução de guia agendada, estejam cientes de que:

§ 1º Não haverá reagendamento imediato, nem conforme vagas, sem justificativa com motivo aceitável e plausível, conforme os descritos acima, portanto, a solicitação será encerrada.

§ 2º Serão excluídos da fila, àqueles que rejeitarem a vaga, dia, horário, local, prestador, etc (declararem desistência) e/ou forem faltantes, sem a justificativa plausível e aceitável por essa normativa para solicitação de reagendamento.

Art. 10º O teor desta normativa não é aplicável a reagendamentos para o público das crianças; idosos acima de 70 anos, dependentes físicos ou intelectualmente de familiares ou responsáveis para locomoção e acompanhamento para o atendimento: Segue fluxo abaixo nas situações encontradas como faltas, desistências, cancelamentos:

1. **Crianças:** A Equipe de Saúde, identificando 2 (duas) faltas, para a mesma especialidade, exames, sessões e procedimentos, de paciente criança, (inclui-se: duas faltas para consultas especializadas; duas rejeições de vaga, dia, horário, local, prestador; duas faltas em agendamentos de exames diversos e em sessões de fisioterapia, hidroterapia e equoterapia; na rede própria ou consorciada), deverá registrar e repassar o caso ao Serviço Social da Central de Especialidades, através de registro na Interação com Usuário do Serviço e enviar em envelope lacrado ao Setor, que, comunicará oficialmente o Conselho Tutelar para acompanhamento e garantia dos direitos da criança. Após a intervenção do Conselho junto a família, o terceiro agendamento será efetivado somente após a Equipe do Conselho Tutelar garantir o acesso da criança, respondendo oficialmente à Central de Especialidades para realizar o agendamento.
2. **Idosos acima de 70 anos, dependentes física ou intelectualmente de familiares ou responsáveis para locomoção e acompanhamento para o atendimento**: A Equipe de Saúde, identificando 2 (duas) faltas, para a mesma especialidade, exames, sessões e procedimentos, de paciente Idoso acima de 70 anos*, (inclui-se: duas faltas para consultas especializadas; duas rejeições de vaga, dia, horário, local, prestador; duas faltas em agendamentos de exames diversos e em sessões de fisioterapia, hidroterapia e equoterapia; na rede própria ou consorciada), deverá registrar e repassar o caso ao Serviço Social da Central de Especialidades, através de registro

na Interação com Usuário do Serviço e enviar em envelope lacrado ao Setor, que, comunicará oficialmente aos serviços de Assistência Social (CREAS I e II) conforme região de abrangência, para acompanhamento e garantia dos direitos da pessoa Idosa. O terceiro agendamento será efetivado somente após a Equipe do CREAS realizar intervenção junto à família e responder oficialmente à Central de Especialidades.

Art. 11º Esta normativa vigorará aplicando-se todas as regras nela descritas.

A partir de 28/07/2022 haverá ampla divulgação das alterações dos fluxos, bem como, orientação nas Unidades Básicas de Saúde e outros departamentos, em relação às novas normas, com o intuito de esclarecimentos à população para que, não haja prejuízos em seus encaminhamentos.

Art. 12º Prazo para manter a guia de agendamento arquivada na Unidade: 3 meses para consulta. Para exames, sessões, terapias e procedimentos: 30 dias.

Art.13º As dúvidas, reclamações, sugestões ou elogios referentes ao agendamento, podem ser registrados via Ouvidoria do SUS.
Ouvidoria do SUS: (45) 3196-3024 e 45 (45) 9973-6884 (*Whatsapp*).

Art. 14° Esta Normativa se encontra em vigência desde o dia 06/10/2022.

Art. 15º Esta normativa, após capacitações de todos os servidores administrativos dos serviços de saúde do município, passou por nova revisão, quando houve alteração no **Art**. **7º § 3º**, houve acréscimo do **§ 4º**, o **§ 11º do Art**. **8º,** passou a fazer parte do **Art. 7º § 5º e 6º. Art. 10º item 2,** foi alterado de Conselho do Idoso para CREAS**.**

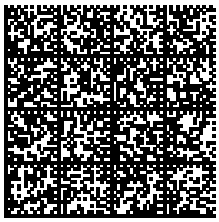
Toledo, 13 de Janeiro de 2023.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde de Toledo

Assinaturas

Documento: 1633/2023 - instrução normativa absenteismo
Data: 13/01/2023 17:50:51 Situação: Em aberto

Servidor	Assinado em



O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 13/01/2023 17:51.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/1633/2023

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 011 de 31 de outubro de 2022. Versão 2 – atualizada em 13/01/2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o fluxo para **reagendamento quanto ao absenteísmo (desistências, rejeição, cancelamentos e faltas em consultas, exames e procedimentos) de média e alta complexidade.**

Art. 2º Considerando o número crescente de absenteísmo em consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade. Assim como os questionamentos que são gerados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR) e pela 20ª Regional de Saúde, frente à falta de normativas e condutas relacionadas ao absenteísmo e consequentemente a perda de vagas pelo município de Toledo.

Art. 3º Considerando que, a ausência de uma normativa clara e objetiva, que defina os fluxos de trabalho da Central de Especialidades Municipal de Toledo, permitiu até o presente momento, que pacientes faltosos obtivessem reagendamento por diversas vezes, fato que, indiscutivelmente prejudica os demais pacientes que aguardam em fila de espera.

Art. 4º Considerando que é necessário garantir o acesso às consultas, exames e procedimentos a todos os usuários que aguardam em fila de espera, de modo a cumprir com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 5º Visando organizar os fluxos e processos de trabalho dos serviços de agendamento da média e alta complexidade, respaldando os servidores que atuam no agendamento e

reagendamento, norteando e garantindo liberdade e segurança sobre o trabalho executado, assim como a valorização dos serviços oferecidos pelo SUS.

Art. 6º Visando dar o andamento correto em diversas filas de espera, contemplando a todos os usuários quando chegarem a vez, por ordem cronológica de entrada na fila, ou, por prioridades em regulação, sem ser prejudicado a sua vaga por um reagendamento solicitado sem justificativa aceitável por essa normativa.

Art. 7º Ficam instituídas as seguintes normas em todos os serviços de agendamento de Média e Alta Complexidade:

§ 1º Todos os usuários que rejeitarem um agendamento, sem justificativa aceitável por essa normativa, seja de consultas, exames, sessões, terapias ou procedimentos, deverão estar cientes de que a inscrição será finalizada.

§ 2º Todos os usuários faltantes sem justificativa aceitável por essa normativa, seja de consultas, exames, sessões, terapias ou procedimentos, deverão estar cientes de que não haverá reagendamento, devendo iniciar o processo novamente, através de consulta médica na Unidade Básica de Saúde de origem, caso ainda haja interesse em adentrar o Serviço Especializado ou necessidades frente o quadro clínico.

§ 3º Não aceitaremos devoluções de guias agendadas com pedido para reagendar para outro profissional ou outra clínica. Exceto nos casos em que o paciente já mantenha acompanhamento com um profissional ou prestador e, a nova guia de agendamento tenha sido direcionada para outro profissional ou outro prestador, devido duplicidade de encaminhamentos.

§ 4º Para solicitar troca de prestador por reclamação de atendimento prestado, o usuário deve registrar os motivos da solicitação da troca de atendimento via Ouvidoria Municipal, através dos canais de atendimento: por telefone (45) 3196-3024 ou via aplicativo de mensagens pelo (45) 99973-6884, justificando com detalhes as razões para tal solicitação.

§ 5º Serão aceitos cancelamentos com antecedência nas situações em que o Usuário, ao retirar a guia na Unidade, identifica que não poderá comparecer e devolve a guia de agendamento, no mesmo momento, possibilitando o envio da mesma ao setor de agendamentos, para aproveitamento da vaga e então, posterior reagendamento para esse paciente.

§ 6º Serão aceitas devoluções de guias para cancelamento e posterior reagendamento desde que devolvidas com antecedência e que haja a manifestação expressa do motivo da ausência pelo usuário. Nestes casos, não há prejuízos, pois não gera falta no sistema, então a vaga pode ser reutilizada por outro usuário da fila de espera. O usuário poderá solicitar o reagendamento nestes casos, uma única vez, não sendo possível mais de um reagendamento para a mesma solicitação.

Art. 8º Serão aceitos para reagendamento imediato ou conforme vagas, somente as devoluções de guias onde houver justificativas plausíveis com comprovação, aceitáveis segundo essa normativa, tais como:

§ 1º Paciente estava internado no dia do agendamento. (Anexar algum comprovante de internamento, como declaração ou atestado médico, receituário ou prescrição de medicamentos, ou qualquer outra cópia de documento que remeta ao período internado).

§ 2º Não compareceu a consulta pois o paciente tinha outra consulta agendada para o mesmo dia (Anexar comprovante da consulta/exame/procedimento. Declaração ou atestado médico).

§ 3º - Não pôde comparecer pois estava acompanhando filho(a) menor ou pais idosos sob sua tutela, em outra consulta ou em viagem TFD à Curitiba ou outros Municípios/Estado (Anexar comprovante da consulta ou viagem).

§ 4º Não compareceu pois foi vítima de sinistro no trânsito. (Anexar cópia do Boletim ou equivalente).

§ 5º Não pôde comparecer pois havia reunião escolar no mesmo dia/horário (Anexar declaração da escola dos filhos).

§ 6º Não compareceu pois estava com Covid-19 ou alguma outra patologia que indique isolamento ou imponha restrição à mobilidade (Anexar cópia do exame ou atestado médico com a data e indicação do período de isolamento; atestado médico com período de restrição de mobilidade).

§ 7º Intimação da Justiça, Polícia ou outro Órgão de autoridade para apresentar-se, ser testemunha, dar depoimento, ou outra situação impeditiva do comparecimento (Anexar comprovante).

§ 8º Paciente estava em viagem, na data do agendamento, ou com viagem anteriormente programada coincidindo com a data do seu agendamento. (Anexar comprovante da data da viagem, sendo qualquer documento simples que confirme a ausência, como: ticket do pedágio, ticket restaurante, cópia de nota fiscal de serviços, onde conste o endereço fora da cidade de Toledo).

§ 9º Paciente dependente de Transporte Público e que tenha sido prejudicado por não haver na linha, horário condizente com o agendamento, ou ainda, ônibus atrasado ou quebrado, impedindo o comparecimento (apresentar declaração da empresa prestadora do serviço público de transporte, mencionando o fato descrito pelo paciente).

§ 10º Outras situações que tenham o mesmo teor das citadas, igualmente com comprovante anexo, que não estejam citadas nessa normativa, deverão ser registradas via Ouvidoria para que sejam analisadas pela Equipe de Saúde da Central de Especialidade.

Art. 9º Portanto, solicitamos o apoio dos médicos solicitantes, como para todos os profissionais dos Serviços de Saúde Municipal em esclarecerem aos pacientes os assuntos tratados nesta Normativa e que, no ato da desistência, cancelamento e da devolução de guia agendada, estejam cientes de que:

§ 1º Não haverá reagendamento imediato, nem conforme vagas, sem justificativa com motivo aceitável e plausível, conforme os descritos acima, portanto, a solicitação será encerrada.

§ 2º Serão excluídos da fila, àqueles que rejeitarem a vaga, dia, horário, local, prestador, etc (declararem desistência) e/ou forem faltantes, sem a justificativa plausível e aceitável por essa normativa para solicitação de reagendamento.

Art. 10º O teor desta normativa não é aplicável a reagendamentos para o público das crianças; idosos acima de 70 anos, dependentes físicos ou intelectualmente de familiares ou responsáveis para locomoção e acompanhamento para o atendimento: Segue fluxo abaixo nas situações encontradas como faltas, desistências, cancelamentos:

1. **Crianças:** A Equipe de Saúde, identificando 2 (duas) faltas, para a mesma especialidade, exames, sessões e procedimentos, de paciente criança, (inclui-se: duas faltas para consultas especializadas; duas rejeições de vaga, dia, horário, local, prestador; duas faltas em agendamentos de exames diversos e em sessões de fisioterapia, hidroterapia e equoterapia; na rede própria ou consorciada), deverá registrar e repassar o caso ao Serviço Social da Central de Especialidades, através de registro na Interação com Usuário do Serviço e enviar em envelope lacrado ao Setor, que, comunicará oficialmente o Conselho Tutelar para acompanhamento e garantia dos direitos da criança. Após a intervenção do Conselho junto a família, o terceiro agendamento será efetivado somente após a Equipe do Conselho Tutelar garantir o acesso da criança, respondendo oficialmente à Central de Especialidades para realizar o agendamento.
2. **Idosos acima de 70 anos, dependentes física ou intelectualmente de familiares ou responsáveis para locomoção e acompanhamento para o atendimento**: A Equipe de Saúde, identificando 2 (duas) faltas, para a mesma especialidade, exames, sessões e procedimentos, de paciente Idoso acima de 70 anos*, (inclui-se: duas faltas para consultas especializadas; duas rejeições de vaga, dia, horário, local, prestador; duas faltas em agendamentos de exames diversos e em sessões de fisioterapia, hidroterapia e equoterapia; na rede própria ou consorciada), deverá registrar e repassar o caso ao Serviço Social da Central de Especialidades, através de registro

na Interação com Usuário do Serviço e enviar em envelope lacrado ao Setor, que, comunicará oficialmente aos serviços de Assistência Social (CREAS I e II) conforme região de abrangência, para acompanhamento e garantia dos direitos da pessoa Idosa. O terceiro agendamento será efetivado somente após a Equipe do CREAS realizar intervenção junto à família e responder oficialmente à Central de Especialidades.

Art. 11º Esta normativa vigorará aplicando-se todas as regras nela descritas.

A partir de 28/07/2022 haverá ampla divulgação das alterações dos fluxos, bem como, orientação nas Unidades Básicas de Saúde e outros departamentos, em relação às novas normas, com o intuito de esclarecimentos à população para que, não haja prejuízos em seus encaminhamentos.

Art. 12º Prazo para manter a guia de agendamento arquivada na Unidade: 3 meses para consulta. Para exames, sessões, terapias e procedimentos: 30 dias.

Art.13º As dúvidas, reclamações, sugestões ou elogios referentes ao agendamento, podem ser registrados via Ouvidoria do SUS.
Ouvidoria do SUS: (45) 3196-3024 e 45 (45) 9973-6884 (*Whatsapp*).

Art. 14° Esta Normativa se encontra em vigência desde o dia 06/10/2022.

Art. 15º Esta normativa, após capacitações de todos os servidores administrativos dos serviços de saúde do município, passou por nova revisão, quando houve alteração no **Art**. **7º § 3º**, houve acréscimo do **§ 4º**, o **§ 11º do Art**. **8º,** passou a fazer parte do **Art. 7º § 5º e 6º. Art. 10º item 2,** foi alterado de Conselho do Idoso para CREAS**.**

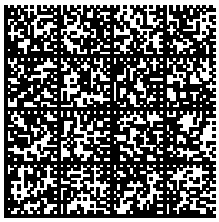
Toledo, 13 de Janeiro de 2023.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde de Toledo

Assinaturas

Documento: 1633/2023 - instrução normativa absenteismo
Data: 13/01/2023 17:50:51 Situação: Em aberto

Servidor	Assinado em



O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 13/01/2023 17:51.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/1633/2023

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

N° 08 de 25 de julho de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o § 1º, incisos I e II do Art. 59 da Lei Orgânica do Município,

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) na qual define a Atenção Básica como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população com território definido.

Considerando que a Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

Considerando o Parágrafo Único do Art. 2º da PORTARIA GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 que incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações:

I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;

II - as atividades coletivas;

III - o apoio matricial;

IV - as discussões de casos;

V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;

VI - a oferta de ações de saúde à distância;

VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e

VIII - as práticas intersetoriais.

RESOLVE:

Art. 1º Padronizar o atendimento e as ações realizadas pela eMulti na Atenção Primária a Saúde de Toledo;

Art. 2º Cada eMulti deverá estar contida no CNES de uma Unidade Básica de Saúde e deverá estar vinculada a uma ou mais das tipologias de esquipes, eSF ou eAP.

Art. 3º A organização das ações a serem realizadas deverão prioritariamente seguir as equipes vinculadas, porém nos demais territórios deverão ser mantidas conforme as referências já estabelecidas para cada profissional, garantindo assim o aumento da resolutividade na Atenção Primária.

Art. 4º A matriz das agendas existentes deverá ser alterada para a novas vinculações (eMulti amplicada e eMulti complementar) e posteriormente transferir os pacientes já agendados.

Art. 6º O acompanhamento e monitoramento das ações de saúde desenvolvidas pelas eMulti serão realizados por meio do SISAB.

Art. 5º Das duas modalidades atualmente cadastradas no município, a eMulti Ampliada (300h está cadastrada no CNES da UBS Panorama, e estará vinculada à 12 equipes, sendo elas:

EQUIPE PARA VINCULAÇÃO DA e-MULTI 300h	INE
ESF 15 BRESSAN_CEZAR PARQUE	1587684
ESF 06 JARDIM PANORAMA	1498045
ESF 07 JARDIM PANORAMA	1492128
ESF 08 JARDIM PANORAMA	1564986
EAP 01 JARDIM MARACANA	1768085
EAP 02 JARDIM MARACANA	2193566
ESF 09 SANTA CLARA IV	1512129
ESF 10 SANTA CLARA IV	1539760
ESF 01 JARDIM EUROPA	398829
ESF 02 JARDIM EUROPA	398810
ESF 03 JARDIM EUROPA	398802
ESF 11 JARDIM EUROPA	1532944

Estando cadastrados na e-Multi Ampliada os profissionais abaixo listados:

SERVIDOR	CARGO	CARGA HORÁRIA
Luciana Zabine de Oliveira	Nutricionista	40
Flavia Germinari Rodrigues Santos Serafim	Nutricionista	40
Lauana Weschenfelder	Assist. Social	30
Debora Lucia Schmid Kowalski	Assist. Social	30
Clarice Ana Ruedieger	Assist. Social	30

Cristiane Patricia Stefler de Lima	Assist. Social	30
Leandro Rafael Muller	Educador Físico	40
Evandro Augusto Boian Konno	Fisioterapeuta	30
Diogo Zortea Lovison	Fisioterapeuta	30
TOTAL		**300**

A segunda modalidade cadastrada, a e-Multi complementar (200h) está cadastrada no CNES da UBS Cosmos e estará vinculada a nove equipes, sendo elas:

EQUIPE PARA VINCULAÇÃO DA e-MULTI 200h	INE
ESF 16 - ESF COSMOS	1587706
ESF 17 - ESF COSMOS	1587692
ESF 18 - ESF COSMOS	1619632
ESF 25 - ESF COSMOS	398780
EAP 01 JARDIM COOPAGRO	1768174
EAP 02 JARDIM COOPAGRO	1768131
EAP 01 VILA INDUSTRIAL	1767933
EAP 02 VILA INDUSTRIAL	2193558
EAP 01 JARDIM PORTO ALEGRE	1768069

Estando cadastrados na e-Multi complementar os profissionais abaixo listados:

SERVIDOR	CARGO	CARGA HORÁRIA
Scheila Dayane Schneider	Nutricionista	40
Patricia Hoffmann	Terapeuta Ocupacional	30
Juliana Cunha Da Costa	Fonoaudiólogo	30
Jose Eduardo Mainart Panini	Infectologista	10
Marlize Neske	Assist. Social	30
Roberta Soares M. Fernandes Zandona	Médico pediatra	20
Mariana Marassi Pimenta	Gineco. Obstetra	20
Andrea de Cassia Sincero Sa	Gineco. Obstetra	20
TOTAL		**200**

Considerando o exposto no Art. 15. da PORTARIA GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 os indicadores do Pagamento por Desempenho descritos a serem observados na atuação das eMulti são:

I - Percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas;

II - Satisfação da pessoa atendida pela eMulti;

III - Resolução das ações interprofissionais com as eMulti;

IV - Quantidade de ações realizadas pela eMulti; e

V - Percentual de atendimentos remotos mediados por TIC (tecnologia de informação e comunicação) realizados pela eMulti.

Considerando que a equipe multi deverá ofertar atendimento remoto de forma assistida, mediado por TIC.

Considerando que o atendimento remoto deverá acontecer de forma assistida, com a presença de profissional da área de saúde intermediando os processos gerenciais demandantes entre pessoa atendida e profissional de saúde que realiza a consulta remotamente, bem como a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC.

Toledo, 25 de julho de 2023.

ASSINADO DIGITALMENTE
TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora da Rede de Atenção Primária à Saúde

ASSINADO DIGITALMENTE
GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI
Secretária Municipal da Saúde

Assinaturas

Documento: 25345/2023 - iNSTRUÇÃO NORMATIVA_Nº8_E_MULTI.pdf
Data: 25/07/2023 12:09:09 Situação: Concluído

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por TATIANE VEIGA RODRIGUES na data 25/07/2023 12:09.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136/documento/25345/2023

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 25/07/2023 16:30.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136/documento/25345/2023

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO | SECRETARIA DA SAÚDE

SUS

Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção e Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

MAIO – 2024

Rua: Carmelita Nodari, esq, Primo Fachini nº 132, Bairro Jardim Gisela – Toledo – Paraná – Brasil – CEP 85905-562 Telefone - (45) 3196-3015.

Prefeito Municipal de Toledo

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Vice-Prefeito do Município de Toledo

Ademar Lineu Dorfschimdt

Secretária Municipal da Saúde

Gabriela Almeida Kucharski

Elaborado Pelo:

Departamento de Gestão em Saúde
Departamento de Atenção Primária em Saúde
Departamento da Rede de Atenção Especializada
Departamento da Rede de Atenção à Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A Linha de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Paraná, "[…] cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência", são competências das três esferas governamentais segundo a constituição brasileira (BRASIL, 1988).

De acordo com a Lei Federal n.º 7.853/89, art. 2º, ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico. No inciso II, no que se refere à saúde, os órgãos e entidades da administração direta e indireta, devem: dispensar tratamento prioritário e adequado, tendente a viabilizar, sem prejuízo de outras, ações de promoção e ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência; o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado às suas vítimas; A criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; A garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados; A garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social.

O Decreto nº 3.298/99 regulamenta a lei citada no parágrafo anterior apresenta no seu art. 3º as definições das deficiências, considerando:

I. deficiência: toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II. deficiência permanente: aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de

novos tratamentos;

III. incapacidade: uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

No art. 4º deste decreto, considera pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; trabalho;

e) deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

Ademais, a Lei Federal nº12.764, instituída em 27 de dezembro de 2012, define no seu art. 1º, parágrafo 2º, para todos os efeitos legais, a pessoa com Transtorno do Espectro Autista como pessoas com deficiência. Sendo considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada segundo os incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação

social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definida pela Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de Outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta os componentes desta rede que são organizados em:

I. Atenção Primária à Saúde;

II. Atenção Especializada Ambulatorial; e

III. Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Esses componentes se articulam entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ ou aos serviços de apoio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

I - APRESENTAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE

1.1 Perfil Demográfico, sócio sanitário e epidemiológico do município de Toledo

Toledo é um município brasileiro localizado na região oeste do Paraná. Com seu solo fértil e plano, tornou-se um dos maiores produtores de grãos do estado. Concentra empresas do ramo agropecuário, razão pela qual é considerada a "Capital Paranaense do Agronegócio". Com uma população estimada pelo censo do IBGE de 2023 em 150.470 mil habitantes, é o 11º mais populoso município do Paraná.

O nome Toledo provém do Arroio Toledo, um rio que então passava ao lado da futura cidade e hoje corta a sede devido à sua expansão urbana. A identificação oficial de 'Toledo' deu-se posteriormente, numa opção entre Toledo, Cristo Rei e Brasiléia. Registros de 1905 e 1906 atribuem vínculo ao nome de 'Pouso Toledo', recanto de descanso de tropeiros ao longo de uma picada utilizada para transporte de produtos, especialmente da erva-mate, comercializados por estrangeiros que possuíam glebas na região oeste do estado do Paraná, onde o município está inserido.

Toledo está situado numa região de ocupação recente de colonos oriundos do atual município gaúcho de São Marcos, então distrito de Caxias do Sul, chegaram à área atual, na época pertencente ao Território Federal do Iguaçu. Em 1951 foi emancipado de Foz do Iguaçu pela Lei nº 790, sancionada pelo governador do Paraná, Bento Munhoz da Rocha Neto. A primeira eleição ocorreu em 9 de novembro de 1952, com a instalação oficial do município em 14 de dezembro do mesmo ano, quando a primeira legislatura da Câmara Municipal eleita deu posse ao prefeito Ernesto Dall'Oglio (1952/1956).

Toledo apresenta uma economia baseada principalmente no agronegócio e está em primeiro lugar, entre os municípios do estado, no Valor Bruto da Produção Agropecuária, como também no PIB Agropecuário no Paraná. É um grande produtor de soja, milho, suínos e frango, gado leiteiro e de corte. Sofre um processo de industrialização, principalmente nos setores ligados ao setor agrícola e pecuário. É detentor do Prêmio Paraná Ambiental na modalidade de Gerenciamento de Resíduos Sólidos através do Programa Lixo Útil/Câmbio Verde.

Importante centro de suinocultura, Toledo começou a ganhar destaque no cenário nacional com a sua Festa Nacional do Porco Assado no Rolete, hoje com mais de 46 anos de existência e conhecida internacionalmente. O prato é tão popular que a cidade Toledo no contexto nacional é conhecida como a "Cidade do Porco no Rolete".

Além da gastronomia, Toledo possui belezas naturais como os saltos, as cachoeiras e as trilhas ecológicas no Rio São Francisco, o Parque Ecológico Diva Paim Barth com lago, na região central da cidade, horto florestal, um Centro de Atenção Primária Ambiental e diversos outros atrativos, onde milhares de pessoas se concentram principalmente nos finais de semana. O Parque dos Pioneiros, Usina de Conhecimento, Kartódromo, Pista de Motocross e Bicicross, inúmeros pesques-pagues, Shopping Center, restaurantes, lanchonetes, hotéis, Museu Histórico, Casa da Cultura e um aeroporto com uma das melhores condições de pouso no país, são outros atrativos que o município oferece. Toledo conta ainda com um moderníssimo Teatro Municipal, considerado o terceiro maior do Estado, com capacidade para 1.021 lugares e uma das melhores acústicas do país.

O município tem importantes investimentos em educação, garantindo índices satisfatórios na formação social e cultural do cidadão, culminando na formação de um polo universitário composto por sete instituições de ensino superior. Muitas já realizam suas atividades nas instalações do Biopark, parque tecnológico concebido pela indústria farmacêutica Prati-Donaduzzi com o intuito de estabelecer em Toledo um polo de difusão e criação de novos conhecimentos, do qual também farão parte empreendimentos comerciais, industriais e residenciais distribuídos em mais de 4 milhões de metros quadrados.

Toledo é um município de importância regional por ser sede da 20ª Regional de Saúde, tem uma área de aproximadamente 1.200.000 Km², está situado na Região Oeste do Paraná e faz divisa com os seguintes municípios: ao Norte: Maripá e Nova Santa Rosa; ao Sul: Santa Tereza do Oeste e São Pedro do Iguaçu; a Leste: Assis Chateaubriand, Tupãssi e Cascavel; e a Oeste: Quatro Pontes, Marechal Cândido Rondon e Ouro Verde do Oeste. Dentro de sua área geográfica, o município de Toledo possui 10 distritos administrativos, sendo a sede e nove distritos. Na sede do município sua área está dividida em 22 bairros.

Em relação ao organograma da Secretaria de Saúde, no ano de 2021 ocorreram alterações conforme Lei Nº 2.344, de 15 de julho de 2021 que dispõe sobre a estrutura de órgãos e cargos em comissão da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo, onde trata da Estrutura organizacional da administração direta e a Secretaria de Saúde no inciso XIII, conforme segue:

Secretaria da Saúde:

a) Gabinete;

b) Departamento da Rede de Atenção Primária em Saúde;

c) Departamento de Vigilância em Saúde;

d) Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

e) Departamento Administrativo e Financeiro.

Importante destacar, que além desses departamentos e do gabinete, existem os Departamentos da Rede de Atenção Especializada, Rede de Atenção à Saúde Mental, Departamento de Gestão em Saúde e Rede de Assistência Farmacêutica, além do Conselho Municipal de Saúde e da Ouvidoria, dois órgãos com poderes independentes que objetivam o apoio ao Gestor da Saúde.

As redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

As redes de Atenção à Saúde tem por objetivo prestar a atenção certa, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitária e econômica (MENDES, 2011).

Quadro 01 - Dados sobre Natalidade e Mortalidade no município de Toledo

	2020	2021	2022	2023	2024*
Nascidos Vivos	1977	1959	2016	2042	592
Taxa de Natalidade/ 1000 Hab.	14,05	13,7	13,94	13,57	11,8
Taxa de Mortalidade Geral	6,44	8,82	6,61	6,02	2,31
Total de óbitos	914	1258	983	871	334
Taxa de Mortalidade Infantil	7,59	9,19	10,98	8,81	6,76
Total de Óbitos Infantis	15	18	22	18	04
Taxa de Mortalidade Prematura (DCNT) 30 a 69 anos	324,10	333,44	319,42	229,19	70,62
Nº Total de Óbitos por Doenças crônicas não transmissíveis	208	214	205	172	53

Fonte: Relatório Quadrimestral de Gestão 1ºQ - 2024 Toledo/PR.

1.2 Dados referentes à população com deficiência

Quadro 02 – População com deficiência nas quatro modalidades segundo dados da ficha de cadastro individual. Relatório do E-SUS - Cadastro Individual - Sintético

Unidade de Saúde	Auditiva	Física	Intelectual / Cognitiva	Visual	Outros*	Total por unidade
UBS Bressan	15	38	33	11	2	99
ESF Cosmos	39	118	60	47	18	282
ESF Jardim Europa	52	103	99	77	63	394
ESF Jardim Panorama	23	36	55	42	8	164
ESF Alto Panorama	24	36	31	22	14	127
ESF Santa Clara IV	30	63	51	39	19	202
ESF Paulista	12	30	5	14	4	65
ESF São Francisco	14	25	26	12	5	82
ESF Jardim Concórdia	14	40	26	18	5	103
ESF Jardim Pancera	19	39	26	11	7	102
EAP Jardim Maracanã	31	71	81	72	15	270
EAP Centro de Saúde	21	53	52	27	15	168
EAP Jardim Coopagro	21	51	44	18	17	151
EAP Jardim Porto Alegre	22	50	33	13	18	136
EAP Vila Industrial	39	47	30	22	12	150
ESF Interior Leste - São Luiz do Oeste	4	27	11	4	2	48
ESF Interior Leste - Boa Vista	0	0	0	0	0	0
ESF Interior Leste - Bom Princípio	0	0	0	0	0	0
ESF Interior Leste - Ouro Preto	0	0	0	0	0	0
ESF Interior Oeste - Concórdia do Oeste	5	12	30	5	1	53
ESF Interior Oeste - Dez de Maio	0	0	0	0	0	0
ESF Interior Oeste - Cerro da Lola	0	0	0	0	0	0
Posto de Saúde Dois Irmãos	5	5	4	2	0	16
Posto de Saúde Vila Ipiranga	10	6	3	4	1	24
EAP Novo Sobradinho	0	0	2	0	2	4
ESF Vila Nova	2	9	14	1	3	29
ESF Novo Sarandi	2	20	21	7	7	57
Total por deficiência	404	879	737	468	238	2726

Fonte: Relatório de Cadastro Individual Sistema de Gestão de Serviços de Saúde SIGSS. jun/2024.
*Outros: Outros tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

Cabe informar que, em 2024 (de janeiro a 10/0 conforme relatório de consultas médicas, foram realizados 679 registros de atendimentos de consultas com os CID F84, F84.0, F84.1, F84.5, F84.8, F84.9, indicando uma demanda expressiva de pacientes com Transtornos Globais do Desenvolvimento, incluído aqui o Autismo Infantil, que totalizou 595 registros. Cabe ressaltar que, em 2023 foram registrados 1.184 atendimentos de consulta somente com CID F84.0 de Autismo Infantil. Somente no CAPS infantil, há 300 crianças e adolescentes (de 3 a 17a11m29d) com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista em tratamento, havendo também uma lista de espera para acolhimento, na qual 112 crianças aguardam para iniciar o acompanhamento.

II - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

2.1 Atenção Primária em Saúde

A Rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Toledo está organizada com Unidades Básicas de Saúde - UBS situadas na área urbana e rural, um Ambulatório Materno Infantil - AMI, dois Centros de Revitalização da Terceira idade - CERTIs, um Ambulatório de Feridas e Ostomias, um Pólo de Academia da Saúde e uma Equipe multiprofissional de Atenção Primária, sendo estas as principais portas de entrada ao SUS, totalizando 32 estruturas físicas, possibilitando o acesso aos demais serviços oferecidos nesse sistema.

A Atenção Primária é a principal porta de entrada sendo a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na linha de cuidado. As ações na Atenção Primária à Saúde envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional.

No modelo de ESF, atualmente são 10 unidades situadas nos seguintes bairros: Panorama, São Francisco, Santa Clara IV, Europa, Cosmos\Fachini, Jd. Concórdia, Pancera, Cezar Parque\ Bressan, Alto Panorama e Vila Paulista. No interior do município são 04 equipes de ESF, que atuam nos Distritos de Novo Sarandi, Vila Nova, Interior Oeste (Concórdia do Oeste, Dez de Maio e Cerro da Lola) e Interior Leste (São Luiz, Ouro Preto, Bom Princípio e Boa Vista). No modelo de EAP, atualmente são 06 unidades situadas em: Maracanã, Porto Alegre, Coopagro, Centro, Industrial e Novo Sobradinho. Além de contar com dois postos de saúde localizados nos Distritos de Dois Irmãos e Vila Ipiranga.

O município de Toledo encontra-se atualmente com uma cobertura de 42,5% de eAP, 57,5% de eSF e 65% de cobertura de Saúde Bucal, conforme dados extraídos do Sistema e-Gestor/MS em maio de 2024. Possui 31 Equipes de Saúde da Família, 17 Equipes de Atenção Primária, 13 Equipes de Saúde Bucal, 11 Equipes de Saúde Bucal diferenciadas.

Quadro 03 – Descrição dos Serviços da Atenção Primária em Saúde – Toledo

Serviço	**Nº e Tipo de equipe**
UBS Jd. Coopagro	03 eAP
UBS Centro de Saúde	03 eAP
UBS Maracanã	02 eAP

UBS Porto Alegre	03 eAP
UBS Industrial	02 eAP
UBS Novo Sobradinho	01 eAP
Certi Coopagro	01 eAP
Certi Pioneira	01 eAP
Equipe Prisional	01 eAP
UBS São Luiz do Oeste	01 eSF
UBS Europa	04 eSF
UBS São Francisco	02 eSF
UBS Panorama	04 eSF
UBS Santa Clara	02 eSF
UBS Pancera	03 eSF
UBS Jardim Concórdia	02 eSF
UBS Bressan/Cezar Parque	02 eSF
UBS Cosmos/Fachini	04 eSF
UBS Novo Sarandi	01 eSF
UBS Interior Oeste (Concórdia do Oeste, Dez de Maio e Cerro da Lola)	01 eSF
UBS Alto Panorama	02 eSF
UBS Vila Nova	01 eSF
UBS Paulista	02 eSF

Fonte: PMS 2022-2025. Toledo.

2.2 Atenção Especializada em reabilitação Auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências

A atenção especializada em reabilitação é composta por pontos de atenção ambulatorial que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva – Órtese, Prótese e Meios de Locomoção. No município de Toledo, na rede pública, não há serviço de atenção especializada em reabilitação, contudo há atendimentos às pessoas com deficiência nos pontos da atenção especializada da rede municipal, no CISCOPAR (Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná) através na rede credenciada/contratada, e nos serviços habilitados na 20ª Regional de Saúde.

O município de Toledo possui a Central de Especialidades para agendamentos e consultas realizadas na própria central, bem como, agendamentos de consultas e exames especializados a serem realizados no CISCOPAR. Entre as especialidades médicas para as quais os pacientes podem ser referenciados, estão: neurologista, neuropediatra, ortopedista, oftalmologista, otorrinolaringologista, endocrinologista, cardiologista, reumatologista, pneumologista.

Em relação aos serviços específicos de reabilitação a pessoa com deficiência, em modalidade única, destacamos os estabelecimentos citados no Quadro 04, que estão habilitados na 20ª Regional de Saúde.

Quadro 04 - Serviços habilitados na 20ª RS em modalidade única, por modalidade.

Estabelecimento	**Tipo de Reabilitação**	**Gestão**	**Natureza**	**Localidade**
APAE	Intelectual	Estadual	Filantrópica	Toledo
UNIOESTE – Centro de Reabilitação Física (CEAPAC)	Física	Estadual	Pública	Cascavel
FAG – Centro de Reabilitação	Física	Estadual	Privada conveniada ao SUS	Cascavel
CLINICA CHAMPAGNAT	Auditiva	Estadual	Privada conveniada ao SUS	Toledo
CAC Centro Auditivo Cascavel	Auditiva	Estadual	Privada conveniada ao SUS	Cascavel
EQUILÍBRIO Centro de Fisioterapia	Física	Estadual	Privada conveniada ao SUS	Toledo
CISCOPAR / 20 RS	Física, visual e Ostomizados (fornecimen-to de bolsas)	Regional	Pública	Toledo
Clínica de Olhos Romeu Tolentino, Clínica Dr Prime, Hospital de Olhos de Cascavel, Instituto da Visão	Visual	Estadual	Privadas conveniadas ao SUS	Cascavel

FONTE: Apresentação SESA, Maio/2024.

2.2.1 Pontos de Atenção na Rede Especializada do Município de Toledo que realizam atendimentos em Reabilitação Intelectual e Autismo

a) Parceria entre Ambulatório Materno Infantil e Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares: O Centro de fisioterapia por meio da fisioterapeuta responsável pelos atendimentos infantis, iniciou em agosto de 2022 um projeto conjunto com a equipe do Ambulatório Materno Infantil – AMI para realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, através da estimulação precoce de crianças menores de três anos

acompanhadas pela equipe desse ambulatório. Tal projeto visa proporcionar o atendimento e acompanhamento fisioterapêutico das crianças encaminhadas pelo AMI, com o objetivo de avaliar e intervir em cada caso, orientando os pais e/ou cuidadores sobre a importância do cuidado e da estimulação precoce oferecida em casa, a fim de prevenir, minimizar e identificar precocemente condições ou agravos de saúde que interfiram no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças que possam levar à futuras deficiências. No AMI também há equipe multidisciplinar, com neuropediatra, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, entre outros, que acompanham crianças com alteração no neurodesenvolvimento, conforme Linha Guia Materno Infantil.

b) Rede de Atenção Psicossocial: realiza atendimentos às pessoas com demandas de saúde mental, associadas à deficiência intelectual, os quais acessam via avaliação inicial na Atenção Primária em Saúde, a qual realiza a estratificação de risco em saúde mental, ou com apresentação de laudo médico com o diagnóstico de Autismo. Conforme estratificação de risco em saúde mental, o paciente com baixo risco em saúde mental segue em acompanhamento na APS sendo, e como portador de deficiência, com monitoramento intensivo e discussão do caso com a rede, já os pacientes com médio ou alto risco em saúde mental, tem o cuidado compartilhado com os pontos da rede especializada de saúde mental:

- Ambulatório de Saúde Mental (ASM) que realiza atendimentos a pacientes (todas as faixas etárias) com médio risco em saúde mental com profissionais de psiquiatra, psicologia e assistente social.
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) possui equipe multiprofissional e realiza atendimentos a pacientes (adultos) com Transtorno Mental Grave e Persistente, com alto risco em saúde mental e atualmente é o serviço da saúde de referência para atendimento a adultos com Transtorno Espectro Autista – TEA.
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) possui equipe multiprofissional e realiza atendimentos a pacientes (crianças e adolescentes) com transtorno mental de alto risco em saúde mental, incluídos os relacionados ao uso de álcool e drogas de médio e alto risco, e atualmente é o serviço da saúde de referência para atendimento à criança e adolescente com Transtorno Espectro Autista – TEA.
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) possui equipe multiprofissional e realiza atendimentos a pacientes (adultos) com transtorno relacionado ao uso de álcool e drogas de médio e alto risco.

2.2.2 Pontos de Atenção na Rede Especializada do Município de Toledo que realizam atendimentos em Reabilitação Visual

Não há serviço habilitado na modalidade de reabilitação visual no município e no âmbito da 20ª Regional de Saúde.

2.2.3 Pontos de Atenção na Rede Especializada do Município de Toledo que realizam atendimentos em Reabilitação Auditiva

O Município atualmente não possui serviço próprio para Reabilitação Auditiva.Os serviços disponíveis na rede são ofertados via Secretaria Estadual de Saúde - SESA e organizados da seguinte forma:

- Clinica Champagnat oferta serviços de baixa e média complexidade tais como:

  - Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva (protetização auditiva). O encaminhamento será realizado por profissional médico otorrinolaringologista.

  - Acompanhamento de paciente para adaptação de aparelho de amplificação sonora individual - AASI (uni e bilateral). Após a protetização, o paciente possui direito a um retorno anual para manutenção e ajustes do aparelho auditivo, a declaração será emitida pela própria clínica.

  - Reabilitação Auditiva (via CISCOPAR). Em casos de não adaptação do aparelho auditivo, o profissional da clínica (fonoaudiólogo ou otorrinolaringologista) emite a solicitação de reabilitação auditiva.

  - Potencial Evocado Auditivo - BERA (via CISCOPAR). Realizado em crianças de até 2 anos de idade.

- Centro Auditivo de Cascavel (CAC) oferta serviços de alta complexidade como Potencial Evocado Auditivo - BERA (Via Gsus). Realizado em crianças acima de 2 anos e para aqueles que apresentam falhas nos realizados pela clínica Champagnat.

2.2.4 Serviços habilitados em Centro Especializado em Reabilitação Física e Oficina Ortopédica

O Município atualmente não possui serviço próprio para Reabilitação Física. Enquanto rede municipal, o Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares oferta os seguintes serviços: Fisioterapia adulto (Adultos com disfunções osteomioarticulares); Fisioterapia Infantil (PediaSuit: Crianças de 14 meses até 12 anos, com peso acima de 9 kg e altura acima de 83 cm, com diagnóstico de Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor); Práticas Integrativas e Complementares (Adultos com disfunções

osteomioarticulares e população geral, participantes de projetos com a rede de atenção em saúde); Práticas desportivas (Comunidade em geral e pacientes que finalizaram o atendimento fisioterapêutico).

Os serviços disponíveis na rede, ofertados via Secretaria Estadual de Saúde - SESA e organizados da seguinte forma:

- Clínica Equilíbrio oferta serviços de baixa complexidade tais como Atendimento/acompanhamento intensivo de paciente em reabilitação física - (órteses e próteses (palmilhas, sapatos ortopédicos, etc). O encaminhamento é realizado pelo profissional cadastrada na rede SUS, seja clínico, ortopedista ou fisioterapeuta.
- Centro Universitário da Fundação Assis Gurgarz (FAG) oferta serviços de média e alta complexidade tais como Atendimento/acompanhamento intensivo de paciente em reabilitação física (próteses de membros).

2.2.5 Serviços que realizam concessão/dispensação de OPM por modalidade (nº de serviços, CNES tipos de OPM Concedida)

As Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) são Dispositivos de Tecnologia Assistiva que possuem grande importância no processo de reabilitação das Pessoas com Deficiência, por proporcionarem maior autonomia e qualidade de vida. Isto porque a partir de seu uso, barreiras são superadas, melhorando a funcionalidade, a participação e a independência das pessoas.

Tendo em vista que as OPM são individuais, faz-se necessário avaliação por equipe multiprofissional para sua prescrição e concessão. Para tanto, o Estado do Paraná conta com 34 serviços que realizam dispensação de OPM.

Quadro 05- Dispensação de OPM na área de abrangência da 20ª Regional de Saúde de Toledo

Município	Estabelecimento	CNES	Código de Habilitação
Cascavel	CAC Centro Auditivo de Cascavel	2737140	2205
Toledo	Equilíbrio Clínica de Fisioterapia	3331725	2202
Toledo	Clínica Champagnat	2809419	2204
Cascavel	FAG Centro de Reabilitação	3523748	2201

FONTE: Site da SESA, acesso em Dezembro/2021.

2.2.6 Serviços de atenção às pessoas ostomizadas

O Ambulatório Municipal de Feridas está em funcionamento desde o ano de 2010, estruturado para atendimento e tratamento especializado a pacientes portadores de feridas de diversas etiologias como pé diabético, úlceras venosas, trauma, queimadura, entre outros. O setor atua realizando avaliações e acompanhamento de pacientes residentes do município de Toledo, em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de oferecer suporte no atendimento do paciente e orientações gerais a respeito de lesões e coberturas. Em setembro de 2022, a gestão municipal reorganizou o serviço, ampliando o atendimento para contemplar pacientes portadores de ostomias. Sendo assim, o serviço passou a se chamar Ambulatório de Feridas e Ostomias, destinado para tratamento especializado à feridas de diversas etiologias, avaliação e acompanhamento de pacientes ostomizados, dispensação de materiais, avaliação e encaminhamento para cirurgia de reversão. Atualmente o ambulatório possui 101 pacientes ostomizados e já foram realizadas 16 reversões. Está localizado na Avenida Ministro Cirne Lima, 3215, anexo à UBS Coopagro, com horário de atendimento de Segunda-Feira à Sexta-feira, das 07h às 19h.

2.2.7 Centros Especializados em Odontologia habilitados pela Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

No município de Toledo o atendimento odontológico prioritário para usuários portadores de deficiência ocorre nas UBS com Equipe de Saúde Bucal. Os casos de menor complexidade são atendidos e acompanhados pela Equipe de Saúde Bucal na UBS.

Os casos de média complexidade são encaminhados para atenção secundária no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual é responsável pelo atendimento ambulatorial com um especialista em pacientes com deficiência.

Casos de alta complexidade e necessidade de atendimento hospitalar devem ser encaminhados para atenção terciária no CEAPAC/HUOP/UNIOESTE – Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais via Sistema CARE Paraná (Centro de Acesso à Regulação do Paraná) na cidade de Cascavel/PR na 10ª Regional de Saúde, entretanto esse fluxo tem implicado dificuldade de acesso, com raras vagas disponíveis e especificidades de procedimentos limitados

Vale salientar que atualmente o município de Toledo não possui hospitais locais contratualizados para o atendimento odontológico da pessoa com deficiência, inexistindo fluxo de encaminhamentos de pacientes da APS para a atenção terciária local, sendo percebida a necessidade de esforços conjuntos entre o Estado e Município para organizar uma

rede de atenção terciária municipal que garanta a atenção integral não só a essa população mas a todos que necessite.

2.2.8 Serviços que realizam os testes de triagem Neonatal (teste do olhinho, orelhinha, coraçãozinho e pezinho)

Os testes de triagem neonatal são realizados nos hospitais maternidade, Hoesp (conveniado ao SUS). O Teste do pezinho pode ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde e encaminhado à Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional - FEPE, quando necessário que seja realizada a nova coleta. O Teste da orelhinha (emissões otoacusticas) realizado na Clínica Champagnat. O Teste do olhinho, realizado nos hospitais ou em clínicas oftalmológicas credenciadas que atendem pediatria.

O Programa de Triagem neonatal, acompanhamento e seguimento das crianças para a garantia do diagnóstico, tratamento e reabilitação necessários, tem como fluxos assistenciais e serviços de saúde responsáveis para cada uma das etapas:

- Teste do pezinho – realizada a coleta no Hospital, porém nos casos onde a coleta ocorreu antes das 48h de vida do RN, uma segunda coleta é realizada na UBS antes do 8º dia de vida da criança. Ressalta-se que o teste agora contempla toxoplasmose. As crianças nascidas de mãe com toxoplasmose são agendadas com a infectologista e quando a Fepe comunica o resultado alterado ela já está em acompanhamento e realiza-se a última coleta pelo lacen.
- Teste da orelhinha - o recém nascido sai da Instituição Hospitalar com o agendamento na Clínica Champagnat. Se o paciente não comparecer ou precisar repetir a UBS tem que encaminhar via central de especialidades com prioridade.
- Teste da linguinha – realizado no Hospital, porém não tem sido feita a frenectomia no hospital.Quando necessita de intervenção é encaminhado para o AMI, onde é avaliado novamente pela fonoaudióloga do AMI e algum pediatra do Ami ou uma odontóloga da rede municipal realiza a frenectomia.
- Teste do coraçãozinho – realizado pelo Hospital, se apresentado alguma alteração é realizado ecocardio no hospital. Após, Equipe Médica do Hospital articula com médica do AMI que encaminha posteriormente para especialista no CISCOPAR.
- Teste do olhinho – realizado no Hospital, se encontrado algo inconclusivo pelo pediatra é encaminhado para médico oftalmologista, identificado alteração, encaminhado via TFD para realização de procedimento cirúrgico com alta prioridade.

Importante ressaltar que todos os testes alterados que chegam ao conhecimento da UBS são acompanhados pela própria UBS, pelo AMI e/ou MACC.

2.3 Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

A rede municipal de Urgência e Emergência é composta pelo serviço do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) e pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM). Nesses serviços, é realizado o acolhimento do usuário, classificação do risco conforme o Protocolo de Classificação de Risco, o atendimento do quadro de acordo com o grau de urgência, estabelecendo o diagnóstico e aplicando as medidas terapêuticas necessárias de acordo com o grau de resolutividade do ponto assistencial e o encaminhamento do usuário para a continuidade terapêutica. De acordo com o resultado da classificação de risco, ocorre a identificação do grau de urgência e a priorização de atendimento para o tratamento.

Na UPA e no PAM de Toledo, todos pacientes que, ao serem atendidos, necessitem serem admitidos para tratamento, investigação ou observação, são clicados na Central. Ou seja, são automaticamente inseridos na Central de Regulação de Urgência. A Central é o principal instrumento de gestão da rede de urgência, atuando como organizadora do fluxo de usuário. Então, a Central, após receber as solicitações de pacientes que precisam de internamento ou tratamento especializado, faz a busca ativa de vagas/leitos, levando em consideração a condição clínica e especificidade do tratamento necessário, descartando, novamente, outras formas de atendimento prioritário.

As unidades de referência para urgência emergência do município (UPA e PAM), possuem Serviço de Assistência Social, que realizam ações socioeducativas na forma de diálogo e reflexão entre o profissional e o usuário que através da troca de informações buscam alternativas e resolução para as demandas e necessidades. O trabalho da assistência social perpassa por questões dos pacientes e dos acompanhantes, orientando-os para o acesso a direitos previdenciários e trabalhistas, como por exemplo, o acesso ao auxílio-doença, orientações para obtenção de recursos e direitos no âmbito da própria saúde.

A rede hospitalar que realiza os atendimentos de média e alta complexidade, é composta por hospitais conveniados ao SUS, sendo eles: o Hospital do Oeste do Paraná

(HOESP) e o Hospital Regional de Toledo (HRT). O acesso ocorre via Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná. Há ainda dois hospitais não conveniados ao SUS.

O Município de Toledo, conta também com uma rede de Atenção Domiciliar (AD), a qual é a modalidade de atenção à saúde, integrada a Rede de Atenção à Saúde, que busca a prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, através de cuidados prestados em domicílio.

A AD tem como objetivos promover a desospitalização dos pacientes estáveis, que possam ter seu cuidado de saúde continuado no domicílio, cujo nível de complexidade do cuidado é maior do que aquele que a atenção primária é capaz de ofertar, evitar a hospitalização de pacientes oriundos da APS e dos pronto-atendimentos e evitar as reinternações hospitalares, ir de encontro às necessidades reais do sujeito e da família, assim como o uso racional de recursos, pois diminuiu a permanência hospitalar e aumenta a disponibilidade de leitos e valores imensuráveis de qualidade e vida, inclusão social, recuperação e satisfação do usuário.

Além disso, no âmbito do SUS, AD é organizada em três modalidades:

- **Modalidade AD1 – Atenção Básica**

  Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

- **Modalidade AD2 e AD3 – Melhor em Casa (SAD)**

  Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

O município de Toledo possui uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

(EMAD) Tipo 1 (para municípios com população de 40 mil habitantes ou mais) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). A EMAD Tipo 1 é composta por Enfermeiro, Médico Clínico, Técnico em Enfermagem, Condutor de Ambulância e Assistente Administrativo. A EMAP é composta por Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico, Fonoaudiólogo e Assistente Social.

III ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Quadro 06- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025 DE TOLEDO – PR.

DIRETRIZ 6: IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA										
Objetivo 1: organizar e qualificar os pontos de atenção à pessoa com deficiência, promovendo a sua articulação no desenvolvimento do cuidado e atenção integral dessa população, tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária em Saúde										
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento e avaliação da meta**	**Indicador (Linha-Base)**			**Meta Plano (2022-2025)**	**Unidade de Medida**	**Meta Prevista**			
		Valor	**Ano**	**Unidade de medida**			**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
6.1.1- Realizar oficina de capacitação sobre a atenção em saúde da Pessoa com Deficiência	6.1.1- Número de Unidades com profissionais capacitadas	00	2021	Nº	16	Nº	4	4	4	4

Fonte: PMS 2022-2025. Toledo.

Esse indicador será revisado nos próximos anos, para aumentar o número de ações educativas, assim como o quantitativo de profissionais e serviços participantes.

IV APRESENTAÇÃO DO DESENHO MUNICIPAL DA LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Apresentação da relação de serviços que compõem a Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência. Os serviços que prestam assistência à saúde no âmbito do SUS no município de Toledo são as Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Apoio e Diagnóstico para a realização de exames complementares, Central de Especialidades, Hospital Geral, Unidades de Pronto Atendimento, entre outros serviços, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 07- Rede Assistencial que atende SUS no município de Toledo 2024

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QTDE
Centro de Saúde/Unidade Basica/USF/Posto de saúde	27
ESF (Estratégia Saúde da Família)	31
ESB (Equipes Saúde Bucal)	13
ESB (Equipes Saúde Bucal) diferenciada	11
EAP (Equipes de APS 20h ou 30h)	17
Hospital Geral (conveniados ao SUS)	2
Pronto Atendimento/UPA	2
Unidade Movel de Nivel Pre-Hospitalar (Bases do SAMU)	2
CAPS	3
EMAD Tipo I	1
EMAP	1
Centro de Especialidades/Ambulatórios	5
Clínicas Especializadas habilitadas pelo Estado no Município	3
Clínicas Especializadas habilitadas pelo Estado na 20ªRS	3
CISCOPAR (Consultas e exames)	1
APAE	1
CEO (CISCOPAR)	1
Laboratórios de exames contrato municipal	7
Laboratórios de exames cota regional	5
Residência Inclusiva (gestão da SMAS)	1
Polo de academia da saúde	1
Farmácia comunitária/escola	3
TOTAL	141

FONTE: DataSUS/CNES acesso em 06/06/2024 e Departamento de Gestão

V MATRIZ DE COMPETÊNCIA MUNICIPAL

COMPONENTES	COMPETÊNCIA	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Atenção Primária à Saúde	1. Acesso a cuidados de saúde abrangentes; 2. Vigilância em saúde; 3. Promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos; 4. Assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos, por meio de atenção integral e cuidado multiprofissional; 5. Atenção e cuidados relacionados à saúde bucal.	1. Identificação e registro das pessoas com deficiência do território; 2. Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; 3. Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças com deficiência e suporte às famílias conforme as necessidades; 4. Educação em saúde, com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos, acidentes e quedas e no letramento anticapacitista; 5. Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar o itinerário terapêutico das pessoas com deficiência; 6. Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, promovendo a inclusão e qualidade de vida de pessoas com deficiência e o letramento anticapacitista; 7. Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, com base na avaliação biopsicossocial; 8. Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na perspectiva de cuidado integral, com

		atuação nas UBS, no domicílio e nos espaços e equipamentos do território de abrangência; 9. Cuidado, apoio e orientação às famílias, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência; 10. Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar; 11. Vacinação e acompanhamento do cartão de vacina; 12. Identificação, avaliação e encaminhamento de pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de OPM ao componente da atenção especializada ambulatorial; 13. Oferta de práticas em reabilitação individuais e coletivas pelas equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, incluindo as equipes multiprofissionais (eMulti); 14. Promoção da comunicação entre os pontos de atenção, compartilhamento do cuidado e desenvolvimento de estratégias para organização das redes de atenção, incluindo ações de matriciamento pela Atenção Especializada com foco nas necessidades das pessoas com deficiência.
Atenção Especializada Ambulatorial	1. Constituir-se em serviço de referência regulado, fornecendo Atenção Especializada Ambulatorial às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, Transtorno do Espectro Autista, ostomia e múltiplas deficiências;	1. Ofertar ações de atenção à saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência; 2. Produzir, em conjunto com a pessoa com deficiência, de forma matricial na RAS e compartilhado com a Atenção Primária à Saúde, um Projeto Terapêutico Singular - PTS, baseado em avaliações

	2. Estabelecer-se como lugar de referência de cuidado à saúde da pessoa com deficiência nos processos de habilitação e reabilitação.	multidisciplinares das necessidades e funcionalidade da pessoa com deficiência, com foco na produção de autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social; 3. Promover a indicação criteriosa de Tecnologia Assistiva, bem como as adaptações e adequações necessárias, considerando o ambiente físico e social, com vistas ao uso seguro e eficiente; 4. Promover a melhoria da funcionalidade e a inclusão social das pessoas com deficiência, por meio do processo de habilitação e reabilitação; 5. Estabelecer fluxos, protocolos e práticas de cuidado à saúde de forma contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da RCPD em cada território; 6. Realizar ações de apoio matricial, compartilhando a responsabilidade do cuidado com os demais pontos da RCPD; 7. Constituir rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação, bem como ser polo de formação, qualificação e educação permanente. 8. Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social – SUAS para o acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; 9. Articular-se com a rede de ensino para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades, fornecendo apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar.

Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência	Instituir equipes de referência em reabilitação para identificação e tratamento precoce das deficiências.	1. Promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; 2. Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; 3. Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; 4. Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim; 5. Promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Toledo segue aplicando esforços para articular e organizar a Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência. Embora avanços tenham ocorrido em aumento dos serviços de saúde disponíveis e implementação de tecnologias que auxiliem no melhor atendimento, ainda é evidente vazios assistenciais, principalmente de serviços especializados em reabilitação nos diferentes tipos de deficiências, assim como demandas reprimidas em filas de espera.

Embora existam clínicas especializadas conveniadas ao estado para atendimento de pessoas com demandas relacionadas à deficiência visual, são poucas vagas disponibilizadas, de modo que há dificuldade de acesso a este recurso. Ainda destaca-se aqui, que há um vazio assistencial quanto a rede de atenção à pessoa com deficiência visual, tanto municipal quanto regional.

Cabe indicar que no município de Toledo, a SMS em parceria com o curso de medicina da UFPR, oferta vagas para atendimento oftalmológico, realizados através de consultas e exames, com pacientes encaminhados via CISCOPAR, com média de 20 atendimentos mensais.

A instalação de piso tátil nas unidades de saúde é uma das estratégias para melhorias no atendimento à pessoa com deficiência visual. Contudo ainda não foram contemplados todos os serviços de saúde, e o piso tátil de algumas unidades necessitam de melhorias. os serviços também possuem rampas de acesso e banheiros adaptados com corrimão e corredores amplos. As unidades de saúde possuem cadeiras de roda e macas, facilitando o acesso do usuário aos consultórios, quartos e outros locais de assistência direta.

Nos serviços de urgência e emergência (UPA e PAM) há telões com indicação visual do nome do paciente, consultório no qual vai ser atendido e profissional que realizará o atendimento, seja consulta ou triagem. Esse recurso também emite aviso sonoro com as mesmas informações do telão, para os pacientes identificarem o momento de se direcionar para o seu atendimento.

Quanto aos avanços, em 2022 o município de Toledo tornou-se o primeiro do Paraná a implantar a Central de Libras, serviço que visa facilitar o atendimento da população surda ou com deficiência auditiva que recorre aos serviços públicos municipais. Através da articulação intersetorial, em parceria com a Secretaria de Políticas para Infância, Juventude, Mulher,

Família e Desenvolvimento Humano (SMDH) foram ofertadas capacitações para servidores da SMS sobre "Operacionalização da Central de Libras de Toledo" e "Libras Acesso e Inclusão". Foram disponibilizados tablets para alguns serviços e um QR code que o servidor da saúde pode usar para acessar essa plataforma, usando os celulares institucionais das unidades de serviço.

São realizados atendimentos de fonoaudiologia no município, contando com esse profissional na EMAD, Emulti APS, CAPS i, AMI e Ambulatório de Saúde Mental, sendo neste os atendimentos das demandas gerais (não apenas demandas relacionadas à saúde mental). Se faz necessário avançar com a organização desses atendimentos na Central de Especialidades, como também proporcionar recursos estruturais e equipamentos adequados para as avaliações e reabilitações.

Uma temática abordada nas capacitações na Rede Intra e Intersetorial, foi referente aos atendimentos direcionados às pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA, visando a humanização e acolhimento aos pacientes que adentram as unidades em busca de atendimentos, assim como avançar em melhorias nos planos de cuidado a essa população.

Ainda quanto a articulação com rede Intersetorial, a SMAS implantou a Residência Inclusiva, a qual é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. A SMS oferece acompanhamento em saúde para os acolhidos, através da rede municipal indicada nesse plano, com estreita discussão das demandas de saúde apresentadas.

A SMS participa do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no qual também são discutidas as demandas da população. O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência é um órgão de caráter deliberativo, consultivo, propositivo, articulador, fiscalizador e permanente relativo à sua área de atuação. A secretaria executiva deste Conselho fica anexa a Secretaria Municipal de Políticas para Infância, Juventude, Mulher, Família e Desenvolvimento Humano - SMDH.

Quanto ao transporte sanitário, o município conta apenas com um ônibus adaptado, carecendo de outros meios, como ambulâncias e van adaptadas para transporte de pacientes cadeirantes. Contudo, há no município o Programa Toledo+Mobilidade, que garante transporte coletivo gratuito, através de passe livre, para pessoas com deficiência.

Como evidenciado no decorrer da construção desse documento, a ausência de pontos

da rede de reabilitação impacta de forma importante no atendimento à saúde da população:

- Falta de sedação medicamentosa nos atendimentos no CEO e dificuldade de acesso a vagas. Em 2023 foram encaminhados para CBO Cirurgião-Dentista - *Odontologia para pacientes com necessidades especiais* (termo utilizado no sistema) 135 pacientes, foram disponibilizadas apenas 10 vagas novas durante o referido ano, havendo o indicativo de um deficit porcentual na cobertura da ação especializada de (-)93,06%. Em 2024, estão em acompanhamento 33 pacientes, enquanto 91 pacientes seguem em fila de espera para atendimento.
- Há falta de fluxo definido e extrema dificuldade para encaminhamento odontológico dos casos de maior complexidade que necessitam de atendimento hospitalar e precisam de encaminhamento para atenção terciária no CEAPAC/HUOP/UNIOESTE – Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais via Sistema CARE Paraná (Centro de Acesso à Regulação do Paraná), localizada em outro município, sendo que a regulação deste serviço é estadual.
- Falta de Centro Especializado em Reabilitação – CER no município e/ou regional de saúde, sendo de fundamental importância, comportar as demandas de deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista.
- Falta de pontos de atenção especializada à pessoa com deficiência visual.
- Dificuldades de inserção de pacientes com deficiência intelectual ou múltiplas deficiências para atendimento em saúde na APAE.
- Documentos estaduais e federais de concessão de isenções em impostos, passagens de ônibus e outros benefícios estão desatualizados quanto a Lei Federal nº12.764/2012 que define o Transtorno do Espectro Autista como deficiência.

Outro ponto de atenção quanto as demandas de saúde da pessoa com deficiência é o monitoramento do relatório da Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2022, no qual foi evidenciada a necessidade de implantação de um centro especializado em reabilitação para atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual, com possibilidades de parcerias com universidades, entidades filantrópicas e associações não governamentais. Em 2023 foi realizado, pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Encontro Temático em Virtude da V Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: “Cenário atual e futuro na implementação dos direitos da pessoa com deficiência – construindo um Brasil mais inclusivo”, que apresentou um relatório com discussões importantes sobre as necessidades indicadas pela população.

Como parte da implementação da linha de cuidado à saúde da pessoa com deficiência no município de Toledo, espera-se seguir avançando na articulação da rede SUS, construindo constante parceria com a intersetorialidade e a gestão regional e estadual da saúde. É importante destacar que os avanços estruturais e de convênios/contratos carecem de recursos financeiros que subsidiem sua efetivação, sendo fundamental a revisão dos recursos orçamentários federais e estaduais destinados à Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa com Deficiência.

REFERÊNCIAS

Saúde da Pessoa com Deficiência. Governo do Estado do Paraná, 2024. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-da-Pessoa-com-Deficiencia.

Linha de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Governo do Estado do Paraná, 2024. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Saude-da-Pessoa-com-Deficiencia.

SIGSSAUDE – Sistema Local de Informação. 2024. Disponível em: https://saude.toledo.pr.gov.br/sigss/.

TOLEDO. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Disponível em: https://www.toledo.pr.gov.br/old/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2022-2025_2_.doc.pdf

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO

PLANO DE GERENCIAMENTO PARA

PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE

TOLEDO – PR
2022

Responsável pela Elaboração em 2019:

Andréia Ferreira da Silva Vidal e Edna Xavier de Almeida

Responsável pela Revisão em 2022:

Jéssica Rosin e Josiane Monteiro Ribeiro

Responsáveis pela Implementação:

Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes

- Juliana Ventura Lima, Julio Cesar Fabris, Jéssica Rosin e Josiane Monteiro Ribeiro

Responsável pela Revisão e Aprovação

Juliana Ventura Lima - Diretora da Rede de Urgências e Emergências

Endereço: Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 315, Vila Pioneiro

Telefone: (45) 3378-8681

EMISSÃO: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde (SCIRAS)

REVISÃO da versão 2.0:
Jéssica Rosin / Coren PR 412.501
Josiane Monteiro Ribeiro / Coren PR: 210.649

Enfa. Jessica Rosin
COREN/PR 412501

Josiane Monteiro Ribeiro
Enfermeira
COREN-PR 210649

APROVAÇÃO: Direção do Departamento de Urgência e Emergência
Juliana Ventura Lima.

Juliana V. Lima
Diretora da Rede de Urgências
e Emergências
Portaria nº 332 de 17/06/21

Toledo, 24 de Maio de 2022

1. Identificação do Empreendedor

Nome do estabelecimento:

PAM 24H
Razão Social: Unidade de Pronto Atendimento Municipal 24H Dr Jorge Milton Nunes da Silva.
CNPJ: 08.885.072/0001-75
Endereço: Rua Dr Cyro Fernandes do Lago, 315, Vila Pioneira
Responsável legal: Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Responsável Técnico: Julio Cesar Fabris

2. CARACTERIZAÇÃO DO EMPREENDIMENTO

2.1 Descrição sucinta das instalações físicas

A área total construída é dividida em:

- Área ambulatorial do Pronto Atendimento, onde são realizadas as consultas médicas, medicações rápidas, realização de Eletrocardiograma (ECG), recepção e triagem dos pacientes, bem como onde há a sala de espera para consultas e demais procedimentos.
- Sala de Emergência: dispondo de 04 (quatro) leitos;
- Sala de Procedimentos (sutura);
- Enfermaria com 30 leitos para observação prolongada.
- Áreas administrativas
- Central de Materiais Esterilizado
- Serviço de Raio X
- Demais serviços necessários ao desenvolvimento das atividades do Pronto Atendimento (PAM), como Higiene e Limpeza, Rouparia, Cozinha, Refeitório, Serviço de Manutenção, Central de Gases, CME, Farmácia e Almoxarifados Internos.

2.2. Número total de trabalhadores, incluindo terceirizados.

236 (duzentos e trinta e seis) funcionários.

3. ROTINAS E PROCEDIMENTOS

GRUPO	TIPOS DE RECIPIENTES / DEPÓSITOS E QUANTIDADES	AÇÕES	FREQUÊNCIA (DIAS)
A Armazenamento de água para o consumo humano	Depósito de água elevado, ligado à rede pública.	Reservatório de água de fibra devidamente tampado, alocado sob o telhado. Realiza-se limpeza conforme orientação da RDC 63 de 25 nov. 2011	Limpeza a cada 180 dias
B Depósitos móveis	Recipiente de degelo em geladeiras	Realizado higienização do recipiente toda semana ou sempre que houver necessidade	Semanal
C Depósitos fixos	Ralos	Realiza-se remoção dos ralos escamoteáveis para lavagem. Após higienização orienta-se a mantê-los sempre fechados.	Semanal
D Passíveis de remoção / proteção	Copo plástico, tampas de garrafas, sacolas, latas, etc. desprezados pela Comunidade em geral na área externa	Realiza-se limpeza nas áreas externas, promovendo o recolhimento de todos os resíduos, dando a eles destino final correto. Na área de grama, realizam-se verificações e recolhimento dos resíduos.	Área próxima = Diária Área de grama = 03 vezes na semana ou sempre que necessário
E Depósitos Naturais	Não possuímos		

4. PREVENÇÃO E MANEJO DOS POTENCIAIS CRIADOUROS DO MOSQUITO *AEDES AEGYPTI*

Procedimentos internos:

- Realizar limpeza diária de todos os ralos dos ambientes, mantendo sempre os ralos fechados (ralo escamoteável) e semanalmente os mesmos são retirados para higienização: a substituição dos ralos que não são escamoteáveis está sendo realizada de forma progressiva. A realização da atividade compete às equipes de Apoio e Higienização e Limpeza;

- Realizar limpeza semanal do reservatório de água das geladeiras, conforme rotina previamente determinada em escala;

- Os serviços que geram resíduos hospitalares, estes devem ser acomodados em abrigo externo coberto. No abrigo externo o recolhimento é realizado a cada 48 horas, por empresa específica para tal atividade.

- Resíduos comuns devem ser acomodados em lixeiras externas com tampa, com recolhimento 03 vezes na semana pelo sistema Público de coleta de lixo.

Procedimentos externos:

- Realizar limpeza externa diária e recolhimento de resíduos que possam se tornar criadouros do mosquito *Aedes Aegypti* (copos, tampinhas, sacolas, etc.), na área de grama realiza-se recolhimento dos resíduos 03 vezes na semana ou sempre que necessário. A realização da atividade compete às equipes de Apoio e Higienização e Limpeza;

- A limpeza da caixa d'água deve ser realizada a cada 6 meses, após obras de reparo ou sempre que houver suspeita de contaminação.

5. PLANO DE CAPACITAÇÃO

- Orientações para equipe do Serviço de Apoio: colaboradoras devem seguir rotina da instituição de limpeza e desinfecção dos ambientes. Nesta rotina, deve estar descrito e definido a periodicidade dos cuidados com a limpeza de locais que podem ser reservatórios para o mosquito *Aedes Aegypti.*

- Colaborador que realiza a limpeza externa deve seguir rotina de limpeza e recolhimento de possíveis reservatórios para o mosquito *Aedes Aegypti* (copos, tampinhas, sacolas, etc.), dando o destino final correto.

- Providenciar para servidores e população/comunidade: mural de avisos e material informativo sobre o combate a Dengue.

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 007 de 22 de novembro de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

Considerando a **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011,** que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) e descreve a Atenção Básica à Saúde como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências;

Considerando a **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014** do Ministério da Saúde que define emergência como "constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato" e urgência como "ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata";

Considerando a **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando o **Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931/09)** que dispõe sobre a responsabilidade profissional médica, é vedado ao médico: (1) causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; (2) deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo,

expondo em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria;

Considerando a **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde** do Ministério da Saúde (2019), que regulamenta todos serviços e procedimentos que devem ser ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive os relativos aos primeiros atendimentos às situações de Urgência e Emergência;

Considerando o **Caderno de Atenção Primária de Procedimentos nº30** do Ministério da Saúde, que elenca procedimentos clínicos e cirúrgicos como serviços que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea, se responsabilizando pela realização de tais procedimentos, acolhendo os usuários em situações agudas e crônicas, avaliando a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento convencionado a outro serviço de saúde;

Considerando, ainda, o **Caderno de Atenção Primária de Procedimentos nº30** do Ministério da Saúde, que postula que não se pode admitir uma situação na qual um usuário que procure um serviço de atenção primária, sobretudo os casos de urgência e emergência, independentemente se este faz parte ou não da sua área adstrita, deixe de ser acolhido na unidade e tenha que recorrer a outro serviço sem ser referenciado pela equipe de atenção primária;

Considerando que a APS se configura como uma porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, e que a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências e acolhimento. Dessa forma, responsabilizando a APS pela resolução integral da demanda ou transferência para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado, regulado e organizado em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

RESOLVE:

Art. 1º Padronizar os serviços e procedimentos de atendimentos às situações de urgência e emergência que chegam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Toledo;

Art.2º As equipes das UBS devem realizar o atendimento imediatamente nos casos considerados graves e que trazem alto risco de vida e necessitam de intervenção da equipe no mesmo momento, como por exemplo: PCR (parada cardiorrespiratória), dificuldade respiratória grave, convulsão, dor severa, RNC(rebaixamento do nível de consciência), atropelamento, trauma, fratura exposta entre outras situações consideradas graves após o acolhimento da equipe.

I – As equipes devem avaliar os casos considerados como risco moderado, e deve ter atendimento prioritário com necessidade de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertado inicialmente medida de conforto pela enfermagem, até avaliação do profissional médico, por exemplo: crise asmática leve e moderada, febre sem complicações, lesões para pequenas suturas, entre outras situações consideradas moderadas após acolhimento da equipe.

Art. 3º Determinar que as UBS do Município de Toledo deverão acolher os usuários que chegam ao serviço de saúde com agravos emergentes e urgentes, estabelecendo avaliação, atendimento ou encaminhamento adequado aos casos necessários:

I – Realizar o primeiro atendimento na UBS e se possível a resolução do quadro clinico do usuário, caso haja tempo hábil e disponibilidade de profissional e de material;

II - Nas urgências, após o acolhimento, com impossibilidade de resolução no local, o paciente deverá ser encaminhado por escrito à unidade de referência, registrando em prontuário eletrônico municipal assim que possível;

III - Nas emergências, após o acolhimento e primeiro atendimento, a transferência se dará através do acionamento da regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), com os devidos registros em prontuário eletrônico municipal assim que possível. Obrigatório registrar numero da ocorrência.

Art. 4º O encaminhamento deve ser realizado através da regulação do SAMU, com registro do número de ocorrência. Uma vez regulado pelo SAMU para Transporte Sanitário

Municipal, acionar frota da Secretaria Municipal de Saúde, informando número da ocorrência.

I - Nos casos em que os familiares ou responsáveis do usuário optarem por se dirigirem ao local de encaminhamento por meios próprios, deverá haver registro em prontuário.

Art. 5º Para o encaminhamento, deve ser levada em consideração a distância da unidade de atendimento até a unidade de referência de maior nível de complexidade, instituindo as condutas clínicas necessárias para viabilizar o transporte.

Art. 6° As situações de emergência e urgência são consideradas prioridade, assim o acolhimento e/ou atendimento devem ser realizados independente da disponibilidade de vagas e agendas do serviço.

Art. 7° O paciente em situação de urgência ou emergência não deve ficar sem atendimento médico, salvo não ter este profissional no serviço: é preciso definir um profissional responsável e com capacidade técnica para acompanhar esse paciente até a remoção pelo SAMU. Caso a equipe responsável pelo primeiro atendimento, haja a troca de plantão, é obrigatório que seja repassado plantão aos profissionais que iram acompanhar este usuário até a remoção da UBS. É proibido a ausência do servidor/profissional de saúde responsável pelo atendimento, abandonar o local até que seja substituído por outro profissional ou até a remoção do SAMU.

Art. 8° Tendo o objetivo de facilitar o acesso ao indispensável e de agilizar o atendimento de urgência e emergência nas UBS, há a necessidade de cada unidade, dentro de suas particularidades e disposições, conter um carrinho de emergência – com padronização de medicamentos, materiais e equipamentos, rotina de checagem e limpeza dos materiais –, definição da atribuição de cada profissional e capacitação anual da equipe.

Art.9º É de item obrigatório, que cada UBS tenha seu fluxograma interno definido frente aos atendimentos de urgência e emergência.

Art. 10° Da capacitação anual da equipe. **Cada equipe deve ter seu fluxograma interno de atendimento de urgência e emergência**, contendo:

I. O local de atendimento preferencial ou, em caso deste estar ocupado, definir local alternativo;

II. As responsabilidades de cada profissional, e, na ausência de cada um, como prosseguir;

III. Capacitação anual com treinamento da equipe para casos de urgência e emergência, aplicando o fluxograma definido pela UBS;

A. Em caso de necessidade de curso preparatório, a equipe deve contatar a Secretaria Municipal de Saúde através do Departamento de Gestão em Saúde.

Art. 11° O carro de emergência é uma composição móvel sequenciada que apresenta um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para avaliação e tratamento das urgências e emergências, entre elas: parada cardiorrespiratória, monitoramento de vias aéreas, vascular e arterial.

I - Todas as unidades de atendimento de pacientes devem ter carro de emergência disponível, em local de fácil acesso, de modo que possa ser deslocado rapidamente e os profissionais de saúde que atuam no atendimento devem conhecer a disposição de seu conteúdo e ter habilidade em seu manuseio;

II - As gavetas do carro de emergência deverão estar identificadas, com a descrição de suas respectivas composições;

III - O carro de emergência que não estiver em uso deverá permanecer lacrado/fechado. A retirada do lacre deverá ocorrer mediante situações de atendimento às urgências e emergências clínicas, ou quando conferência e/ou auditoria.

IV - A manutenção do carro de emergência, que sempre deve estar em perfeito estado e pronto para o uso, é de fundamental importância. Para tal, é imprescindível que, após cada uso, sejam realizadas a reposição e a conferência de todos os materiais e medicamentos; seja utilizado lacre de segurança, para assegurar a composição completa do carro de emergência; sejam feitos a conferência e o registro diário do lacre de segurança, além de testar os equipamentos que compõem o carrinho; sejam verificadas e conferidas mensalmente as datas de validade dos materiais e medicamentos, bem como seja feita sua limpeza.

Art. 12° Está Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 22 de novembro de 2022.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde de Toledo

Comunicação Interna n^0 34/2022 Toledo, 20 de Setembro de 2022.

À equipe de enfermagem e médica.

Assunto: Fluxo de atendimento dos pacientes com suspeita de Monkeypox após classificação de risco

Vimos por meio desta, repassar o fluxo atualizado de atendimento dos pacientes suspeitos de Monkeypox (MPXV).

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

Indivíduo de qualquer idade que apresente início súbito de lesão em mucosas e/ou erupção cutânea aguda sugestiva de MPXV, única ou múltipla, em qualquer parte do corpo (incluindo região genital, perianal e oral) e/ou Proctite (dor ou sangramento anorretal) e/ou edema peniano, podendo estar associada ou não a febre, adenomegalia e outros sintomas.

CASO PROVÁVEL

Caso suspeito que apresente um ou mais dos seguintes critérios baixo, com investigação laboratorial não realizada ou inconclusiva e ainda em situações em que o diagnóstico de MPXV não possa ser descartado pela confirmação clínico/laboratorial de outro diagnóstico.

✔ Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU contato físico direto, incluindo contato sexual, com parcerias múltiplas E/OU desconhecidas nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU;

✔ Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, OU histórico de contato íntimo, incluindo sexual, com caso provável ou confirmado de MPXV nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU;

✔ Contato com materiais contaminados, como roupas de cama e banho ou utensílios de uso comum, pertencentes a caso provável ou confirmado de MPXV nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas; E/OU;

✔ Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de MPXV nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas.

Transmissão: Contato direto com lesões de pessoas infectadas, secreções respiratórias ou objetos contaminados;

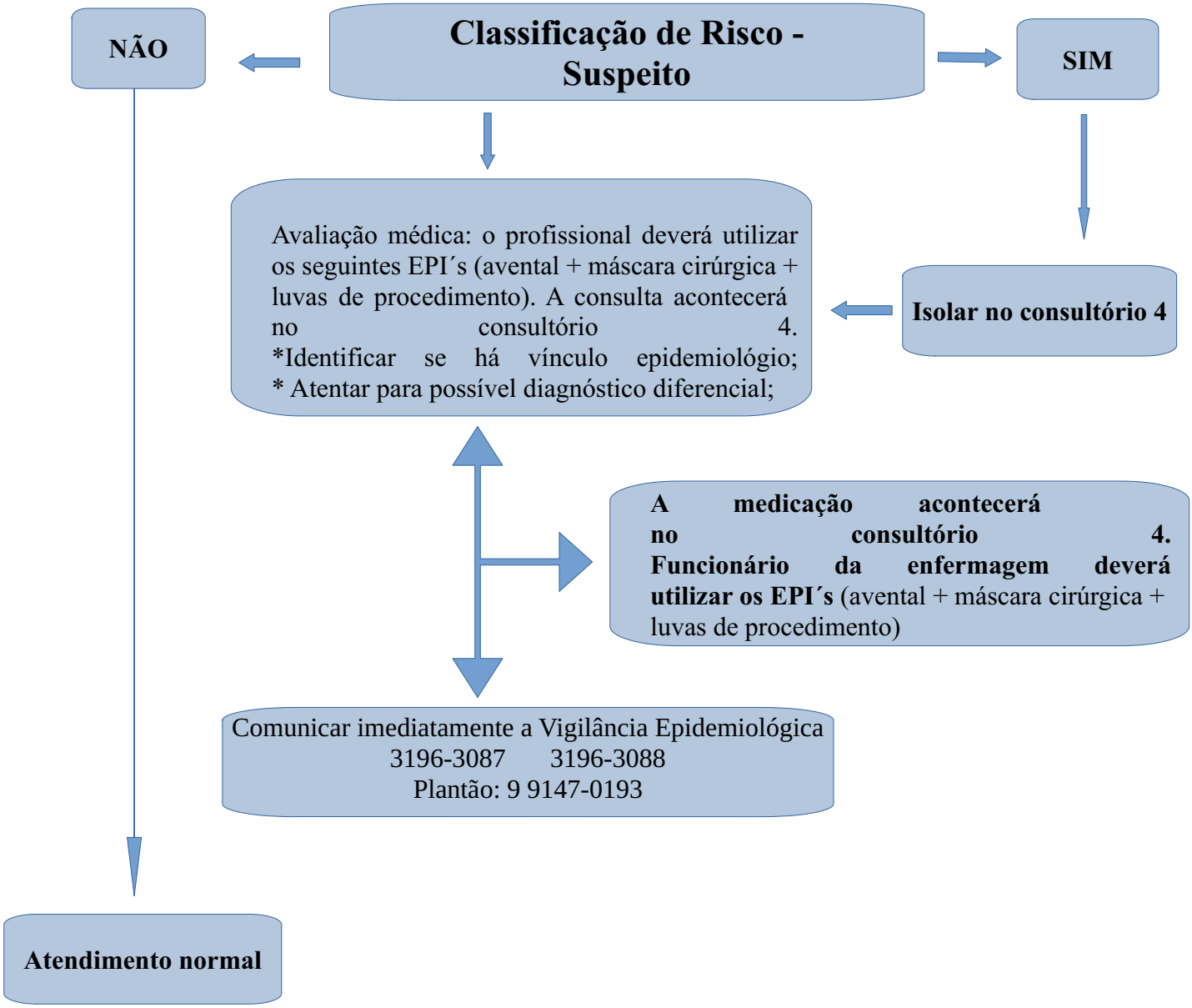
Sintomas mais comuns que podem estar associados: Febre, adenomegalia, cefaleia, artralgia e astenia;

Erupções cutâneas: Iniciam em uma parte do corpo (face, membros, tronco, incluindo região genital) e no decorrer dos próximos dias podem se disseminar ou aparecer em outras partes do corpo. A erupção passa por diferentes estágios e pode ser semelhante com as lesões de varicela ou sífilis (primária ou secundária), evoluindo para a formação de crostas, que depois caem. A DIFERENÇA com a varicela ou com a sífilis é que habitualmente ocorre EVOLUÇÃO UNIFORME DAS LESÕES NO MESMO DERMÁTOMO (numa mesma região da pele, todas as lesões estão no mesmo estágio, seja mácula, pápula, vesícula, pústula ou crosta).






PACIENTES AMBULATORIAIS



Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico do PAM

Jessica Rosin
Diretora de Enfermagem do PAM

Josiane Monteiro Ribeiro
Enfermeira SCIRAS PAM

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N° 004 de 03 de agosto de 2022.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar os atendimentos realizados para adultos e famílias em acolhimento institucional na modalidade Casa de Passagem no Município de Toledo;

Art. 2º Os indivíduos que necessitam do atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) devem levar os seguintes documentos:
- Cartão SUS, quando não houver, será realizado na UBS;
- RG e/ou CPF;
- Carteira de Vacina, quando houver, na ausência do mesmo, será emitido novo cartão de vacina.

Art. 3º Frente ao Comprovante de endereço, não haverá informação da rua, número de casa, nem do bairro, apenas da cidade, no cadastro do usuário. E é obrigatório que esteja descrito no campo de observação do cadastro do Usuário no SigSaude/MV – a informação CASA DE PASSAGEM.

Art. 4º Frente ao agendamento do usuário que será acolhido na Casa de Passagem possuiremos duas formas de agendamento a estes usuários:
- Usuário comparecer pessoalmente a UBS de referência, portado documentos, neste caso pode ser agendado, assim como se houver vaga disponível atendimento no mesmo dia.
- Entrar em contato com gerente da UBS ou celular institucional da UBS (quando houver) com os dados do usuário que necessita do atendimento.

Art. 5º Os indivíduos serão encaminhados pela Secretaria de Assistência Social para atendimento na Unidade Básica de Saúde de referência para a Casa de Passagem.

§ 1º - O primeiro atendimento será realizado com profissional Enfermeiro que fará a Consulta de Enfermagem, efetuando anamnese, exame físico, seguido dos testes rápidos para

HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e COVID-19 se suspeita (sinais e sintomas). Se paciente com demanda de Saúde Mental realizar a estratificação de risco. Se o atendimento for para mulheres em idade fértil, com atraso menstrual, realizar teste de gravidez. Demais condutas deverão seguir os protocolos de enfermagem municipais;

§ 2º – Caso a unidade de saúde de referência da casa de passagem não dispor de vagas para atendimento no dia solicitado, o enfermeiro deverá entrar em contado com outra unidade de saúde a fim de providenciar vaga para atendimento de enfermagem.

§ 3º - A partir das necessidades encontradas nos pacientes atendidos, o profissional Enfermeiro deverá realizar os encaminhamentos necessários, assim como o agendamento de consultas de retorno, consulta médica e/ou para outros profissionais da rede;

§ 4º Usuários com demandas frente a saúde mental – encaminha para a rede de saúde mental conforme estratificação de risco, importante estar descrito que este usuário é da Casa de Passagem.

Art. 6º Na necessidade de atendimento médico, posterior avaliação do enfermeiro, o mesmo poderá ser agendado conforme agenda medica ou encaminhado a rede de saúde conforme a necessidade.

Art. 7º Aos usuários que já estão na Casa de Passagem os mesmos devem agendar suas consultas ou busca por vaga de demanda.

Art. 8º Os atendimentos aos usuários que necessitam acolhimento institucional na modalidade Casa de Passagem, serão realizados de segunda à sexta-feira das 07:00 às 19:00h. Visto que em situação emergencial os mesmos podem ser acolhidos e posteriormente passar pela avaliação de sua condição de saúde, conforme “Guia de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias na Modalidade Casa de Passagem Regionalizada, Curitiba, 2021”.

Art. 8º No que tange as especialidades – consultas, exames e procedimentos médicos – fica estabelecido que a UBS ao chegar guia de liberação das especialidades, entrara em contato com responsável pela Casa de Passagem para verificar se o usuário ainda se encontra institucionalizado.

§ 1º - caso o usuário não seja localizado, a casa de passagem deve avisar a UBS o quanto antes, para que esta vaga de especialidade seja repassada a outro usuário do serviço de saúde;

Art. 7° Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 16 de agosto de 2022.

_____

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal da Saúde

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 010 de 28 de outubro de 2022. Atualizada em 03 de agosto de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o fluxo para Dispensação de Passagens do Transporte Sanitário Eletivo da Central de Especialidades

Art. 2º Todos os pacientes agendados para consulta médica e/ou tratamento médico fora do Município de residência têm direito ao transporte, especificamente os pacientes TFD (Tratamento Fora de Domicílio) vinculados à Central de Especialidades, recebem passagem de ônibus da empresa contratada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná, CISCOPAR.

§ 1º Especificamente os pacientes com destino a Curitiba e Campo Largo, são contemplados com passagens rodoviárias e estadia em pensão naquelas localidades.

Art. 3º Para os pacientes agendados em outras localidades mais próximas, o Município dispõe de transporte diretamente agendado no setor de frotas na Secretaria Municipal de Saúde; outra opção ofertada pelo Setor de Frotas, são passagens rodoviárias locais. E, para os pacientes acamados ou com outra impossibilidade de viajar de ônibus, é oferecido o transporte de ambulância, também com o setor de frotas na SMS.

Art. 4º Na Central de Especialidades, realizamos atendimento aos pacientes que são encaminhados pelos médicos via laudo TFD (Tratamento fora de domicílio). Havendo o agendamento desses pacientes via 20ª Regional de Saúde, a Central de Especialidades recebe os agendamentos e entra em contato com os pacientes para retirarem a guia de consulta e, no ato, é verificado a necessidade de passagem e diárias de pensão.

Art. 5º Pacientes devem retirar a passagem com antecedência da data da viagem, visando assegurar vaga (poltrona) que melhor se adeque às suas necessidades. Funcionamento da dispensação de passagens e pensão: Segunda a Sexta-feira; **não há atendimento aos finais de semana.**

Art. 6º São documentos necessários para retirar passagem na Central de Especialidade Municipal:

§ 1º Documento de identidade, comprovante de residência e cartão SUS;

§ 2º Para crianças, Certidão de Nascimento e cartão SUS, documento de identificação do responsável;

Art. 7º O usuário deve possuir documentação que comprove seu agendamento, para posterior liberação de passagens e pensão, condições:

§ 1º Necessário que o paciente e acompanhante tenha cadastro no sistema do CISCOPAR;

§ 2º Comprovante de agendamento de consulta para pacientes em tratamento, apresentar:

1) Guia de agendamento da consulta ou xerox do e-mail enviado pelo hospital indicando a data do retorno à Instituição;

2) Foto ou “print” do agendamento pelo celular, ou outro documento que, realmente comprove que o paciente tem um retorno de consulta, ou mesmo a cirurgia via sistema de atendimento e tratamento TFD;

3) Quando o agendamento for realizado por ligação telefônica da instituição diretamente ao paciente, o mesmo deverá trazer comprovante de comparecimento na próxima viagem.

Art. 8º É **obrigatório** a apresentação de **Declaração médica ou possuir CAd-único** caso haja necessidade de acompanhante adicional, fora dos estabelecidos por lei, e pelas normas abaixo relacionadas:

§ 1º Tem direito a passagem e pensão e um (1) acompanhante:
- Crianças entre 3 anos completos até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Idosos acima de 60 anos.
- Transplantados;
- Pessoas com deficiência e/ou dificuldade de locomoção.
- Pacientes pós-cirúrgicos;
- Pacientes em pré-operatório (cirurgia agendada) ou pós-operatório;
- Crianças e adolescentes em uso de oxigenoterapia portátil, independente da idade;
- Pacientes com múltiplas comorbidades.

§ 2º **Crianças até 02 anos, 11 meses e 29 dias não recebem passagens, apenas o acompanhante. Também não pode ser cobrado a pensão da criança.**

§ 3º Tem direito a acompanhante adicional: pacientes TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) com grau moderado a severo, mediante apresentação do aludo médico.

§ 4º Casos não mencionados devem ser encaminhados ao Serviço Social da Central de Especialidade para análise da situação socioeconômica, através da entrevista social, preenchimento de solicitação de passagem adicional, analise e parecer social.

Art. 9º As passagens e as diárias de pensão, são liberadas e registradas no nome do paciente e no nome do acompanhante, se houver, não podendo ser trocado o acompanhante de última hora;

Art. 10º Casos em que o paciente tem sua permanência no destino prolongada, em decorrência de indicações médicas (novos exames ou cirurgia), a pensão IDEAL aceita a permanência do paciente/acompanhante e solicita autorização ao Município, por e-mail a Central de Especialidades, indicando-os nominalmente e informando o tempo adicional de

permanência. Também ocorre a coleta da assinatura do paciente/acompanhante atestando sua real permanência nas dependências da Pensão.

Art. 11º Havendo cancelamento da consulta/exame/cirurgia pelo prestador, o paciente se compromete à guarda das passagens retiradas e em seu poder para utilizá-las na nova data programada pelo prestador (clínica ou hospital vinculado). As passagens têm validade de um ano, não sendo necessário devolvê-las ou trocá-las para a nova data agendada, porém é terminantemente proibido utilizá-las para outra finalidade. No ato da entrega das passagens, todos os pacientes devem receber essas orientações e assinarem uma declaração de responsabilidade.

Art. 12º Casos onde o acompanhante é residente em outro Município da Região, também devem possuir cadastro no CISCOPAR. Não havendo o cadastro, a equipe/responsável da Central de Especialidades entrará em contato com o Município de origem do acompanhante para que a Secretaria de Saúde do Município de residência do acompanhante, realize o cadastro do mesmo. Somente após esse trâmite, dar-se-á continuidade na dispensação de passagens e diárias de pensão ao acompanhante.

Art. 13º Caso sejam solicitadas outras informações sobre transportes, a equipe da Central de Especialidades realizará orientações acerca dos outros tipos de transportes oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde - Setor de Frotas e, fornecerá o contato telefônico fixo e de aplicativo de mensagens do setor correspondente: (45)3196-3028 e (45)3378-8686 (segunda a sexta-feira das 8H15 às 11H45 e 13H30 às 17H15).

Art.14º As dúvidas, reclamações, sugestões ou elogios referentes ao transporte oferecido pela empresa contratada pelo CISCOPAR, podem ser registradas via Ouvidoria do SUS para posterior encaminhamento à Ouvidoria do CISCOPAR ou ainda, diretamente nos contatos da Ouvidoria do CISCOPAR.
-Ouvidoria do SUS: (45) 3196-3024 e 45 (45) 9973-6884 (whatsapp)
-CISCOPAR: (45) 3252-3524
-Email da Ouvidoria do CISCOPAR: ouvidoria@ciscopar.com.br.

Art. 15° Esta Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

Toledo, 03 de agosto de 2023.

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE

Secretária Municipal da Saúde de Toledo

Assinaturas

Documento: 26307/2023 - Instruçao normativa passagens e pensao.pdf
Data: 03/08/2023 09:55:45 Situação: Em aberto

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 03/08/2023 09:55.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136/documento/26307/2023

TERMO DE NOMEAÇÃO

Considerando a Resolução Cofen N° 0593/2018;

Considerando o Manual da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE;

A Diretora de Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes - PAM e Responsável Técnica, Raquel Emília da Silva Wiederkehr, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE

Nomear a Comissão Eleitoral para encaminhamento do pleito de escolha da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE. Os membros nomeados para compor a Comissão Eleitoral são:

1. Edna Xavier Almeida – Enfermeira;
2. Jéssica Paola Tozati Medrado– Enfermeira;
3. Josiane Monteiro Ribeiro– Enfermeira;
4. Wadis Ferreira Lima – Técnico de Enfermagem.

Outrossim, declara-se que os exercícios desta comissão nomeada, ocorrerá conforme documentações citadas anteriormente, a partir da presente data.

Toledo, 16 de setembro de 2024

_____

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Coren PR 84616

Diretora de Enfermagem na Rede de Urgências e Emergências

Portaria n° 97 de 22/02/2024

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 16/09/2024 12:32:28. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

Documento: 33925/2024 - nomeação.pdf
Data: 16/09/2024 12:32:28

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 16/09/2024 12:32:28. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

TERMO DE NOMEAÇÃO

Considerando a Resolução Cofen N° 0593/2018;

Considerando o Manual da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE;

A Diretora de Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes - PAM e Responsável Técnica, Raquel Emília da Silva Wiederkehr, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE

Nomear a Comissão Eleitoral para encaminhamento do pleito de escolha da Comissão de Ética de Enfermagem – CEE. Os membros nomeados para compor a Comissão Eleitoral são:

1. Edna Xavier Almeida – Enfermeira;
2. Jéssica Paola Tozati Medrado– Enfermeira;
3. Josiane Monteiro Ribeiro– Enfermeira;
4. Wadis Ferreira Lima – Técnico de Enfermagem.

Outrossim, declara-se que os exercícios desta comissão nomeada, ocorrerá conforme documentações citadas anteriormente, a partir da presente data.

Toledo, 16 de setembro de 2024

_____

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Coren PR 84616

Diretora de Enfermagem na Rede de Urgências e Emergências

Portaria n° 97 de 22/02/2024

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 16/09/2024 12:32:28. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

Documento: 33925/2024 - nomeação.pdf
Data: 16/09/2024 12:32:28

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 16/09/2024 12:32:28. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 16/09/2024 12:32:41. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 2daf9232-29a9-4f25-bc54-a971a1f643df

Toledo/PR, 08 de novembro de 2024.

Ofício nº 14/2024-TC

Ilmo. Sr.
DIEGO BONALDO
Coordenador da Equipe de Transição
Município de Toledo – Estado do Paraná

Assunto: Permanência do Grupo de Idosos do Chamamento Municipal do Programa de Aquisição de Alimentos.

Prezado Senhor,

A Comissão de Transição, através do presente, considerando o disposto no ofício nº 122/2024, da Secretaria de Administração, solicita a manutenção do grupo dos idosos no Programa de Aquisição de Alimentos e sugere o encaminhamento à Câmara Municipal de Vereadores novo projeto de lei para aprovação e prorrogação ainda esse ano.

Atenciosamente,

RUY FONSATTI JUNIOR
Coordenador da Equipe de Transição

1. INTRODUÇÃO

O infusor domiciliar, também chamado de bomba de infusão domiciliar ou infusor elastomérico, é um dispositivo portátil, descartável, que oferece um método simples e eficiente para administração de medicamentos. O infusor domiciliar é composto por dois principais componentes: o elastômero e o restritor de fluxo. O elastômero é uma fonte de pressão que possui comportamento semelhante a um balão ou bexiga: quando cheio, tende a esvaziar, sendo essa propriedade mecânica que assegura a infusão do seu medicamento. O restritor de fluxo controla a quantidade de medicamento a ser infundido, sendo responsável pela vazão ou taxa de infusão da medicação.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de retirada do infusor domiciliar na Atenção Primária à Saúde.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades Básicas de saúde do Município de Toledo.

4. REFERÊNCIAS

Material CEONC, Hospital do câncer: Infusor domiciliar, Orientação para retirada do infusor elastomérico de quimioterapia UOPECCAN.

5. DEFINIÇÕES

As bombas infusoras elastoméricas não mecânicas, são descartáveis que infundem a solução sob velocidade programada, continua, com pressão positiva, são conectadas ao paciente através do Port Cath. Oferece aos pacientes a possibilidade de receber medicamentos endovenosos, durante longos períodos de infusão, no conforto de sua casa, preservando a sua autonomia e qualidade de vida.

Essa modalidade de tratamento é vedada a pacientes que possuem algum transtorno neuropsiquiátrico e/ou alguma deficiência cognitiva. Pacientes em estado paliativo ou que não possuem hábitos e higiene também são contra-indicados a receber essa forma de infusão

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

quimioterápica. O tratamento com as bombas infusoras é indicado apenas para canceres do trato respiratório e gástrico. A heparinização do cateter totalmente implantável tem como objetivo evitar a formação do trombo ou coagulo no interior do cateter.

6. SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Não tem.

7. RESPONSABILIDADES

Enfermeiro

8. PRINCIPAIS PASSOS

1. Receber o paciente cordialmente;
2. Verificar na bomba de infusão o horário do término e orientar o paciente sobre o local da retirada da bomba elastomérica;
3. Averiguar se o infusor está vazio quando o volume atingir “0” (zero) na escala do indicador;
4. Se o balão ainda não estiver vazio orientar o paciente aguardar mais 6 horas, pois existem fatores exógenos que podem tanto adiantar 6 horas como atrasar por 6 horas a infusão da medicação.
5. Se após as 6 horas ainda tiver medicação na bomba infusora, clampear e encaminhar o paciente para o CEONC. **NÃO RETIRAR NA UBS.**
6. Se o balão estiver vazio, clampear o prolongamento e prosseguir com a retirada;
7. Reunir os materiais necessários para retirada da bomba infusora e limpeza do Port Cath;
8. Higienizar as mãos
9. Explicar o procedimento ao paciente;
10. Higienizar com gaze e álcool a conexão com a bomba elastomérica, desconectar e lavar o Port Cath com uma seringa de 20 ml preenchida com Soro Fisiológico 0,9%, administrar lentamente pelo equipo da agulha Huber, após fechar o clamp novamente;

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

11. Em uma seringa de 10 ml, aspirar 0,2 ml de heparina simples (heparina 5000U/ml) e completar com 9,8 ml de soro fisiológico 0,9% e homogeneizar a solução;
12. Administrar **5 ml** dessa solução no equipo do cateter Port Cath e fechar novamente o clamp;
13. Pacientes da **UOPECCAN** a heparina deve ser diluída da seguinte forma: utilizar seringa de 10 ml, aspirar 0,2ml de heparina simples (5000UI) e diluir em 9,8 ml de soro fisiológico, administrar **2 ml** desta diluição, desta forma teremos 200UI em 2ml;
14. Ao retirar a agulha do cateter firmar o cateter com a não mão dominante, tracionar o dispositivo com a mão dominante, retirando e desprezando na caixa de pérfuro-cortante;
15. Comprimir levemente o local da punção com gaze seca e fazer um curativo;
16. A bomba de infusão deve ser colocada dentro de um saco de lixo infectante e após dentro de uma caixa e fecha-la. Identificar a caixa **ALA DE QUIMIOTERAPIA CEONC ou UOPECCAN**, levar na secretaria de saúde sala dos motoristas.

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Seringa 20ml e 10 ml
- Agulha 40x12
- Ampola de solução fisiológica 0,9%
- Gazes estéreis
- Álcool 70%
- Frasco de Herapina (5.000UI/ML 5ml)
- Saco lixo infectante

10. DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

- As unidades de saúde referência para retirada da bomba de infusão domiciliar serão: **Centro de Saúde, Industrial, Porto Alegre, Coopagro, Maracanã e Europa**.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

- O horário para retirada é das 07 as 19 de segunda a sexta-feira, após este horário, finais de semana/feriado encaminhar o paciente para o PAM.
- As demais unidades de saúde de saúde quando tiver pacientes deverão entrar em contato com as unidades de referência ou com o gerente para informar o horário que o mesmo irá comparecer para retirada da Bomba de infusão.
- Após o término da infusão o paciente tem um intervalo de até 8 horas para retirada da agulha de Huber e heparinização do cateter.
- A infusão termina quando o indicador de nível estiver próximo de 0 e o elastômero (bexiga) não tiver conteúdo e estiver totalmente esvaziado.
- Solicitar heparina na CAF, após abertura colocar data de validade para 30 dias.

O que deve ser observado quando o paciente comparecer na unidade de saúde

- Manter local da punção com curativo integro, limpo e seco;
- Manter as linhas de infusão livres e sem dobras, qualquer dobra, por mais sutil que seja, no extensor e equipo, pode prejudicar a infusão;
- Deixar a bomba de infusão dentro de uma pochete abaixo do nível do cateter, na região da linha media da cintura;
- Observar se o paciente está bem aquecido para que a quimioterapia seja infundida dentro do período preconizado;
- Se houver algum vazamento e a quimioterapia entrar em contato com a pele do paciente, esse deverá lavá-la imediatamente com água e sabão;
- Se houver extravasamento do quimioterápico deve suspender a infusão do medicamento fechando o clamp e orientar o paciente a procurar o **CEONC ou UOPECCAN.**
- **Em situações de extravasamento do quimioterápico na vestimenta do paciente, orientar o mesmo a separar a roupa utilizada colocar dentro de um saco de lixo infectante e posterior dentro de uma caixa vedada e levar no dia do próximo retorno ao CEONC.**

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

- Orientar que o mesmo deve ficar em alerta quanto a presença de edema, algia ou hiperemia próximo a região do cateter, se durante a infusão da quimioterapia apresentar febre, fechar o clamp e encaminhar para o CEONC;
- O banho de aspersão deve ser realizado de modo que a bomba infusora não seja molhada

11. ANEXOS

Fluxograma retirada de bomba elastomérica

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

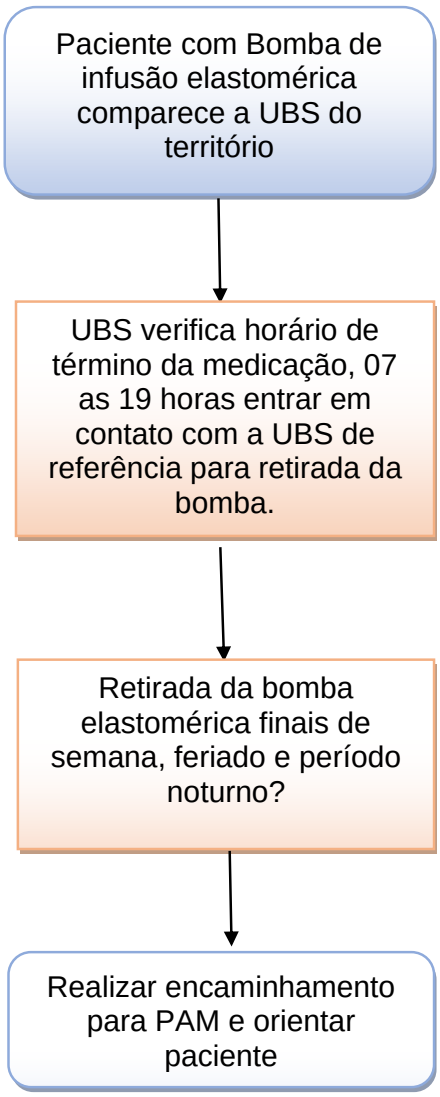
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	21/07/2024	EMISSÃO DO DOCUMENTO EM SUA PRIMEIRA VERSÃO

13. APROVAÇÃO

Versão	Data	Elaboração	Autorização
01	21/07/2024	Enfermeira Coordenadora: Alcione Correia de Lima Basetti Enfermeira Gerente Aline Regina Patricio Enfermeira Gerente Naila Teixeira Mendes Cavallini	Diretora APS:Tatiane Veiga Rodrigues

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

ANEXO 1- FLUXO DE RETIRADA DE BOMBA ELASTOMÉRICA



Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

Documento: 36136/2024 - POP infusor domiciliar atualizado .pdf
Data: 02/10/2024 10:34:07

Assinatura avançada realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49.

Assinatura avançada realizada por: NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16.

Assinatura avançada realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

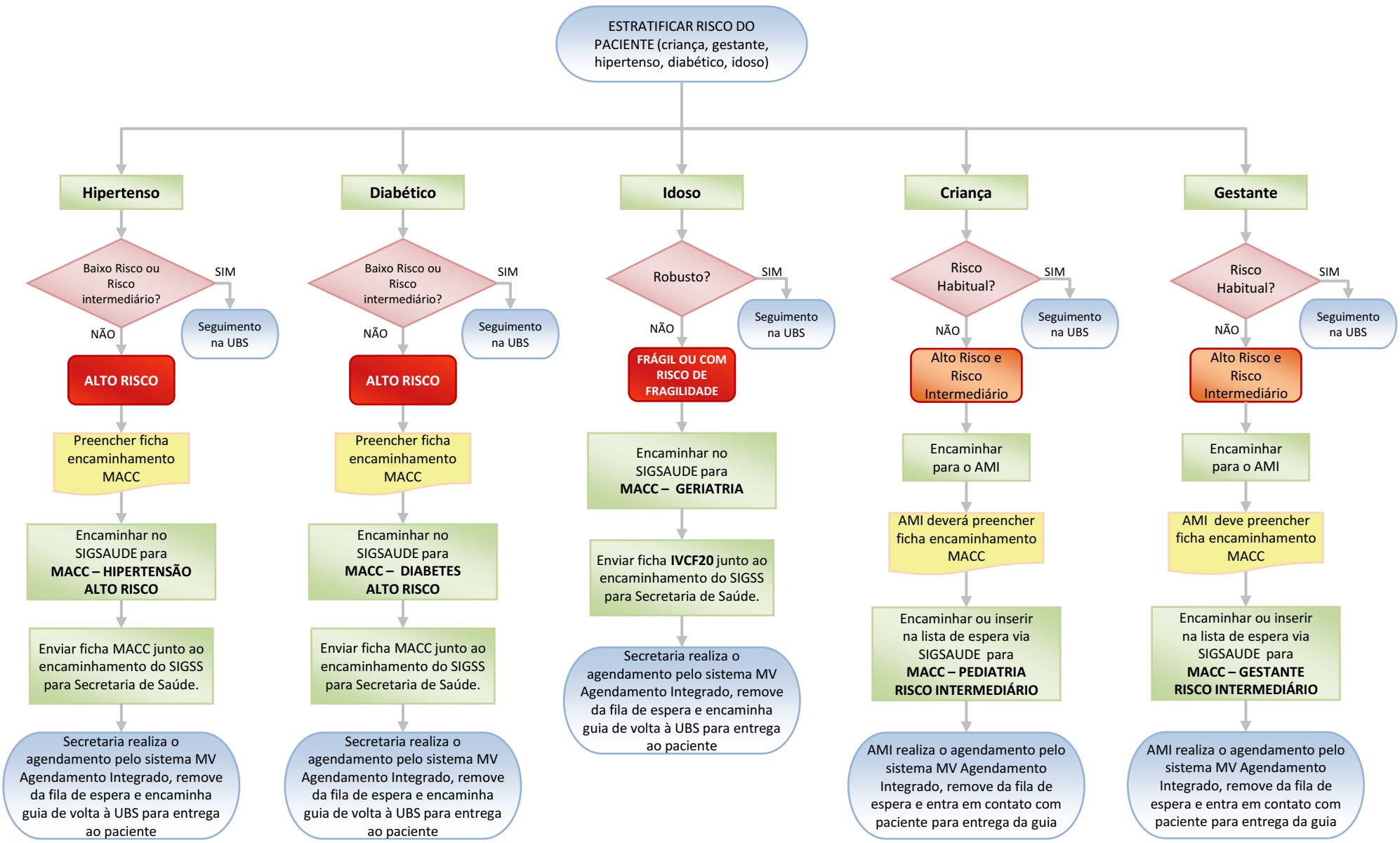
Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 02/10/2024 10:34:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: ALINE REGINA PATRICIO em 03/10/2024 08:00:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 02/10/2024 10:45:49. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. NAILA TEIXEIRA MENDES CAVALLINI em 02/10/2024 10:46:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: aae92e1d-6e05-402c-8f27-99457e9264af

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO
SECRETARIA DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA MACC

Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Comunicação Interna n^{0} 48 /2024 Toledo, 30 de setembro de 2024.

Á equipe de Enfermagem

Assunto: Formação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) do Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes – PAM.

Vimos, por meio deste, em consonância com a Resolução Cofen nº 593/2018, publicar o presente edital para a formação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) no Serviço de Enfermagem nesta instituição, no prazo de 60 (sessenta) dias, e que terá o **mandato previsto no período de 09/12/2024 à 09/12/2027.**

Comunicamos a todos os profissionais de enfermagem deste serviço que a Comissão de Ética de Enfermagem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná tem por finalidade atividades nos Serviços de Enfermagem das instituições de saúde com idoneidade, assumindo funções: educativas, consultivas, conciliadoras, de orientação e vigilância do exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem vinculados a tais entes.

O processo eleitoral para compor a Comissão de Ética de Enfermagem permanecerá sob a responsabilidade da Comissão Eleitoral, designada para tal finalidade.

As datas previstas para o pleito serão: 02, 03 e 04/12/2024 das 17 as 21 horas, sendo que a urna será disponibilizada na antiga recepção do Pronto Atendimento.

Atenciosamente,

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Coren PR 84616

Diretora de Enfermagem do PAM

Portaria 97 de 22 de fevereiro de 2024

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 30/09/2024 15:17:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 30/09/2024 15:17:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 617f63c7-91a6-4ebc-9bc5-a3d6f5c68b29

Assinaturas

Documento: 35858/2024 - CI 48 Inscrição para a CEE.pdf
Data: 30/09/2024 15:17:19

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 30/09/2024 15:17:51.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com o código 617f63c7-91a6-4ebc-9bc5-a3d6f5c68b29

Inserido por Raquel Emilia da Silva Wiederkehr em: 30/09/2024 15:17:19. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: RAQUEL EMILIA DA SILVA WIEDERKEHR em 30/09/2024 15:17:52. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 617f63c7-91a6-4ebc-9bc5-a3d6f5c68b29

Ofício nº 4/2023 – SMS/DptoSM Toledo, 17 de janeiro de 2023.

À Senhora
TATIANE VEIGA RODRIGUES
Diretora da Rede de Atenção Primária em Saúde
Toledo - PR

Assunto: **Fluxo de encaminhamentos aos Serviços de Saúde Mental**

Prezada Senhora,

1. O Departamento de Atenção Especializada em Saúde Mental de Toledo Pr, vem através deste, informar sobre fluxo de encaminhamentos para os serviços e obrigatoriedade da utilização da Nova Estratificação de Risco em Saúde Mental da SESA-PR.

2. O município de Toledo, em conformidade com o Ministério da Saúde, oportuniza o acesso aos serviços de saúde mental através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São componentes da RAPS no município de Toledo: Atenção Primária em Saúde; os serviços de atenção psicossocial especializada Ambulatório de Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS i); atenção de urgência e emergência (SAMU e UPA); atenção hospitalar (via Central de Regulação de Leitos); leitos de desintoxicação no SIM PR-CAPS AD III e vagas em Comunidades Terapêuticas (ambos via encaminhamento pelo CAPS AD municipal).

3. A Atenção Primária em Saúde é a ordenadora do cuidado e considerada, em todas as redes de atenção à saúde, inclusive na RAPS, a porta de entrada para o SUS. O cuidado em saúde mental se inicia quando o usuário é identificado com algum sofrimento psíquico pelas equipes da APS. Os profissionais de nível superior da APS realizam a Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM), a qual identifica sinais e sintomas apresentados pelo paciente, indicando uma pontuação que estabelece o grau de risco, e consequentemente, com qual serviço especializado o cuidado será compartilhado.

4. Para a Estratificação é utilizado o instrumento proposto pela SESA PR, instituído em 2014 e que após revisão em 2020, foi elaborada em nova versão, a qual foi aprovada em 2021 pela CIB-PR (Deliberação 254 de 27 de outubro de 2021). Através desse instrumento obtêm-se a pontuação que indica um grau de risco: **Baixo Risco: 00 – 40 pontos; Médio Risco: 42 – 70 pontos; Alto Risco: 72 – 240 pontos.**

5. Conforme o grau de risco pontuado no referido documento, o cuidado do paciente poderá ser compartilhado com rede especializada:

6. **Baixo Risco:** segue na APS com apoio matricial do ASM e CAPS;

7. **Médio Risco em Adulto, Adolescente e Criança:** compartilhamento do cuidado com Ambulatório de Saúde Mental, encaminhando para Psicólogo Clínico e/ou Psiquiatra;

8. **Alto Risco em Adulto:** compartilhamento de cuidado com CAPS II;

9. **Alto Risco em Adolescente e Criança:** compartilhamento do cuidado com CAPS i;

10. **Alto e Médio Risco em Adulto com Uso de Substâncias Psicoativas:** compartilhamento do cuidado com CAPS AD;

11. **Alto e Médio Risco em Criança e Adolescente com Uso de Substâncias Psicoativas:** compartilhamento do cuidado com CAPS i.

12. Os pacientes com laudo de Autismo, até 18 anos incompletos, devem ser encaminhados ao CAPS i, se maiores de 18 anos devem ser encaminhados ao CAPS II.

13. Crianças com alteração no desenvolvimento, entre eles os suspeitos de Autismo, uma vez que são alto risco na Linha Guia de Pediatria, devem ser encaminhados para o pediatra de referência da UBS ou ao Ambulatório Materno Infantil.

14. Os pacientes em crise aguda em saúde mental ou emergência psiquiátrica devem receber atendimento via SAMU e/ou através da UPA. Após estabilização do quadro, a UPA deve referenciar ao ponto de atenção mais adequado para continuidade do acompanhamento, atentando-se se o paciente já é atendido em algum dos serviços especializados de saúde mental. Cabe ressaltar que além dos serviços de saúde mental, a UPA também pode solicitar leito para internamento psiquiátrico na Central de Regulação de Leitos para estabilização dos casos mais graves.

15. A Nova Estratificação de Risco em Saúde Mental, versão ampliada e resumida, assim como o Instrutivo para Aplicação do Instrumento e um Instrutivo de identificação de sinais e sintomas de saúde mental por Agentes Comunitários de Saúde, estão disponíveis no

site: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental. Os instrumentos de estratificação também estão disponíveis na pasta DADOS (M:)/SAUDE/FLUXOS E PROTOCOLOS/Saúde Mental.

16. A guia de encaminhamento e a ficha de ERSM devem ser encaminhadas por malote ao serviço de saúde mental específico. Situações que requerem maior atenção devido gravidade do caso devem ser indicadas como URGENTE na guia de encaminhamento. Consideramos de fundamental importância que os pacientes encaminhados continuem em acompanhamento na UBS até serem acolhidos nos serviços de saúde mental. Também é possível discutir os casos importantes através de contato telefônico com os coordenadores dos serviços de saúde mental e através de ações de apoio matricial:

17. **Ambulatório de Saúde Mental –** Coord. Karen Pivetta: 3196-3037, e-mail: ambulatoriosm.toledo@gmail.com

18. **CAPS II** – Coord. Claudia Amarante: 3196-3065, e-mail: caps2toledo@gmail.com

19. **CAPS AD** – Coord. Denise Holzbach: 3196-3060, e-mail: capsadtoledo@hotmail.com

20. **CAPS infantil** – Coord. Alisson Dias: 3196-3070, e-mail: capsi.toledo@hotmail.com

21. Informamos ainda, que os encaminhamentos sem ERSM ou com a versão antiga serão devolvidos ao serviço de origem para revisão, pois a versão antiga e a nova divergem na pontuação, e portanto, interfere na definição do serviço de saúde mental que receberá o paciente. Os casos de pacientes que no acolhimento dos serviços de saúde mental forem identificados com melhora do quadro e baixo risco em saúde mental, serão encaminhados à UBS de referência, sendo que o coordenador do serviço de saúde mental ou profissional que realizou o acolhimento comunicarão o paciente e o gerente da UBS.

22. Solicito divulgação das informações desse ofício para todos os serviços da Rede de Atenção Primária em Saúde.

23. Desde já agradeço pela vossa atenção sigo a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

LEILA DE FÁTIMA MACHADO
Diretora da Rede de Atenção à Saúde Mental
Portaria nº369 de 06/07/2022

Assinaturas

Documento: 1973/2023 - Ofício 4.2023 DptoSM para DptoAPS sobre fluxo de ERSM
Data: 17/01/2023 11:08:21 Situação: Em aberto

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por LEILA DE FÁTIMA MACHADO na data 17/01/2023 11:23.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/1973/2023

Comunicação Interna n^{0} 12/2024 Toledo, 1 de abril de 2024.

À equipe médica e de enfermagem.

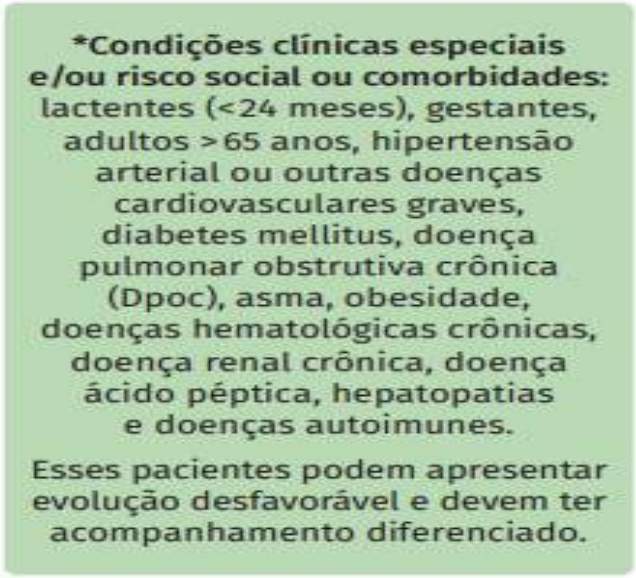
Assunto: Protocolo de Enfermagem - Assistência de Enfermagem no Diagnóstico e Manejo da Dengue

Prezados médicos e equipe de enfermagem.

Esta Comunicação Interna tem como objetivo orientar as equipes citadas acima, quanto a aplicação parcial do protocolo municipal de enfermagem referente ao diagnóstico e manejo da dengue.

Nesta unidade, aplicaremos o protocolo neste primeiro momento, sobre as reavaliações dos pacientes após atendimento médico.

Seguiremos dois fluxogramas, pacientes classificados como dengue grupo A e grupo B. Os pacientes pertencentes ao grupo B (*sem sinais de alarme, com condição clínica especial, com risco social e com comorbidades), permanecerão na unidade aproximadamente por 3 horas, pois aguardarão o resultado do hemograma. Desta forma, será necessário reavaliá-lo após liberação deste exame, quanto aos sinais e sintomas que poderão sofrer alteração durante a permanência na unidade.



Os enfermeiros responsáveis pela reavaliação deverão atentar-se de maneira minuciosa aos Sinais de Alarme e de Gravidade da Dengue.

Segue abaixo estes sinais:

- Dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e contínua;
- Vômitos persistentes;
- Hipotensão postural e/ou lipotimia;
- Sangramento de mucosa;
- Letargia e/ou irritabilidade;
- Aumento progressivo de hematócrito;
- Plaquetopenia ≤ 50.000;
- Acúmulo de líquidos:

  * Ascite: observar distensão abdominal (podendo ter desconforto respiratório);

  * Derrame pleural: observar dor torácica, podendo estar associada ao desconforto respiratório;

  * Derrame pericárdico: observar dor torácica, geralmente do lado esquerdo e dispneia.

Primeiramente o paciente será atendido pelo profissional médico, após classificação de risco e agenda única. O profissional médico encaminhará o paciente classificado como Dengue grupo A ao enfermeiro, em consultório pré-definido, munido de prescrição de hidratação oral em domicílio, receita de sintomáticos, atestado se necessário e pedido de hemograma para realização se prova do laço positiva. Pacientes do grupo A com prova do laço negativa, serão liberados com orientação de acompanhamento diário na Unidade Básica de Saúde (UBS), e retorno imediato a unidade de saúde se sinal de alarme.

Já os pacientes submetidos a prova do laço pelo enfermeiro, com resultado positivo, serão submetidos ao hemograma e reavaliados após resultado, também pelo enfermeiro.

O enfermeiro avaliará o hemograma quanto ao resultado das plaquetas e do hematócrito, descartando hemoconcentração e plaquetopenia severa.

Após reavaliação pelo enfermeiro, pacientes com hematócrito normal, plaquetas ≥ 50.000, e que mantém ausência de Sinais de Alarme e Gravidade da Dengue, serão liberados para tratamento ambulatorial com pedido de hemograma para o dia seguinte. Este hemograma deverá ser apresentado na UBS ou Unidade Sentinela, conforme o horário de funcionamento de cada uma das unidades, assim que liberado. Os hemogramas realizados ambulatorialmente nos domingos, deverão ser apresentados nas Unidades de Pronto Atendimento.

Segue em anexo os fluxogramas de atendimento dos pacientes suspeitos e/ou confirmados de dengue, pertencentes ao grupo A ou B.

Juliana Ventura Lima
Diretora do Departamento da Rede de Urgência e Emergência

Raquel Wiederkehr
Diretora de Enfermagem do PAM

Julio Cesar Fabris
Diretor Técnico do PAM

Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de vida Diária – Katz

Nome:_____**DN**___/___/___

Banho	Atividade de "**banhar-se**" é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. ( ) Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Com ajuda total
Vestir	Para avaliar a função **"vestir-se"** considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. ( ) Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Com ajuda total
Banheiro	A função **"usar o banheiro"** compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função, incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total). ( ) Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Com ajuda total
Transferência	A função **"transferência"** é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências ( ) Sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) Com ajuda total
Continência	O termo **"continência"** refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateter ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxilio para a realização de um desses procedimentos). ( ) Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Com ajuda Total
Alimentação	A função **"alimentação"** relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes ( ) Sem ajuda ( ) Com ajuda parcial ( ) Com ajuda Total

Grau de dependência

Grau de dependência I	Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
Grau de dependência II	Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
Grau de dependência III	Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo;

FONTE: RDC Nº 502 (2021)

Grau de Dependência: ( ) I ( ) II ( )III

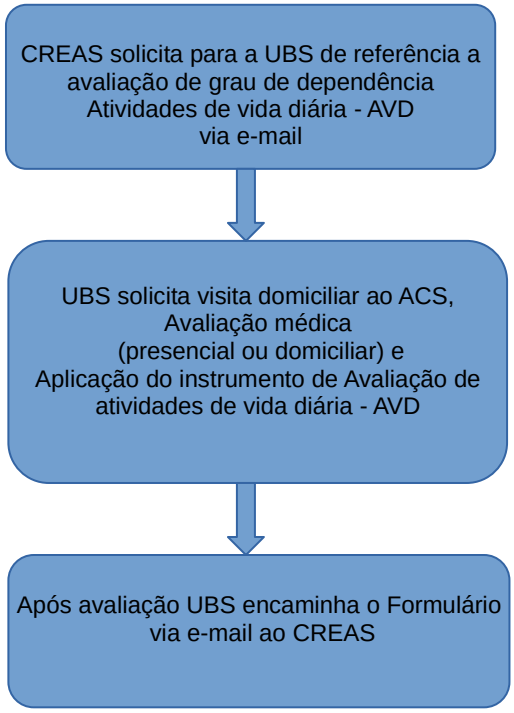
Observações do avaliador durante o teste **Data da avaliação:**

Avaliador:

_____

Assinatura/carimbo

Fluxograma de solicitação de Avaliação de Grau de Dependência Atividade de Vida Diária - AVD para internamento em Instituição de Longa Permanência Para Idosos



Comunicação Interna n^0 37/2024 Toledo, 03 de julho de 2024.

Às equipes de Enfermeiros

Assunto: Implementação do Processo de Enfermagem - PE

Prezados,

Considerando Lei COFEN n° 736/2024, referente à implementação do Processo de Enfermagem;

Considerando o Art. 4° e 11° da Lei n°7.498/1986, que discorre sobre o Exercício de Enfermagem;

Considerando o Art. 3° e 8° do Decreto n° 94.406/1987, que regulamenta o Exercício de Enfermagem em território nacional;

Considerando a notificação n° 41.987683.26.2021.410.2024, emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem – COREN, subseção Cascavel ao PAM – Toledo;

Considerando que pelo Mapa de Leitos (anexo 1), onde o setor de Observação possui 36 leitos e os setor de Emergência tem 4 leitos;

Considerando que o tema Processo de Enfermagem no PAM já foi discutido em reunião com a equipe de Enfermeiros no dia 22 de abril do ano corrente;

Comunicamos que:

A partir do dia 22/07/2024, será iniciado o período de implementação do Processo de Enfermagem – PE no PAM;

O período de implementação se encerará no dia 22/09/24, quando a Direção de Enfermagem deverá receber possíveis sugestões e complementações para eficiência da metologia proposta. Após esse período de 60 dias, as sugestões serão analisadas para readequações com implantação definitiva e rotineira, até o dia 01/10/2024;

No período de implementação, a divisão de pacientes nos quais serão aplicados o Processo de Enfermagem - PE, ocorrerá através da divisão das enfermarias e quartos entre os 2 turnos de trabalho;

De acordo com o Mapa de Leitos, a equipe do dia aplicará o Processo de Enfermagem nos Quartos 1,2 e 3, assim como nas Enfermarias 1, 2, 3 e 9;

Da mesma forma a equipe noturna se responsabilizará pelos leitos das Enfermarias 4, 5, 6, 7 e 10;

No setor de Emergência serão 2 para os Enfermeiros do dia e 2 para os Enfermeiros das equipes noturnas;

Para que ocorra uma divisão justa, sem sobrecarga de um turno ou outro, a seguinte regra deverá ser cumprida: Se de acordo com a divisão pré estabelecida, um dos turnos obtiver um número menor que 50% do total de pacientes internados, deverá automaticamente, aplicar o processo nos pacientes determinados pela divisão e mais 30% dos pacientes estipulados para o próximo turno.

Exemplo: O Setor de Observação está com 15 pacientes mas, segundo a divisão por leitos, o turno do Dia se responsabilizará apenas por 5 pacientes, o que totaliza uma quantidade menor que 50% (7,5). Dessa forma, o enfermeiro do dia deverá aplicar o Processo de Enfermagem - PE nos seus 5 pacientes e mais 3 pacientes destinados ao enfermeiro da equipe Noturna.

O formulário adotado (anexo 2) para o período de Implementação é composto por 3 partes: Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento e Prescrição de Enfermagem. Apenas a última etapa será anexada ao Prontuário do Paciente. As outras, deverão ser arquivadas na sala dos Enfermeiros por 1 ano e após, enviado ao SAME devidamente guardados e identificados em caixas de arquivo

Nos colocamos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente.

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Diretora de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência

Portaria 97 de 22 de fevereiro de 2024

Juliana Ventura Lima

Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo

Portaria nº 322, de 17 de Junho de 2021

Comunicação Interna n^0 37/2024 Toledo, 03 de julho de 2024.

Às equipes de Enfermeiros

Assunto: Implementação do Processo de Enfermagem - PE

Prezados,

Considerando Lei COFEN n° 736/2024, referente à implementação do Processo de Enfermagem;

Considerando o Art. 4° e 11° da Lei n°7.498/1986, que discorre sobre o Exercício de Enfermagem;

Considerando o Art. 3° e 8° do Decreto n° 94.406/1987, que regulamenta o Exercício de Enfermagem em território nacional;

Considerando a notificação n° 41.987683.26.2021.410.2024, emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem – COREN, subseção Cascavel ao PAM – Toledo;

Considerando que pelo Mapa de Leitos (anexo 1), onde o setor de Observação possui 36 leitos e os setor de Emergência tem 4 leitos;

Considerando que o tema Processo de Enfermagem no PAM já foi discutido em reunião com a equipe de Enfermeiros no dia 22 de abril do ano corrente;

Comunicamos que:

A partir do dia 22/07/2024, será iniciado o período de implementação do Processo de Enfermagem – PE no PAM;

O período de implementação se encerará no dia 22/09/24, quando a Direção de Enfermagem deverá receber possíveis sugestões e complementações para eficiência da metologia proposta. Após esse período de 60 dias, as sugestões serão analisadas para readequações com implantação definitiva e rotineira, até o dia 01/10/2024;

No período de implementação, a divisão de pacientes nos quais serão aplicados o Processo de Enfermagem - PE, ocorrerá através da divisão das enfermarias e quartos entre os 2 turnos de trabalho;

De acordo com o Mapa de Leitos, a equipe do dia aplicará o Processo de Enfermagem nos Quartos 1,2 e 3, assim como nas Enfermarias 1, 2, 3 e 9;

Da mesma forma a equipe noturna se responsabilizará pelos leitos das Enfermarias 4, 5, 6, 7 e 10;

No setor de Emergência serão 2 para os Enfermeiros do dia e 2 para os Enfermeiros das equipes noturnas;

Para que ocorra uma divisão justa, sem sobrecarga de um turno ou outro, a seguinte regra deverá ser cumprida: Se de acordo com a divisão pré estabelecida, um dos turnos obtiver um número menor que 50% do total de pacientes internados, deverá automaticamente, aplicar o processo nos pacientes determinados pela divisão e mais 30% dos pacientes estipulados para o próximo turno.

Exemplo: O Setor de Observação está com 15 pacientes mas, segundo a divisão por leitos, o turno do Dia se responsabilizará apenas por 5 pacientes, o que totaliza uma quantidade menor que 50% (7,5). Dessa forma, o enfermeiro do dia deverá aplicar o Processo de Enfermagem - PE nos seus 5 pacientes e mais 3 pacientes destinados ao enfermeiro da equipe Noturna.

O formulário adotado (anexo 2) para o período de Implementação é composto por 3 partes: Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento e Prescrição de Enfermagem. Apenas a última etapa será anexada ao Prontuário do Paciente. As outras, deverão ser arquivadas na sala dos Enfermeiros por 1 ano e após, enviado ao SAME devidamente guardados e identificados em caixas de arquivo

Nos colocamos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente.

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Diretora de Enfermagem na Rede de Urgência e Emergência

Portaria 97 de 22 de fevereiro de 2024

Juliana Ventura Lima

Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo

Portaria nº 322, de 17 de Junho de 2021

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**
TITULO: DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS	**Página:**
Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS)	**Emitido em: 10/2022**
Revisor: Direção de Enfermagem e Farmácia	**Revisado em: 11/2022**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 11/2022**
Executante: Equipe médica e farmácia	**Responsável:** Equipe Médica e Serviço de Farmácia
Vigência: 11/2024	**Versão:** 01

1. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos da conforme RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 - controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

2. INDICAÇÃO

Estabelecer e normatizar os procedimentos para preenchimento, recebimento, análise, liberação e arquivamento das Fichas de Controle de Prescrição e Dispensação de Antimicrobianos na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Jorge Milton Nunes – PAM.

3. EXECUTANTE:

Equipe Médica e Serviço de Farmácia.

4. PROCEDIMENTO:

A prescrição dos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário eletrônico utilizado nesta unidade, exceto quando sistema estiver inoperante ou para pacientes internados, fazendo-se necessário a prescrição em formulário impresso. Junto a prescrição da medicação faz-se necessário o preenchimento do formulário de dispensação dessa droga, conforme anexo.

Na ausência deste formulário e/ou preenchimento incompleto do mesmo, a medicação não será liberada pela farmácia hospitalar.

5. ANEXO I (FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO 70 ANOS | SECRETARIA DA SAÚDE

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Pronto Atendimento Municipal

Resolução CFM 1552/99, Portarias MS 196/93 e 2616 GM/98

Nome do paciente	**Dia de nascimento**	**Idade**	**Dia do atendimento**	**Enfermaria/leito**
_____	___/___/_____	_____	___/___/_____	_____/____

Hipótese diagnóstica	**Origem da infecção**	**Uso prévio de antimicrobiano**
( ) Pneumonia ( ) Pele e Partes Moles ( ) Sepse s/ foco ( ) ITU ( ) Inf. Relac. Cateter ( ) Outros_____	( ) Comunitária ( ) Relacionada à assistência à saúde	( ) Não ( ) Sim. Especificar _____

CULTURA

Data da solicitação:	Material:	Microrganismo:	Sensibilidade:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antimicrobiano Solicitado					Médico (Assinatura / Carimbo)	Data
Antimicrobiano	Dose/Dia	Intervalo	Via	Dias		
_____	_____	_____	_____	_____		
_____	_____	_____	_____	_____		

Emissão e Elaboração:	Josiane M. Ribeiro	**Aprovação:**	José Eduardo P. Mainart	**Vigência:**	**Setembro de 2022**

Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistencia a Saúde	**Revisão:** Direção de enfermagem	**Revisão:** Direção de farmácia

Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovação:** Direção Técnica

Prefeitura do Município de Toledo

Secretaria Municipal de Saúde

Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

Comunicação Interna n^0 21/2024 Toledo, 02 de Maio de 2024.

Às Equipes do Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes

Assunto: Fluxo de Solicitação e Efetivação das Trocas de plantão

Prezados,

A partir de 07 de maio de 2024, ocorrerão mudanças relevantes no que diz respeito as trocas de plantão no Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes.

Considerando-se que:

- As solicitações para troca de plantão, estão sendo feitas de duas formas, preenchimento de formulário físico, como também via on line;
- Um número considerável de trocas são efetivadas sem o devido consenso da chefia imediata, sem assinatura e carimbo e sem a autorização da Direção de Enfermagem;
- Em alguns casos, o número de trocas por um só profissional tem ultrapassado o que seria considerado regular. Diante disso,

Comunica-se que:

- Não haverá mais solicitações de troca de plantão online;
- Todas solicitações de troca deverão ser solicitadas por formulário físico;
- As trocas do mês deverão ser solicitadas até o 5° dia útil;
- Os formulários devidamente preenchidos e assinados, deverão ser entregues na Direção como já é feito atualmente, porém no prazo citado acima;
- As trocas só poderão ser efetivadas mediantes consenso da chefia imediata (assinatura e carimbo) e autorização da Direção;
- Os casos extremos com a necessidade de troca fora do prazo de solicitação, deverão ser argumentadas com a chefia imediata e esta apresentar as justificativas para a Direção.

Importante: As trocas realizadas sem o consenso da chefia e a autorização da Direção, não serão reputadas pelo Recursos Humanos, correndo-se o risco de serem julgadas como falta.

Juliana Ventura Lima	**Raquel Emília da Silva Wiederkehr**	**Júlio Cesar Fabris**
Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo	Diretora de Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal	Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergências
Portaria nº 322, de 17 de Junho de 2021	Portaria nº 97 de 22 de fevereiro de 2024	Portaria n° 51, de 18 de janeiro de 2021

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3378-8680 – (45) 3378-8681 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Prefeitura do Município de Toledo

Secretaria Municipal de Saúde

Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

Comunicação Interna n^0 21/2024 Toledo, 02 de Maio de 2024.

Às Equipes do Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes

Assunto: Fluxo de Solicitação e Efetivação das Trocas de plantão

Prezados,

A partir de 07 de maio de 2024, ocorrerão mudanças relevantes no que diz respeito as trocas de plantão no Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes.

Considerando-se que:

- As solicitações para troca de plantão, estão sendo feitas de duas formas, preenchimento de formulário físico, como também via on line;
- Um número considerável de trocas são efetivadas sem o devido consenso da chefia imediata, sem assinatura e carimbo e sem a autorização da Direção de Enfermagem;
- Em alguns casos, o número de trocas por um só profissional tem ultrapassado o que seria considerado regular. Diante disso,

Comunica-se que:

- Não haverá mais solicitações de troca de plantão online;
- Todas solicitações de troca deverão ser solicitadas por formulário físico;
- As trocas do mês deverão ser solicitadas até o 5° dia útil;
- Os formulários devidamente preenchidos e assinados, deverão ser entregues na Direção como já é feito atualmente, porém no prazo citado acima;
- As trocas só poderão ser efetivadas mediantes consenso da chefia imediata (assinatura e carimbo) e autorização da Direção;
- Os casos extremos com a necessidade de troca fora do prazo de solicitação, deverão ser argumentadas com a chefia imediata e esta apresentar as justificativas para a Direção.

Importante: As trocas realizadas sem o consenso da chefia e a autorização da Direção, não serão reputadas pelo Recursos Humanos, correndo-se o risco de serem julgadas como falta.

Juliana Ventura Lima	**Raquel Emília da Silva Wiederkehr**	**Júlio Cesar Fabris**
Diretora da Rede de Urgências e Emergências de Toledo	Diretora de Enfermagem do Pronto Atendimento Municipal	Diretor Técnico Médico de Unidade de Urgência e Emergências
Portaria nº 322, de 17 de Junho de 2021	Portaria nº 97 de 22 de fevereiro de 2024	Portaria n° 51, de 18 de janeiro de 2021

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3378-8680 – (45) 3378-8681 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Pronto Atendimento Municipal 24 HS

Dr. Jorge Milton Nunes da Silva – PAM 24 H.

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

TOLEDO

2022

	PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PCIH)	CÓDIGO	PÁGINA
		001	
		Abril de 2021	01 A 06
TÍTULO	Programa de Atividades do Serviço de Controle de Infecção Relacionado a Assistência a Saúde		
ELABORAÇÃO	Andreia F. S. Vidal e Edna X. de Almeida – Janeiro 2019		
1ª REVISÃO	Jéssica Rosin – Março 2021		
2ª REVISÃO	Josiane Monteiro Ribeiro – Maio de 2022		
APROVAÇÃO	Aprovado pela Direção Administrativa e Comissão de Controle de Infecção Relacionado a Assistência a Saúde		

PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE

A Portaria MS n.º 2616 de 12/05/98, publicada no DOU de 13/05/98 estabelece a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH, que deverá conter o conjunto de ações a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

A CCIRAS do PAM 24hs revisará seu planejamento periodicamente de acordo com as necessidades apresentadas pelo serviço, com a definição de ações de vigilância epidemiológica, ações educativas, revisão e elaboração de protocolos, normas e rotinas e inspeções internas (visitas técnicas) a serem realizadas, além do desenvolvimento de ações de pesquisa, com o objetivo de responder questões relativas ao trabalho. A prevenção e o controle das infecções hospitalares exigem a aplicação sistemática de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de sistemas de vigilância epidemiológica e de monitoramento de indicadores de processos.

O PCIH considera as ações permanentes definidas em legislação e normas técnicas sobre o controle de infecção hospitalar, e as ações temporárias, frutos do planejamento estratégico, da análise periódica das informações da vigilância epidemiológica ou da necessidade evidente de solucionar certas situações.

1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES RELACIONADA À ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS)

- Realizar busca ativa dentro do PAM 24 Hs a fim de investigar casos de infecção;
- Calcular taxas de infecção relacionada a assistência a saúde utilizando parâmetros referenciados baseadas no recomendado pela ANVISA (Nota Técnica n° 03/2019) e ainda mecanismos passiveis de indicadores dentro da nossa unidade, tendo em vista que somos Unidade de Pronto Atendimento, tendo período de permanência diferente de unidade hospitalar;
- Detectar, investigar, notificar e controlar surtos;
- Fazer, em conjunto com demais membros, a investigação de surtos;
- Divulgar taxas de IRAS para instâncias pertinentes, e distribuí-las para todos os coordenadores setoriais formalmente de forma mensal.
- Otimizar a coleta de dados;
- Otimizar os processos de vigilância;
- Fazer o relatório mensal com os indicadores epidemiológicos que serão repassados à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Encaminhar para o serviço de Epidemiologia do município as notificações de doenças compulsórias;

2. BUSCA ATIVA NO PAM 24 H

Deverá ser realizada diariamente da seguinte maneira:

1. Análise de todos os prontuários ou daqueles que indiquem maior atenção;
2. Caso suspeito é investigado, observando o diagnóstico no ato da admissão e evolução médica e de enfermagem.
3. Todos os pacientes em uso de sonda vesical de demora, cateter venoso central e tubo endotraqueal, deverão possuir registro do procedimento no prontuário eletrônico (Sigss) para determinação do indicador de infecção e taxa de utilização.
4. Casos de infecção deverão ser notificados ao SCIRAS para monitoramento;

5. Para ser considerada infecção associada a dispositivo invasivo o paciente, na data da infecção, deve estar em uso do dispositivo invasivo por um período maior que dois dias, de calendário (ou seja, a partir do D3, sendo o D o dia de instalação do dispositivo) e o dispositivo estava presente no dia da infecção ou no dia anterior. Nota técnica 3/2019 ANVISA.
6. Indicar a realização de cultura e a instalação de isolamento se observado a necessidade de tal ação.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE

O SCIRAS em companhia de coordenadores de diversos setores, desenvolverá cronograma de treinamento abrangendo as necessidades específica de cada setor. Estes treinamentos serão voltados para o nível médio ou superior, e aplicados setorialmente, em equipes subdivididas em blocos:

- **Básico:** precauções anti-infecciosas universais ou básicas (Higienização das mãos, biossegurança, etc.) e precauções adicionais ou isolamento hospitalar. Este bloco constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver. O programa de educação permanente é aplicado em parceria envolvendo as equipes locais e o SCIRAS.
- **Específico:** Processamento de artigos e desinfecção de superfícies, controle de bactérias multirresistentes, prevenção de infecções relacionadas a procedimentos invasivos (ex.:instalação de cateteres). Rotinas internas dos setores (ex.: CME, sala de vacinação, emergência, observação). Neste bloco específico além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

4. VISITAS TÉCNICAS (INSPEÇÕES INTERNAS SETORIAIS)

Para avaliação das rotinas técnico-operacionais, são realizadas visitas técnicas em todos os setores do PAM, onde são avaliados aspectos relacionados a infraestrutura, recursos humanos, rotinas, processos, fluxos de materiais, pessoas e equipamentos e medidas de biossegurança. A

partir destas, são realizados Relatórios de Visita Técnica, indicando os principais problemas observados, bem como as recomendações para resolução do problema. Estes relatórios são entregues aos responsáveis pelos setores, que deverão discutir e analisar as observações contidas com os demais servidores do setor, no intuito de promover uma avaliação crítica da situação e estabelecer as metas e os prazos para a resolução dos problemas apresentados. Cabe ao Supervisor do setor informar a esta comissão quando da resolução dos itens que forem aprazados, no período previamente estipulado pelo setor. As inspeções devem contemplar todos os setores do PAM. As visitas deverão ocorrer mensalmente.

5. USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Realizada pela equipe da CCIRAS estando a frente deste item: Serviço Médico e de Farmácia Hospitalar.

6. BIOSSEGURANÇA

Em relação aos acidentes biológicos no trabalho, o SCIRAS trabalha na sua prevenção e na elaboração de protocolos inerentes em conjunto com o setor de recursos humanos. As atividades desenvolvidas pelo SCIRAS/CCIRAS/PAM estão relacionadas com as normas e rotinas de precauções de acordo com as vias de transmissão, precauções padrão e das atividades educativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. Brasília, Março de 2021.

ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2019 Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, Janeiro de 2019.

1. INTRODUÇÃO

A **sangria terapêutica** é um processo pelo qual é retirada uma quantidade de sangue do paciente (entre 400-500 ml), com a finalidade de extrair algumas substâncias do organismo. O principal objetivo é moderar o aumento da viscosidade sanguínea nas eritrocitoses (aumento das células vermelhas do sangue) e reduzir o conteúdo total de ferro nas situações de acúmulo de ferro hereditário (hemocromatose). O procedimento é bastante simples e muito seguro: o sangue retirado é descartado, a sangria terapêutica dura, no mínimo, 50 minutos. Os Volumes retirados, intervalo da sangria e a reposição salina dependerão da prescrição médica.

2. OBJETIVO

Descrever os passos envolvidos na realização da sangria terapêutica.

3. ABRANGÊNCIA

Todas as unidades de saúde que tiver paciente com indicação médica de sangria terapêutica.

4. REFERÊNCIAS

.

Obter tratamento para pacientes que necessitam de transfusão de sangue ou sangria terapêutica. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/obter-tratamento-para-pacientes-que-necessitam-de-transfusao-de-sangue-ou-sangria-terapeutica-1#:~:text=A%20sangria%20terap%C3%AAutica%20%C3%A9%20um,extrair%20algumas%20subst%C3%A2ncias%20do%20organismo.

Procedimento Operacional Padrão. **Sangria ou flebotomia terapêutica**. Disponível em: http://www.fhgv.com.br/home/wp-content/uploads/2021/02/pop_9_sangria_ou_flebotomia_-_17-01-20_20200117115149962301 8.pdf.

Parecer da Câmara Técnica Nº 006/2017/CTAS/COFEN. Sangria terapêutica em Pronto Atendimento Infantil. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-0062017cofenctas/

Parecer Técnico Nº 08/2016 COREN/PR. Sangria terapêutica sob supervisão do Enfermeiro. Disponível em: https://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-008-Sangria_terapeutica_sob_supervisao_de_Enfermeiro.pdf

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

5. DEFINIÇÕES

A sangria terapêutica é um procedimento similar à doação de sangue, com a diferença de que o sangue é desprezado após a coleta. Esta terapia é indicada mais frequentemente a pacientes portadores de hemocromatose, policitemia e poliglobulia (excesso de glóbulos vermelhos - ou hemácias).

6. SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Não se aplica.

7. RESPONSABILIDADES

Enfermeiro e/ou Técnico de Enfermagem

8. PRINCIPAIS PASSOS

1. Receber o paciente cordialmente;
2. Verificar no sistema se o paciente possui cadastro;
3. Avaliar a solicitação do médico assistente, através da prescrição médica, devidamente assinada e carimbada;
4. Acomodar o paciente confortavelmente em maca ou poltrona;
5. Explicar o procedimento a ser realizado ao paciente e ou acompanhante;
6. Avisar o médico da unidade de saúde sobre o procedimento
7. Preparar a balança para uso;
8. Realizar a higienização das mãos;
9. Colocar os EPIs;
10. Verificar os sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura axilar) antes, durante e após o procedimento, não iniciar o procedimento se a PA estiver menor que 100/70 ou se o paciente apresentar sinais de instabilidade hemodinâmica.
11. Inspecionar cuidadosamente ambos os braços para escolher a melhor veia para realizar a coleta;
12. Realizar a antissepsia do local a ser puncionado com álcool a 70%;

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

13. Garrotear o membro superior a ser puncionado. Puncionar uma veia calibrosa, lembrando que a agulha vem acoplada a bolsa de coleta, e por gravidade, retirar a quantidade de sangue prescrita pelo médico;
14. Coletar e controlar a quantidade de sangue a ser retirado através da balança, conforme solicitado e prescrito pelo médico assistente;
15. Solicitar ao paciente, caso esteja em condições, de durante o processo de coleta, abrir e fechar a mão, sempre mantendo o membro garroteado;
16. Soltar o garrote quando a coleta estiver concluída;
17. Retirar a fixação da agulha e removê-la do doador, descartando-a de maneira adequada na caixa de perfurocortante;
18. Aplicar compressão no local da punção com algodão seco e instruir o paciente a manter a compressão, sem dobrar o braço, por pelo menos um minuto;
19. Colocar um curativo no local da punção, verificando se há qualquer sinal de sangramento;
20. Acondicionar a bolsa em caixa para lixo perfuro cortante (Descarpak);
21. Realizar anotações sobre o horário de inicio da sangria, volume retirado e sinais vitais;
22. Orientar o paciente e acompanhante a comunicar à equipe da enfermagem qualquer alteração e/ou reação diferente durante e após a sangria.

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Caixa para perfurocortante
- Solução antisséptica (álcool a 70%)
- Bolsa coletora de sangue
- Garrote
- Termômetro
- Esfigmomanômetro
- EPIs (luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção)
- Carro de Emergência
- Micropore

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

- Algodão
- Balança

10. DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

- Os procedimentos de sangria serão agendados previamente com o gerente ou enfermeiro da unidade de saúde de referência do paciente.
- Entregar a guia com o horário agendado ao paciente e informar a equipe nome do paciente, indicação clínica e pedido médico, bem como o dia que o mesmo irá comparecer na unidade de saúde.
- Segundo o Parecer Técnico do Coren Nº 08/2016 o Enfermeiro pode delegar ao técnico de Enfermagem o procedimento de sangria, desde que devidamente capacitado e sob supervisão do Enfermeiro responsável técnico pelo serviço.
- Agendar os pacientes nos horários em que a médico na unidade de saúde para orientar as condutas em caso de eventos adversos.
- Se o procedimento for realizado pelo enfermeiro fazer bloqueio da agenda para que o mesmo realize e acompanhe todo o procedimento de sangria.
- Após o procedimento o paciente deverá permanecer em observação, pelo menos 30 minutos onde serão observados os sinais vitais, pela possibilidade de ocorrência de hipovolemia transitória.
- Orientar o paciente a se hidratar antes e depois para prevenir complicações de hipovolemia (hipotensão, taquicardia, aumento da frequência respiratória, tontura, fraqueza, alterações do estado mental.
- Em situações de emergência durante ou após o procedimento comunicar médico na unidade básica de saúde, na ausência do mesmo ligar para SAMU.

11. ANEXOS

Não

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01		EMISSÃO DO DOCUMENTO EM SUA PRIMEIRA VERSÃO

13. APROVAÇÃO

Versão	Data	Elaboração	Autorização
01	23/11/2023	Enfermeira Coordenadora: Alcione Correia de Lima Basetti	Secretária Municipal da Saúde: Gabriela Almeida Kucharski Diretora APS:Tatiane Veiga Rodrigues

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

Documento: 42306/2023 - POP DE SANGRIA TERAPEUTICA NA APS pdf .pdf
Data: 22/11/2023 12:51:20

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07.

Assinatura avançada realizada por: ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58.

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 22/11/2023 12:51:20. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 22/11/2023 13:15:07. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI em 22/11/2023 12:55:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 23/11/2023 09:32:16. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: ceaa41c8-f7b3-421b-ac80-35321bdaea2c

INSTRUÇÃO NORMATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
N ° 003 de 23 de fevereiro de 2023.

A Secretária Municipal da Saúde de Toledo, no uso das atribuições que lhe confere o Parágrafo I e II, do § 1º, do Art. 59º da Lei Orgânica do Município,

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar o fluxo de solicitação de lanches para treinamentos, capacitações, reuniões, seminários, encontros institucionais, dentre outras atividades promovidas pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde;

Art. 2º Todas as solicitações deverão ser encaminhadas para o Departamento de Finanças com no mínimo quinze (15) dias de antecedência, não sendo aceitos pedidos com período inferior, esta solicitação passará pela avaliação do Departamento de Finanças e Gabinete da Secretaria de Saúde podendo a mesma ser submetida a indeferimento;

Art. 3º A solicitação deverá ser realizada através de documento formal (Ofício) com as seguintes informações:

§ 1º Data e horário do evento;

§ 2º Unidade/Setor que estará realizando o evento;

§ 3º Local de entrega;

§ 4º Responsável;

§ 5º Quantidade de público esperado;

§ 6º Cronograma e justificativa do evento (breve relato);

Art. 3º As alterações no cronograma deverão ser comunicadas o mais breve possível visando os princípios da economicidade;

Art. 4° O solicitante deve comprometer-se a acondicionar adequadamente os alimentos, conforme recomendado pela Cozinha Social;

Art. 5º O solicitante deverá responsabilizar-se em devolver / solicitar o recolhimento dos utensílios/vasilhames disponibilizados pela Cozinha Social e informa-los sobre quaisquer avarias com os mesmos;

Art. 6º Disponibilização de lanches para treinamentos e/ou capacitações:

§ 1º A carga horária deverá ser igual ou maior a oito (08) horas/aula, com direito a um lanche por dia, devendo o responsável optar pelo período em que deseja;

§ 2º Deverá possuir quantitativo mínimo de 30 pessoas;

Art. 7º Para reuniões com grupos, campanhas ou eventos das Unidades Básicas serão autorizadas nas seguintes situações:

§ 1º Inauguração de grupos;

§ 2º A carga horária deverá ser igual ou maior a duas (02) horas;

§ 3º Possuir quantitativo mínimo de 20 pessoas;

§ 4º A Unidade Básica deverá optar por uma (01) campanha/evento/grupo por mês;

Art. 8º Os lanches serão disponibilizados de terça à sexta-feira em razão dos processos de produção, armazenamento e distribuição da Cozinha Social;

Art. 9º As situações que não estiverem contempladas nesta Normativa, deverão ser encaminhadas ao Diretor do Departamento responsável para análise.

Art. 10º Cada Departamento será responsável pelo monitoramento das atividades para que estejam em conformidade com os itens exigidos da Instrução Normativa;

Esta normativa não se aplica aos lanches fornecidos aos pacientes nos CAPS, considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de setembro de 2017.

Toledo, 23 de fevereiro de 2023

GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI RAVACHE
Secretária Municipal de Saúde

Assinaturas

Documento: 5848/2023 - ASSINAR instrucao normativa solicitacao de lanches para cursos.pdf
Data: 23/02/2023 17:52:38 Situação: Encaminhado para assinatura

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 23/02/2023 18:09.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/5848/2023

CAPACITAÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Coordenação do Curso: Escola de Administração Pública e Secretaria de Saúde (Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes / PAM).

1. Justificativa:

A educação continuada é componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. Sendo o capital humano o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1978 apud Oguisso, 2000), educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

2. Objetivos

2.1 Geral

A educação continuada em saúde visa a qualificação, o aperfeiçoamento do ofício e do exercício profissional com maior segurança e produtividade, por meio da aquisição de novos conceitos e da reformulação de práticas já existentes.

2.2 Específicos

- Promover oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Promover ambiente de análise e desenvolvimento de competências individuais e coletivas, incentivando as pessoas ao autodesenvolvimento e conscientizando-as da própria responsabilidade pelo crescimento;
- Capacitar, pedagogicamente, outros profissionais para difusão do conhecimento, tais como agentes multiplicadores;
- Documentar ações para subsidiar reformulação da proposta assistencial e processo de trabalho;
- Ser agente de mudanças organizacionais.

2.3 Resultados desejados

Espera-se com o curso, que haja absorção de conhecimento, que os participantes possam colocar na prática o que aprenderam, beneficiando desta forma os pacientes, a si próprios e a rotina de trabalho.

3. Público alvo:

- Equipe assistencial de enfermagem do Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes – PAM 24 Horas (Enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem)

4. Conteúdo Programático:

Módulo I: Protocolos do Núcleo de Segurança do Paciente:

- Protocolo de Identificação do Paciente;
- Protocolo de Comunicação;
- Protocolo de Prevenção de Quedas;
- Protocolo de Prevenção de Úlcera Por Pressão;
- Protocolo de Higiene das Mãos;
- Protocolo de Segurança Cirúrgica/Procedimentos;

Módulo II: Prevenção de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde:

- Precauções de Isolamento (contato, gotículas, aerossóis, reverso e coorte);
- Cultura de Vigilância para pacientes advindos de outras instituições e/ou internados;
- Adornos/ Risco Biológicos/ Roupas Privativas/ EPI's;
- NR 32
- Escala de desinfecção dos setores;

Módulo III: Rotinas de Enfermagem/CME:

- Registros, anotações e aprazamentos no prontuário;
- Protocolo interno de transferência;
- Integração entre equipes;
- Trabalho em equipe.

5. Metodologia:

A proposta do curso é trazer atualização para os profissionais de saúde do PAM tendo como base os protocolos de segurança do paciente, manuais de enfermagem e normas regulamentadoras.

O treinamento será ministrado por enfermeiras que já fazem parte do quadro de profissionais do Pronto Atendimento Municipal (PAM), sendo elas:

Jéssica Paola T. Medrado, representante do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

Josiane Monteiro Ribeiro, representante do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS);

Edina Xavier de Almeida, representante da Central de Materiais e Esterilização (CME)

Jéssica Rosin, representante da Direção de Enfermagem.

Será realizado aulas expositivas dialogadas, utilizando recursos audiovisuais, discussão de casos práticos para melhor entendimento do conteúdo apresentado. Ao final, será realizada dinâmica para integração das equipes e reforço à importância do trabalho em equipe.

6. Número de turmas e participantes:

6.1 Número de turmas

Cada módulo terá 03 turmas.

6.2 Número de participantes

25 participantes cada turma.

5. Datas e horários das capacitações:

5.2.1 Cronograma

1º MÓDULO - Protocolos de Segurança do Paciente				
DATAS	**TURMA**	**Nº VAGAS**	**HORÁRIO**	**LOCAL**
16.11.2022	1	25	08:00 às 12:00 hrs	Sala de Reuniões do PAM
17.11.2022	2	25	08:00 às 12:00 hrs	
18.11.2022	3	25	08:00 às 12:00 hrs	
2º MÓDULO – CCIH				
DATAS	**TURMA**	**Nº VAGAS**	**HORÁRIO**	**LOCAL**
22.11.2022	1	25	13:30 às 17:30 hrs	Sala de Reuniões do PAM
23.11.2022	2	25	13:30 às 17:30 hrs	
24.11.2022	3	25	13:30 às 17:30 hrs	
3º MÓDULO – Rotinas de Enfermagem				
DATAS	**TURMA**	**Nº VAGAS**	**HORÁRIO**	**LOCAL**
29.11.2022	1	25	13:30 às 17:30 hrs	Sala de Reuniões do PAM
30.11.2022	2	25	13:30 às 17:30 hrs	
01.12.2022	3	25	13:30 às 17:30 hrs	

6. Local:

Pronto Atendimento Municipal Dr Jorge Milton Nunes – PAM 24 Horas.

7. Carga horária:

Módulo I: 04 horas.

Módulo II: 04 horas.

Módulo III: 04 horas.

O certificado será emitido conforme o número de módulos realizados, possibilitando certificação ao público geral de 12 horas.

7.2 Carga horária por disciplina:

CARGA HORÁRIA TOTAL: 12 horas Conforme público-alvo de cada módulo		
	DISCIPLINA	**CARGA HORÁRIA**
1	Segurança do Paciente	04 horas
2	CCIH	04 horas
3	Rotinas de Enfermagem/CME	04 horas

8. Palestrantes/instrutores e/ou facilitadores:

	INSTRUTOR	**DISCIPLINA**	**CARGA HORÁRIA**
1	Enfº Jéssica Medrado	Segurança do Paciente	04 horas
2	Enfº Josiane Monteiro	CCIH	04 horas
3	Enfª Jéssica Rosin e Enfª Edna Xavier	Rotinas de Enfermagem/CME	04 horas

9. Orçamento

Não se aplica.

PROGRAMA DE CONTROLE DE VETORES E CONTROLE DE PRAGAS URBANAS

TOLEDO – PR
2022

PROGRAMA DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS

Responsável pela Elaboração:

Josiane Monteiro Ribeiro

Responsáveis pela Implementação:

Pronto Atendimento Municipal Dr. Jorge Milton Nunes

- Juliana Ventura Lima, Julio Cesar Fabris, Jéssica Rosin, Josiane Monteiro Ribeiro

Responsável pela Revisão e Aprovação

Juliana Ventura Lima - Diretora da Rede de Urgências e Emergências

Endereço: Rua Dr. Cyro Fernandes do Lago, 315, Vila Pioneiro

Telefone: (45) 3196-3120

3196-3121

PROGRAMA DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS

EMISSÃO: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde (SCIRAS)

REVISÃO
Josiane Monteiro Ribeiro / Coren PR 210.649

_____

APROVAÇÃO: Direção do Departamento de Urgência e Emergência
Juliana Ventura Lima.

_____

Toledo, 07 de Julho de 2022

PROGRAMA DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS

1. Objetivo

Evitar que as dependências desta instituição apresente um ambiente favorável à proliferação de pragas. E ainda garantir a eliminação de todo tipo de pragas e vetores neste ambiente.

2. Definições

Pragas Urbanas: animais que infestam ambientes urbanos podendo causar agravos à saúde.

Vetores: artrópodes ou outros invertebrados que transmitem infecções por transmissão passiva ou mecânica ou transmissão biológica.

Controle de Pragas: sistema de ações preventivas/corretivas impedindo que vetores e pragas ambientais possam gerar problemas significativos. São métodos de controle e desenvolvimento de ações que garantam resultados favoráveis de higienização.

Medidas Preventivas: Execução de boas práticas, educação permanente e treinamento, evitando infestações.

Medidas Corretivas: implementação de barreiras físicas e armadilhas complementadas pelo controle químico, realizado por empresa terceirizada.

Controle Químico: visa a eliminação de pragas a partir da utilização de praguicidas(desratização e desinsetização). Esse controle atua como coadjuvante as ações de limpeza e higiene.

Comprovante ou certificação da execução do serviço: documento obrigatório fornecido pelo prestador terceirizado que comprove o serviço realizado.

3. Procedimento

3.1 Medidas Preventivas de controle interno

A sobrevivência das pragas depende de 3 condições essenciais, água, abrigo e alimento. A regra básica é tentar impedir o acesso das pragas ao estabelecimento, considerando esses três fatores, mantendo o ambiente livre de resíduos de alimentos, não ter objetos com água parada e lixeiras sempre fechadas;

3.2 Os servidores só poderão realizar qualquer tipo de alimentação no setor designado, como o refeitório;

3.3 Está proibido realizar descarte de material orgânico fora do local designado para alimentação;

3.4 Os resíduos gerados deverão ser acondicionados em sacos impermeáveis em suas respectivas lixeiras apropriadas e com tampa, e deverão ser descartados diariamente ou quantas vezes forem necessárias durante o dia;

3.5 É necessário realizar limpeza dos recipientes destinados ao lixo, enxaguando-os e desinfetando-os;

3.6 Instalação de ralos escamoteáveis;

3.7 Instalação de telas para proteção.

4. Combate a vetores e pragas

4.1 O combate aos vetores deverá será realizado por empresa terceirizada, especializada em desratização e desinsetização. O produto utilizado pela empresa não acarretará malefício a saúde, não deixa resíduos e nem danos ao paciente;

4.2 A frequência do serviço será trimestral, conforme período estipulado pela empresa. A mesma emite certificado após cada dedetização e desratização, comprovando a realização das mesmas.

5. Monitoramento

5.1 Controle das instalações para evitar o acesso de pragas e vetores;

5.2 Controles relacionados a empresa terceirizada, quanto a periodicidade, qualidade do serviço e efetividade do mesmo.

6. Rotinas e procedimentos

GRUPO	TIPOS DE RECIPIENTES / DEPÓSITOS E QUNTIDADES	AÇÕES	FREQUÊNCIA (DIAS)
A Armazenamento de água para o consumo humano	Depósito de água elevado, ligado à rede pública.	Reservatório de água de fibra devidamente tampado, alocada sob o telhado. Realiza-se limpeza conforme orientação da RDC 63 de 25 nov. 2011	Limpeza a cada 180 dias

PROGRAMA DE CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS

B Depósitos móveis	Recipiente de degelo em geladeiras	Realizado higienização do recipiente toda semana ou sempre que houver necessidade	Semanal
C Depósitos fixos	Ralos	Realiza-se remoção dos ralos escamoteáveis para lavagem. Após higienização orienta-se a mantê-los sempre fechados.	Semanal
D Passíveis de remoção / proteção	Copo plástico, tampas de garrafas, sacolas, latas, etc. desprezados pela Comunidade em geral na área externa	Realiza-se limpeza nas áreas externas, promovendo o recolhimento de todos os resíduos, dando a eles destino final correto. Na área de grama, realizam-se verificações e recolhimento dos resíduos.	Área próxima = Diária Área de grama = 03 vezes na semana ou sempre que necessário
E Depósitos Naturais	Não possuímos		

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**
TITULO: REGISTRO E MANEJO DA TEMPERATURA DOS REFRIGERADORES / CONGELADORES	**Página:**
Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS)	**Emitido em: 11/2022**
Revisor: Direção de Enfermagem	**Revisado em: 11/2022**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 11/2022**
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiros, Direção de Enfermagem e Serviço de Controle de Infecção.
Vigência: 11/2024	**Versão:** 01

1. OBJETIVO

Garantir o controle da temperatura dos refrigeradores e/ou congeladores da unidade e orientar sobre o procedimento para registro e manejo das alterações na temperatura do refrigerador/congelador da sala de coleta e sala de enfermagem.

2. EXECUTANTE:

Equipe de Enfermagem.

3. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

- ✔ Termo higrômetro
- ✔ Planilha
- ✔ Caneta

O termo higrômetro é o instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente, seja interno (refrigeradores, congeladores, freezers), ou externo (salas, almoxarifados, farmácia).

4. PROCEDIMENTO

- ✔ Providenciar formulários de registro no primeiro dia de cada mês “M:\SAUDE\ MINI-HOSPITAL\ENFERMAGEM\FORMULÁRIOS” (vide anexo 1), para cada refrigerador destinado ao armazenamento Meio de Transporte Viral, coleta de amostra para de RT-PCR e/ou amostra sentinela de Síndrome Gripal (SG) e/ou vacinas;
- ✔ Atentar-se para alterar mês e ano corrente;

✔ Realizar leitura da temperatura máxima, mínima e do momento no horário previsto diariamente;

✔ Dirigir-se ao termo higrômetro instalado nos refrigeradores;

✔ No visor do termo higrômetro a temperatura é indicada na parte superior e a umidade na parte inferior;

✔ Pressionar o botão IN/OUT para entrar no modo IN (informações sobre o ambiente - local onde se encontra o instrumento) ou OUT (informações sobre o refrigerador – local onde está localizado o sensor na ponta do cabo);

✔ Pressionar o botão MAX/MIN, até aparecer no visor a palavra “MAX”, e registrar a temperatura máxima;

✔ Pressionar o botão MAX/MIN, até aparecer no visor a palavra “MIN”, e registrar a temperatura miníma;

✔ Pressionar o botão MAX/MIN, até aparecer a terceira temperatura após máxima e mínima, e registrar a temperatura do momento;

✔ Anotar no formulário específico o registro de temperatura, na data correspondente ao dia, o período da leitura, que aparece no visor frontal do instrumento;

✔ Certificar-se que a temperatura mínima e máxima esteja entre 2ºC e 8ºC no interior do refrigerador e que a mínima esteja em pelo menos -6ºC no interior do congelador, conforme orientação do fabricante do eletrodoméstico, possibilitando o congelamento da amostra de RT-PCR e/ou amostra para Sentinela de Síndrome Gripal, caso não estejam dentro desses limites adote as medidas descritas no tópico 4.1 do presente documento;

✔ Ao término das leituras, *reset* o aparelho apertando o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. Nesse momento, a temperatura relativa máxima e mínima se igualam. Somente após o *reset* é possível rastrear e controlar as flutuações de temperatura e umidade de forma eficiente.

4.1 Ações em caso de temperatura fora dos limites determinados

✔ Verificar se a tomada do refrigerador está corretamente ligada, caso o aparelho esteja desligado, ligue o mesmo e registre o ocorrido no campo de observações do formulário de registro de temperatura;

✔ Caso o aparelho esteja ligado e sem relato de queda de energia no período, comunicar o servidor Marcos do administrativo para que o mesmo realize a abertura do chamado para manutenção do equipamento;

✔ Realizar o transporte dos meios de transporte viral e/ou amostra de RT-PCR / amostra sentinela de SG em caixa térmica devidamente ambientada, conforme descrito em Procedimento Operacional Padrão da sala de coleta, para o outro refrigerador/congelador com temperatura adequada até resolução do problema;

✔ Registrar a ocorrência no campo observação do formulário;

✔ Resetar as temperaturas máxima, mínima e do momento do termo higrômetro e aguardar a temperatura estabilizar dentro da faixa de normalidade.

ANEXO I

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ
					CONTROLE DE TEMPERATURA DA SALA DE ???																															
					MES: NOVEMBRO ANO: 2022																															
ITEM	DATA				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	Registrar a Temperatura do Refrigerador (máx, min e momento)		MANHÃ	MÁXIMA																															
				MINÍMA																															
				MOMENTO																															
			TARDE	MÁXIMA																															
				MINÍMA																															
				MOMENTO																															
			NOITE	MÁXIMA																															
				MINÍMA																															
				MOMENTO																															
2	Enfermeiro Responsável Pelo Setor																																		
Valor de referência:																																			
A temperatura do refrigerador deve ser mantida entre +2 e +8 °C. Qualquer registro acima ou abaixo da faixa aceitável deverá ser comunicado imediatamente à Direção de Enfermagem e SCIRAS. Na impossibilidade de comunicar estes, deverá ser comunicado à V																																			
Municipal, através dos números: (45) 9147 0193 (número do plantão) ou (45) 3378 8387 (horário comercial).																																			
OBSERVAÇÕES																																			

Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência a Saúde	**Revisão:** Direção de enfermagem	**Aprovação:** Direção do Departamento de Urgência e Emergência

Ofício nº 21/2024 – DptoSM Toledo, 01 de abril de 2024

A Senhora

Tatiani Finkler Guzzo
Diretor do Departamento de Gestão
Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/PR

Assunto: Acesso ao prontuário eletrônico

Considerando que, enquanto Atenção Especializada em Saúde Mental, existe desde 1996 no Município de Toledo, o Departamento de Saúde Mental, que atualmente, é composto pelos serviços: Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (transtornos mentais severos e persistentes), CAPS AD (Álcool e Drogas) e CAPS i (Infanto-juvenil);

Considerando que nos CAPS, possuímos como parte integrante da equipe multidisciplinar, a equipe de Enfermagem, as quais são compostas por 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) técnicos em enfermagem em cada serviço, sendo distribuídos de forma a atuarem um enfermeiro e um técnico por turno para maior cobertura possível das demandas de saúde mental e clínica dos pacientes psiquiátricos. Totalizam por tanto, 6 (seis) técnicos em enfermagem atuantes nesses serviços;

Considerando a RESOLUÇÃO COFEN Nº 0678/2021 (Alterado pela decisão COFEN Nº 13/2022) Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica, que prevê que o Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta para planejar estratégias de intervenção para o usuário em situação de vulnerabilidade, considerando os recursos disponíveis da equipe, do território a que pertence e as necessidades do usuário, baseados nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. ***Deve ser elaborado com base na singularidade do sujeito de forma interdisciplinar num processo coletivo envolvendo toda a equipe do serviço, o próprio usuário e sua família;***

Inserido por LEILA DE FATIMA MACHADO em: 01/04/2024 16:36:06. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: LEILA DE FATIMA MACHADO em 01/04/2024 16:36:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 4610d72d-9201-4b4c-ad5e-b9636cffc67d

Considerando que os Planos Terapêuticos dos pacientes dos CAPS, atualmente estão registrados em consultas de profissionais de nível superior, contudo é uma ferramenta de trabalho interdisciplinar;

Considerando que os técnicos de enfermagem dos CAPS também participam de outras ações intra e intersetoriais, como discussões de casos com a rede de Atenção Primária em Saúde, Urgência e Emergência, e também rede de Assistência Social, Educação, etc, e apoio nas ações de matriciamento com as UBS;

Considerando o protocolo n. 55573/2023 de 16/11/2023 (em anexo) realizado pela servidora Técnica em Enfermagem do CAPS II, a qual solicita parecer sobre cancelamento de seu acesso as informações do prontuário eletrônico;

Considerando a NOTIFICAÇÃO PESSOA JURÍDICA N° 41. 9874950. 52. 2024.174.2024 do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR), ao CAPS II, que no campo *"4. Observações pertinentes"*, o fiscal do COREN-PR orienta a necessidade de acesso ao prontuário eletrônico pelos técnicos de enfermagem do serviço (em anexo).

Solicito seja autorizado o acesso ao prontuário eletrônico do SIGSAÚDE MV aos técnicos de enfermagem dos CAPS.

Desde já agradecemos sua atenção e fico à disposição para qualquer esclarecimento.

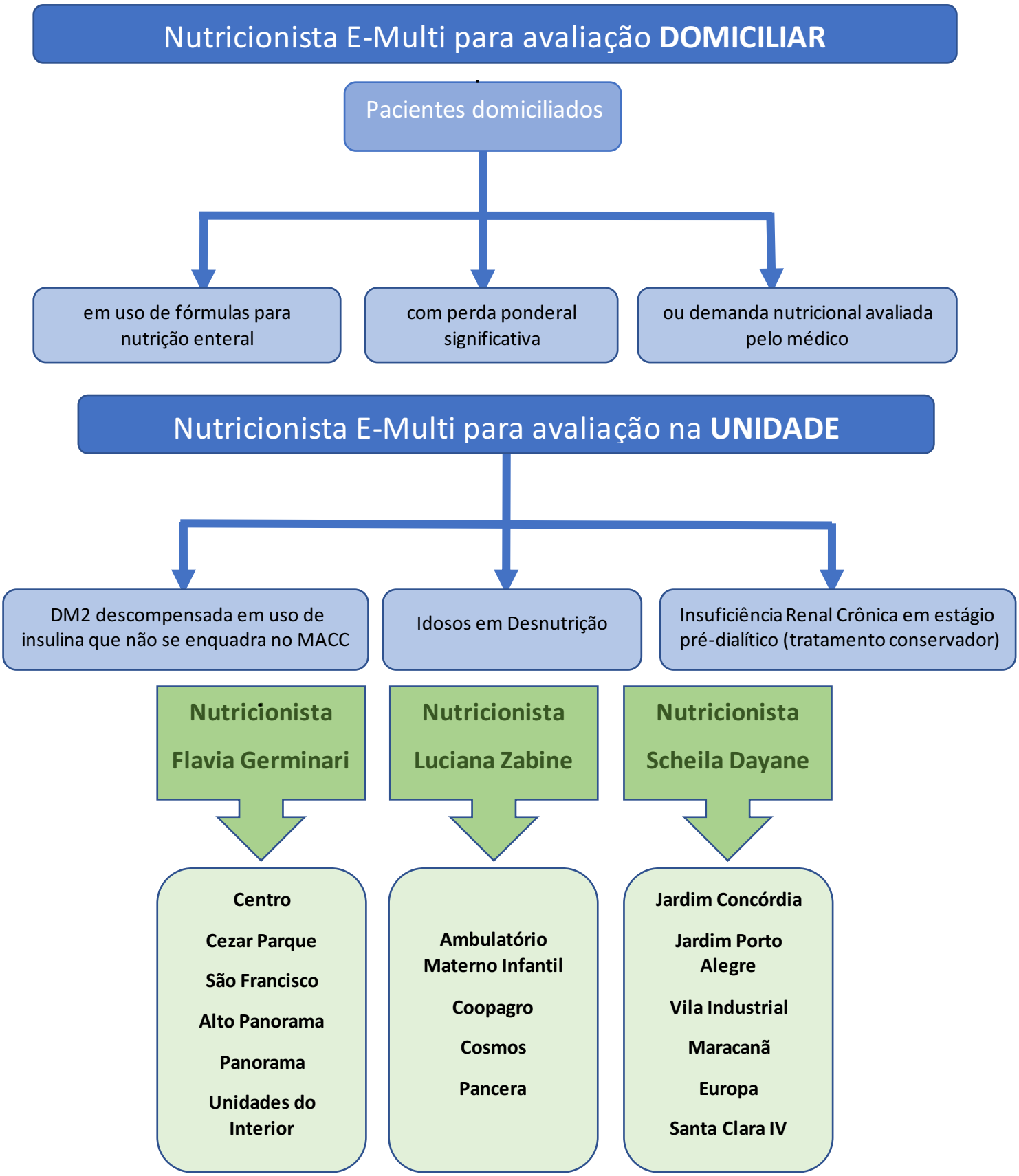
Atenciosamente,

(assinado digitalmente)
LEILA DE FÁTIMA MACHADO
Direção da Rede de Atenção à Saúde Mental
Port. 369 de 06/07/2022

Inserido por LEILA DE FATIMA MACHADO em: 01/04/2024 16:36:06. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: LEILA DE FATIMA MACHADO em 01/04/2024 16:36:44. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 4610d72d-9201-4b4c-ad5e-b9636cffc67d

Encaminhamentos para Nutrição

CBO I4221 –EQUIPE MULTI - NUTRICIONISTA



Se surgirem demandas específicas para nutrição que não estejam nos critérios, discutir o caso com o nutricionista de referência.

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

NOTA TÉCNICA Nº 16/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se da Nota Técnica nº 06/2024/CGSPD/DAET/SAES/MS que traz informações quanto aos critérios para habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas, pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV.

2. INTRODUÇÃO

2.1. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XIII, tem por objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

2.2. A RCPD foi instituída em 2012 e reformulada em 2023, e tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência sendo organizada com os componentes da Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, articulados em Redes de Atenção à Saúde de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI).

2.3. Diante o exposto, esta nota técnica tem por objetivo estabelecer critérios técnicos e requisitos para solicitação de habilitação dos CER e Oficinas Ortopédicas, bem como, nortear a implementação e implantação de serviços de reabilitação no âmbito da RCPD.

3. INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA OS COMPONENTES DA RCPD

3.1. Os valores de custeio mensal para os CER e Oficinas Ortopédicas, conforme dispositivos da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV, estão descritos no quadro 01:

Quadro 01 - Valor mensal de custeio transferidos ao Teto MAC:

COMPONENTE	VALOR MENSAL
CER II	R$ 189.000,00
CER III	R$ 270.000,00
CER IV	R$ 430.000,00
Oficina Ortopédica Fixa	R$ 73.000,00
Oficina Ortopédica Itinerante	R$ 24.000,00

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023

4. CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER)

4.1. O CER é um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. Os atendimentos ofertados no CER ocorrerão de forma articulada e compartilhada com os outros pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, o plano terapêutico individualizado do paciente, elaborado por meio de equipe multiprofissional, o usuário e sua família, quando couber, com base na avaliação biopsicossocial.

4.2. O CER poderá ser organizado com composição de duas, três ou quatro modalidades de reabilitação e os cuidados em saúde deverão refletir as modalidades de reabilitação habilitadas pelo MS conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV.

4.3. **EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

4.4. As categorias de profissionais e cargas horárias indicadas nos quadros abaixo compõem a equipe mínima preconizada para cada tipologia de CER, conforme Quadro 02 e 03:

Quadro 02: Composição da Equipe Multidisciplinar por Categoria Profissional e Carga Horária Mínima Semanal *

EQUIPE POR CATEGORIA PROFISSIONAL E CARGA HORÁRIA MÍNIMA SEMANAL(*)													
TIPOLOGIA	MODALIDADE	FISIOTERAPEUTA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	FONOAUDIÓLO	PSICOLÓGO	PEDEDAGOGO	ASSISTENTE SOCIAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	RESPONSÁVEL TÉCNICO	ELETIVO 1	ELETIVO 2	Carga horária total
CER II	Auditiva e Física	120	60	160	40	0	40	40	40	40	-	40	560
CER II	Auditiva e Intelectual	30	60	160	120	0	40	20	40	40	-	40	550
CER II	Auditiva e Visual	30	30	160	80	40	40	20	40	40	40	40	560
CER II	Física e Intelectual	120	60	80	120	0	40	20	40	40	-	40	560
CER II	Física e Visual	120	60	80	80	40	40	20	40	40	-	40	560
CER II	Intelectual e Visual	30	60	80	120	40	40	20	40	40	40	40	560
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	120	60	160	160	0	80	40	60	40	80	40	840
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	60	60	160	160	40	80	40	60	40	80	40	840
CER III	Auditiva Física e Visual	120	60	160	120	40	80	40	60	40	80	40	840
CER III	Física, Intelectual e Visual	120	120	120	160	40	80	40	60	40	40	40	860
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	240	120	240	240	40	120	40	80	40	80	80	1320

(*) Os quantitativos de profissionais para o alcance das cargas horárias semanais preconizadas no quadro acima são de autonomia e responsabilidades do gestor local, respeitando as legislações próprias e regulamentações cabíveis a cada categoria profissional.

4.5. A categoria Eletivo 1 e Eletivo 2 de profissionais indicada no quadro acima deverá compor a carga horária mínima obrigatória para o CER. Caberá aos gestores locais de saúde, a indicação das categorias profissionais com base nas necessidades dos serviços e dos seus respectivos territórios. O quadro abaixo demonstra as opções de categorias profissionais por grupo de profissionais eletivos:

Quadro 03 – Grupos de profissionais de saúde eletivos

PROFISSIONAIS ELETIVOS DO GRUPO 1	PROFISSIONAIS ELETIVOS DO GRUPO 2
Assistente Social	Arteterapeuta
Enfermeiro	Massoterapeuta
Fisioterapeuta	Musicoterapeuta
Fonoaudiólogo	Nutricionista
Nutricionista	Ortoptista
Pedagogo	Profissional de Educação Física
Profissional de Educação Física	Protético ocular
Psicológo	Psicomotricista
Sanitarista	Psicopedagogo
Terapeuta Ocupacional	Técnico de Enfermagem

-	Técnico de Orientação e Mobilidade
-	Técnico Oftálmico

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

Quadro 04: Composição da Equipe Médica por Especialidades e Carga Horária Mínima Semanal *

EQUIPE MÉDICA POR ESPECIALIDADE E CARGA HORÁRIAS MÍNIMAS SEMANAIS POR MODALIDADE DE REABILITAÇÃO*						
TIPO	**MODALIDADE**	**Otorrinolaringologista**	**Oftalmologista**	**Ortopedista ou Fisiatra**	**Neurologista ou Psiquiatra**	**TOTAL**
CER II	Auditiva e Física	20	0	20	0	40
CER II	Auditiva e Intelectual	20	0	0	20	40
CER II	Auditiva e Visual	20	20	0	0	40
CER II	Física e Intelectual	0	0	20	20	40
CER II	Física e Visual	0	20	20	0	40
CER II	Intelectual e Visual	0	20	0	20	40
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	20	0	20	20	60
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	20	20	0	20	60
CER III	Auditiva Física e Visual	20	20	20	0	60
CER III	Física, Intelectual e Visual	0	20	20	20	60
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	20	20	20	20	80

(*) Os quantitativos de profissionais para o alcance das cargas horárias semanais preconizadas no quadro acima são de autonomia e responsabilidades do gestor local, respeitando as legislações próprias e regulamentações cabíveis a cada categoria profissional.

4.6. Os serviços habilitados como CER que prestam cuidados em estomias deverão compor suas equipes multiprofissionais acrescidas do profissional nutricionista, médico clínico ou urologista ou proctologista ou gastroenterologista. O serviço de atenção às pessoas estomizadas prestará assistência especializada de natureza multiprofissional e interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. O serviço deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de reabilitação física, conforme estabelece a Portaria SAS/MS nº 400 de 16/11/2009.

4.7. **QUANTITATIVO DE USUÁRIOS/MÊS ATENDIDOS**

4.8. A média do número de usuários atendidos deve considerar o recomendado para cada modalidade de reabilitação e considerar os usuários que estão em processo de avaliação e reabilitação, devidamente registrados nos sistemas locais de informação. Além disso, devem seguir os fluxos de acesso e regulação pactuados pela gestão local. Para cada modalidade de reabilitação, o serviço de saúde deverá atender no mínimo os quantitativos registrados abaixo:

Quadro 05: Usuários atendidos por modalidade

Reabilitação Auditiva	Reabilitação Física	Reabilitação Intelectual	Reabilitação Visual
150 usuários/mês	200 usuários/mês	200 usuários/mês	150 usuários/mês

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

4.9. **PRODUTIVIDADE MÍNIMA POR TIPOLOGIA**

4.10. As informações relativas aos procedimentos ambulatoriais devem ser registradas regularmente e mensalmente nas bases nacionais e oficiais do SUS (sistema SIA/SUS) nas modalidades às quais o serviço de reabilitação foi habilitado a realizar, observando a produtividade mínima do quadro 06 e o rol de procedimentos à serem monitorados pelo Ministério da Saúde, conforme estabelece a Nota Técnica 15/CGSPD/DAET/SAES/MS (0039089574).

Quadro 06: Produtividade mínima por tipologia

Tipo de CER	Produção da Equipe Multiprofissional (Exceto Médico)	Produção da Equipe Médica	Produção SIA/SUS Mínima (Mensal)
CER II	2150	256	2409
CER III	3379	384	3763
CER IV	5683	512	6195

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

5. CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS

5.1. A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço que visa promover o acesso às Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

5.2. As OPMs, dispositivos e Tecnologia Assistiva dispensadas pela Oficina Ortopédica devem ser criteriosamente escolhidas, bem adaptadas e adequadas ao ambiente físico e social, garantindo o seu uso seguro e eficiente. Sua indicação deve ser parte de um PTS, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência nos diferentes aspectos da vida.

5.3. Conforme estabelece a Subseção IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI, a Oficina Ortopédica poderá ser organizada da seguinte forma:

I - Oficina Ortopédica Fixa;

II - Oficina Ortopédica Itinerante.

5.4. As Oficinas Itinerantes poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados, equipados para confecção, adaptação, manutenção e dispensação de órteses e próteses.

5.5. Além disso, a Oficina Ortopédica poderá constituir rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação, bem como ser polo de formação, qualificação e educação permanente, considerando as pactuações locais de cada território.

5.6. **EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

5.7. As categorias de profissionais e carga horária indicadas nos quadros abaixo compõem a equipe mínima preconizada para as Oficinas Ortopédicas, conforme Quadro 07:

Quadro 07: Composição da Equipe Médica por Especialidades e Carga Horária Mínima Semanal *

EQUIPE POR CATEGORIA PROFISSIONAL E CARGA HORÁRIA MÍNIMA SEMANAL		
Categoria	**Carga horária semanal mínima (horas)**	
	Fixa	**Itinerante**
Responsável técnico	40	30
Técnico Ortopédico (ortesista e/ou protesista e para itinerante considerar e/ou sapateiro)	120	40
Sapateiro Ortopédico ou Costureiro de Calçados à Máquina; Operador de máquinas-ferramenta; Operador de usinagem convencional por abrasão**	80	-
Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	60	30

**Costureiro de Calçados à Máquina (CBO - 7642-05); Costureiro de roupas de couro e pele, a máquina na confecção em série (CBO - 7632-05); Operador de máquinas-ferramenta (CBO - 7212-15); Operador de usinagem convencional por abrasão (CBO - 7212-20)

6. ESTRUTURA FÍSICA E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS

6.1. A estrutura física para habilitação de CER e Oficinas Ortopédicas seguirão as normas técnicas com base nas diretrizes das conforme estabelece a

Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV, considerando as tipologias de serviço e áreas especializadas por modalidade de reabilitação. Além disso, os equipamentos e materiais permanentes elencados como obrigatórios devem estar em conformidade com os itens disponíveis na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes – RENEM por meio do link: https://consultafns.saude.gov.br/#/equipamento/ambiente

6.2. Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nessas tabelas constantes na Anexo CIV da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações; NBR 9050:2020 Versão Corrigida 2021 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos e suas atualizações; NBR 16537:2024 - Acessibilidade-Sinalização tátil no piso - Diretrizes para elaboração de projetos e instalação e suas atualizações; NBR 16651:2019 - Proteção contra incêndios em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) e suas atualizações.

7. **DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS□ PARA CER**

a)Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF;

b)Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da RCPD sobre a solicitação desta habilitação;

c) Cópia digitalizada do Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária, com validade vigente;

d)Termo de compromisso de regulação dos atendimentos a serem realizados no serviço habilitado pelo MS assinado pelo gestor local, e nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

e)Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), com validade vigente;

f) Declaração de Acessibilidade emitida por Responsável Técnico com RRT (Registro de Responsabilidade Técnica) ou ART (Anotação de Responsabilidade Técnica);

g)Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

h)Termo de anuência pactuado com os setores locais da proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, contendo ações desenvolvidas ou a desenvolver junto ao setor saúde visando a implementação de ações para expandir o alcance do cuidado, promover a inclusão e aprimorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, com assinatura de todos os gestores, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

i) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 6 de outubro de 2017, Seção IV, Artigos 303 e 304, que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

j) Cópia do documento comprobatório de Capacitação em Orientação e Mobilidades do (s) profissional (is) de nível superior (Documento Obrigatório apenas para os serviços com a modalidade de Reabilitação Visual);

k) Relatório de vistoria do Grupo Condutor da RCPD para habilitação, conforme modelo disponibilizado pela área técnica. Exepcionalmente nos casos em que não esteja instituído o Grupo Condutor, o relatório de vistória deverá ser realizada por representante da gestão local de saúde;

l) Para estabelecimentos classificados no CNES como Tipo de Estabelecimento Hospital Geral e Policlínica, deve ser informado a Composição e carga horária especificamente da Equipe de Reabilitação, que deve ser preenchido conforme modelo disponibilizado pela área técnica. Demais tipos de estabelecimento, a composição deverá ser informada unicamente no CNES não sendo necessário o envio de documento extra;

m) Arquivo com no mínimo 05 imagens do estabelecimento de saúde, considerando, prioritariamente imagens da fachada, consultório de atendimento, banheiros adaptados, sala de atividade de vida diária e salas de atendimento;

n)Nos casos que o serviço apresentar pendência deverá ser enviada declaração de Regularização assinada pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço indicando o prazo para adequação das pendências listadas (Prazo Máximo aceito: 90 dias a contar da data de publicação da Portaria de Habilitação).

8. **DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA OFICINAS ORTOPÉDICAS FIXAS**

a)Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF;

b)Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da RCPD sobre a solicitação desta habilitação;

c) Cópia digitalizada do Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária, com validade vigente;

d)Termo de compromisso de regulação dos atendimentos a serem realizados no serviço habilitado pelo MS assinado pelo gestor local, e nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

e)Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), com validade vigente;

f) Declaração de Acessibilidade emitida por Responsável Técnico com RRT (Registro de Responsabilidade Técnica) ou ART (Anotação de Responsabilidade Técnica);

g)Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

h)Termo de anuência pactuado com os setores locais da proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, contendo ações desenvolvidas ou a desenvolver junto ao setor saúde visando a implementação de ações para expandir o alcance do cuidado, promover a inclusão e aprimorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, com assinatura de todos os gestores, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

i) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 6 de outubro de 2017, Seção IV, Artigos 303 e 304, que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

j) Relatório de vistoria do Grupo Condutor da RCPD para habilitação, conforme modelo disponibilizado pela área técnica. Exepcionalmente nos casos em que não esteja instituído o Grupo Condutor, o relatório de vistória deverá ser realizada por

representante da gestão local de saúde;

k) Planilha com a composição de equipe mínima de profissionais da Oficina Ortopédica, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

l) Arquivo com no mínimo 05 imagens do estabelecimento de saúde, considerando, prioritariamente imagens da fachada, sala de provas, sala de máquinas e banheiros adaptados;

m) Nos casos que o serviço apresentar pendência deverá ser enviada declaração de Regularização assinada pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço indicando o prazo para adequação das pendências listadas (Prazo Máximo aceito: 90 dias a contar da data de publicação da Portaria de Habilitação).

9. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA OFICINAS ORTOPÉDICAS ITINERANTES

a) Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF;

b) Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da RCPD sobre a solicitação desta habilitação;

c) Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

d) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 6 de outubro de 2017, Seção IV, Artigos 303 e 304, que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde), conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

e) Planilha com a composição de equipe mínima de profissionais da Oficina Ortopédica, conforme modelo disponibilizado pela área técnica;

f) Cópia digitalizada do Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV) obrigatoriamente em nome do estado ou município ou do estabelecimento, em caso de entidades sem fins lucrativos;

g) Cópia digitalizada da apólice do seguro veicular ou documento assinado pelo gestor ou responsável pela entidade sem fins lucrativos, declarando o seguro do veículo e a data final de vigência;

h) Declaração do gestor ou responsável pela entidade sem fins lucrativos, informando o(a)s condutor(a)s habilitado(a)s, anexando suas respectivas Carteiras Nacionais de Habilitação (CNH), devendo ser indicado ao menos um motorista para para a condução da Oficina Ortopédica Itinerante, com respectivo cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

i) Documento que comprove a revisão e manutenção preventiva do veículo, de acordo com seu manual de fábrica, no caso de veículos já em atividade;

j) Nos casos que o serviço apresentar pendência deverá ser enviada declaração de Regularização assinada pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço indicando o prazo para adequação das pendências listadas (Prazo Máximo aceito: 90 dias a contar da data de publicação da Portaria de Habilitação).

10. CONCLUSÃO

10.1. Cabe salientar que as propostas para solicitação de novas habilitações ou ampliações de porte deverão ser cadastrada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS.

10.2. Caberá às secretarias estaduais e municipais a regulação do acesso aos serviços da RCPD, sob sua gestão, por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF).

10.3. Por fim, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência se coloca à disposição para apoio e demais esclarecimentos que se fizerem necessários pelo e-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br ou pelo telefone (61) 3315-6238.

ARTHUR MEDEIROS
Coordenador-Geral
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD/DAET/SAES/MS

SUZANA RIBEIRO
Diretora
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS

ANEXO I – ESTRUTURA FÍSICA PARA O CER

ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Consultório Diferenciado - Otorrinolaringologia	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador	Cadeira Otorrinológica, Fotóforo (foco frontal), Otoscópio, Oxímetro de pulso, Lanterna clínica, Laringoscópio adulto e infantil, Vídeo Laringoscópio, Autoclave, Esfigmomanômetro Adulto, Infantil e para Obeso
Sala de atendimento individualizado - Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador e poltrona hospitalar	Audiômetro, Imitanciômetro, Decibelímetro, Otoscópio, Sistema de Campo Livre, Cabine Audiométrica (A cabine acústica deve ser acessível, para acesso de cadeirante NBR 9050).
Sala de atendimento individualizado - Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador	Audiômetro, Cabine Audiométrica, Sistema de Campo Livre, Ganho de Inserção, Aparelho de interface para regulagem de Amplificação Sonora Individual - AASI (Programador de aparelho auditivo) (não consta no SIGEM)
Sala para Exame complementar - Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico PEATE/BERA - EOA (Emissões Otoacústicas)	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador	BERA/PEATE - Sistema de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico e Emissões Otoacústicas
ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO FÍSICA		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Consultório Diferenciado – Fisiatria ou Ortopedia	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e	Adipômetro, Baropodômetro, Cronômetro, Dinamômetro, Eletromiógrafo, Eletroneuromiógrafo, Esfigmomanômetro Adulto, Estadiômetro, Fotóforo, Lanterna Clínica, Martelo de Reflexo, Mesa de Exames, Negatoscópio e Podoscópio

	Ventilador	
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia - Ginásio	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Mesa para consultório, Poltrona Hospitalar, Mesa para computador e Ventilador	Espaldar em Madeira (Barra/ Escada de Ling), Andador (infantil e adulto), Barras Paralelas para Fisioterapia, Escada Linear para Marcha, Tablado para Fisioterapia, Tábua de Propriocepção, Rampa para alongamento, Mocho, Balancim Proprioceptivo, Rampa com degraus, Gangorra de Equilíbrio, Bicicleta ergométrica vertical, Cama Elástica Proprioceptiva, Cicloergômetro, Escada em L com Rampa, Esteira Ergométrica, Mesa ortostática, Máquina para Produzir Gelo, Muleta canadenses reguláveis, Muletas axilares em alumínio com regulagem de altura, cadeira de rodas adulto, infantil e obeso, Eretor Plataforma e Mesa Ortostática
Box de terapias	Ar Condicionado, armário, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, Mesa de exames, mesa auxiliar,	Aparelho de Corrente Interferencial, Aspirador de Secreções Elétrico Móvel, Carro Maca Simples, Elevador para Transposição de Leito, Reanimador Pulmonar Manual Adulto (Ambu), Laser para Fisioterapia, Estimulador Transcutâneo FES, Estimulador Transcutâneo TENS, Ultrassom para Fisioterapia, Estimulador neuromuscular, Manovacuômetro, Ventilômetro/ Respirômetro, Panela elétrica para confecção de órteses, Soprador Térmico, BIPAP e CPAP
ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Consultório Diferenciado - Neurologia	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Poltrona Hospitalar, Mesa para computador e Ventilador	Martelo de Reflexo, Mesa de Exames, Eletroencefalógrafo, Negatoscópio, Espelho com rodízio, Mocho e Divã
ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO VISUAL		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Consultório Diferenciado - Oftalmologia	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Poltrona Hospitalar, Mesa para computador e Ventilador	Lâmpada de Fenda, Tonômetro, Oftalmoscópio, Oftalmoscópio Binocular Indireto , Refrator de Greens (Refrator), Coluna Oftalmológica, Cadeira Oftalmológica, Lensômetro, Retinoscópio, Lanterna Clínica, Campímetro, Foco Refletor Ambulatorial, Fotóforo - Foco de Luz de Cabeça, Lanterna Clínica, Ceratômetro, Projetor Oftalmológico,
Consultório Indiferenciado – Sala de Orientação de Mobilidade	Ar Condicionado, armário, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, Estante, Mesa auxiliar	Bengala articulada, Espaldar em Madeira (Barra/ Escada de Ling), Gangorra de Equilíbrio, Balancim Proprioceptivo, Barras Paralelas para Fisioterapia, Escada Linear para Marcha (sem rampa), Rampa com Degraus, Tábua de Propriocepção e Mocho
Consultório Indiferenciado – Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Poltrona Hospitalar, Mesa para computador e Ventilador	Tablet, Lousa interativa, lupas de apoio e manuais, bengala articulada
Sala de atendimento individualizado – Laboratório de Prótese Ocular (OPCIONAL)	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Poltrona Hospitalar, Mesa para computador e Ventilador	Foco Refletor Ambulatorial, Fotóforo - Foco de Luz de Cabeça e Lanterna Clínica
ÁREA COMUM DE HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Consultório Indiferenciado - Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador	Balança Antropométrica Adulto, Infantil e Obeso, Cadeira de rodas, Carro maca simples, Escada com 2 degraus, Estetoscópio (Infantil e Adulto), Esfigmomanômetro (infantil, adulto), lanterna clínica, Termômetro, Oxímetro, Aspirador de Secreções Elétrico Móvel, Nebulizador Portátil, Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu) e Reanimador Pulmonar Manual Aduto (Ambu)
Área de prescrição médica - Átrio com bancada de trabalho coletiva	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e ventilador	Negatoscópio
Consultório Indiferenciado - Sala de atendimento terapêutico em GRUPO INFANTIL	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Mesa para consultório, Mesa para computador, Carro para Transporte de Materiais (diversos)	Andador, Eretor Plataforma, Cadeira de rodas, Lousa Interativa, Tablado para Fisioterapia e Tablet
Consultório Indiferenciado - Sala de atendimento terapêutico em GRUPO ADULTO	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador e poltrona hospitalar	Andador, Cadeira de rodas, Lousa Interativa, Tablado para Fisioterapia e Tablet
Consultório Indiferenciado - Sala de atendimento terapêutico INFANTIL	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador e poltrona hospitalar	Eretor Plataforma, Tablado para Fisioterapia e Tablet
Consultório Indiferenciado - Sala de atendimento terapêutico ADULTO	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador e poltrona hospitalar	Tablado para Fisioterapia, Tablet e lanterna clínica
Consultório Indiferenciado - Sala de Estimulação Precoce	Ar Condicionado, armário, Armário vitrine, arquivo, balde a pedal, banqueta, biombo, cadeira, computador (Desktop-Básico), Estante, Impressora, Mesa para consultório, Mesa para computador e Ventilador e poltrona hospitalar	Mesa para atividades (infantil), Tablet e Tablado para Fisioterapia
Consultório Indiferenciado - Sala de Atividade de Vida Diária - AVD	Mesa com cadeiras, fogão/cooktop, geladeira/refrigerador, armário, cama, aparelho de som, televisor	-
Banheiro individual ACESSIVEL (Banheiro da sala de AVD)	Balde a pedal	-
Sala de reunião	Mesa com cadeiras, armário, televisão, aparelho de som, Computadores (Desktop-Básico/ Notebook), impressora,	Negatoscópio, lousa interativa,
PARA TODOS OS CER II - ÁREA COMUM DE APOIO, AMBIENTES ADMINISTRATIVO, LOGISTICO E TÉCNICO		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Banheiro individual ACESSÍVEL (Feminino e Masculino) Sala de banho	Balde a pedal	-
Sanitários Independentes ACESSÍVEIS (Feminino e	Balde a pedal	-

Masculino)		
Copa Pacientes	armário, fogão/cooktop, geladeira/refrigerador,	-
Fraldário Infantil	Carro maca simples	-
Fraldário Adulto	Carro maca simples	-
Sala de espera/recepção	Balcão de atendimento, Longarinas, Bebedouro/ Purificador Refrigerado, cadeiras, armário, telefone, televisão, aparelho de som, Computadores (Desktop-Básico/ Notebook), impressora, arquivos	Cadeiras de rodas (pediátrica, adultos e para obeso), bebedouro
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	Carro maca simples	-
Banheiro/Vestiário para funcionários (Feminino e Masculino)	Balde a pedal	-
Banheiro/Vestiário ACESSÍVEL para funcionários (Feminino e Masculino)	Balde a pedal	-
Almoxarifado	Armário. Arquivo, estante	-
Sala de arquivo	Armário. Arquivo, estante	-
Sala Administrativa	mesa com cadeiras, armário, Computadores (Desktop-Básico/ Notebook), impressora, arquivos, telefone.	-
DML - Depósito de Material de Limpeza	-	-
Copa/ refeitório de funcionários	Geladeira, mesa, cadeiras	-
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	-	-
ÁREA COMUM EXTERNA		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Área de convivência externa	Cadeiras, longarinas, Bebedouro	-
Área Coberta - para embarque e desembarque de veículo adaptado e/ou ambulância	-	-
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa	-	-
Abrigo externo de resíduos sólidos	-	-
Estacionamento	-	-

ANEXO II – OFICINAS ORTOPÉDICAS FIXAS

OFICINA ORTOPÉDICA FIXAS		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
LABORATÓRIO		
Sala de Atendimento Individualizado - Sala de Tomada de Moldes	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Biombo, Cadeira, Carro Maca Simples, Computador, Estante, Mesa para computador, Mesa para consultório, No-Break	Mocho, Pedígrafo, Podoscópio, Escada com 2 Degraus ,
Sala de Atendimento Individualizado - Sala de Provas	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Biombo, Cadeira, Carro Maca Simples, Computador, Estante, Mesa para computador, Mesa para consultório, No-Break	Mocho, Escada com 2 Degraus, Escada em L com Rampa, Barras Paralelas
Seção de Gesso	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta	Bancada para Oficina Ortopédica
Seção de Adaptações	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta	Bancada para Oficina Ortopédica, Furadeira Manual Industrial 1/2", Graminho Traçador, Morsa de Bancada, Parafusadeira Pneumática Manual, Serra Tico-Tico
Seção de Termo moldagem	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta	Bancada para Oficina Ortopédica, Forno Ortopédico de Infravermelho, Máquina de Sucção para Termomoldagem em Ortopedia Técnica
Seção de Montagem de Prótese	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta, cadeira, estante, Armário com Aspiração de Segurança	Bomba à Vácuo, Compressor de Ar, Esmerilhadeira, Exaustor de Ar Industrial, Fresadora Ortopédica,Furadeira Elétrica de Bancada, Máquina de Sucção para Laminação, Martelete Pneumático, Morsa para Furadeira de Bancada, Panela Elétrica para Confecção de Órteses, Serra para Gesso
Seção de Montagem de Órtese	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta, cadeira, estante, Armário com Aspiração de Segurança	Bancada para Oficina Ortopédica, Exaustor de Ar Industrial, Torno Universal
Seção de Adaptação e Manutenção de cadeira de rodas, de solda e trabalho com metais	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta, cadeira, estante, Armário com Aspiração de Segurança	Bancada para Oficina Ortopédica, Dobradeira de Tubos, Exaustor de Ar Industrial, Máquina de Solda MIG MAG, Serra de Fita
Seção de Selaria, Tapeçaria, Costura e acabamento	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta, cadeira, estante, Armário com Aspiração de Segurança	Bancada para Oficina Ortopédica, Compressor de Ar, Exaustor de Ar Industrial, Máquina Chanfradeira, Máquina de Costura de Coluna, Máquina de Costura Industrial, Soprador Térmico
Seção de Sapataria	Ar Condicionado, Armário, Balde a pedal,Banqueta, Estante, Bebedouro/Purificador Refrigerado, banqueta, cadeira, estante, Armário com Aspiração de Segurança	Bancada para Oficina Ortopédica, Compressor de Ar, Exaustor de Ar Industrial
Sala de Máquinas		Exaustor de Ar Industrial, Lixadeira Dupla, Moto Esmeril, Politriz
Almoxarifado	Armário. Arquivo, estante	
Área para guarda de produto acabado (Área para guarda de macas e cadeira de rodas)	Carro maca simples	cadeira de rodas
AMBIENTES ADMINISTRATIVO, LOGISTICO E TÉCNICO		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Sala de espera/recepção	Balcão de atendimento, Longarinas, Bebedouro/ Purificador Refrigerado, cadeiras, armário, telefone, televisão, aparelho de som, Computadores (Desktop-Básico/ Notebook), impressora, arquivos	
Sala administrativa	mesa com cadeiras, armário, Computadores (Desktop-Básico/ Notebook), impressora, arquivos, telefone.	
Sanitários Independentes ACESSÍVEIS (Feminino e Masculino)	Balde a pedal	
Banheiro/Vestiário ACESSÍVEL para funcionários (Feminino e Masculino)	Balde a pedal	
Banheiro/Vestiário para funcionários (Feminino e Masculino)	Balde a pedal	
DML - Depósito de Material de Limpeza		
Copa/Refeitório de funcionários	Mesa,cadeira, geladeira, fogão	
ÁREA EXTERNA		
AMBIENTES	**MOBILIÁRIO BÁSICO**	**EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS**
Área externa (coberta) para embarque e desembarque		
Abrigo externo de resíduos sólidos		

Documento assinado eletronicamente por **Arthur de Almeida Medeiros**, **Coordenador(a)-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência**, em 06/03/2024, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Suzana Cristina Silva Ribeiro**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 08/03/2024, às 13:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0039089587** e o código CRC **954EA8C1**.

Referência: Processo nº 25000.005261/2020-07 SEI nº 0039089587

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

PAM PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES	**REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES**		
ORIGEM DA NÃO CONFORMIDADE:			
( ) FLUXO INTERNO	**( ) PRESTADORA DE SERVIÇO**	**( ) FORNECEDOR**	**( ) OUTRO**

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	
Data de Abertura:	**Setor especifico:**
2. PRÉ-ANÁLISE DA CAUSA E AÇÃO DE CONTENÇÃO (o que foi feito de imediato):	
Nome do Notificador (OPCIONAL):	

Este instrumento tem como objetivo levantar as não conformidades, para posterior correção e alinhamento dos fluxos. Não ha necessidade apontar os nomes dos envolvidos pois não tem função punitiva.

		2021	2022	2023	2024* (1º e 2º Quadri)
TOTAL NASCIDOS VIVOS		**1959**	**2016**	**2042**	**1293**
TIPO DE PARTO	VAGINAL	**34,97%**	**35,11%**	**35,65%**	**39,83%**
	CESARIA	**65,03%**	**64,88%**	**64,35%**	**60,17%**
CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	7 e mais	**92,8%**	**93,45%**	**94,17%**	**93,43%**
	4 - 6 consultas	**5,7%**	**4,81%**	**4,75%**	**4,80%**
	3 consultas ou menos	**1,5%**	**1,74%**	**1,08%**	**1,77%**
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	42 SEMANAS	**1,3%**	**2,03%**	**3,13%**	**2,01%**
	37 - 41 SEMANAS	**86,7%**	**84,42%**	**83,84%**	**83,53%**
	32 - 36 SEMANAS	**10%**	**11,11%**	**11,61%**	**11,76%**
	22 - 31 SEMANAS	**1,8%**	**1,85%**	**1,22%**	**2,32%**
	NÃO INFORMADO	**0,2%**	**0,59%**	**0,20%**	**0,38%**
FAIXA ETÁRIA	< 19 ANOS	**7,7%**	**7,59%**	**7,64%**	**7,04%**
	20-39 ANOS	**89,1%**	**89,04%**	**88,93%**	**88,63%**
	40-49 ANOS	**3,2%**	**3,37%**	**3,43%**	**4,33%**

VACINAS	2021	2022	2023	2024*	META DE VACINAÇÃO ANUAL %
Total de Nascidos Vivos	**2071**	**1977**	**2042**	**1293**	
BCG	95,1	106,82	86,73	85,88	90
PENTA (DTP, HIB, HEP. B)	86,7	94,13	92,02	92,83	95
POLIOMIELITE (VIP)	86,7	93,67	91,97	92,40	95
FEBRE AMARELA	86,5	86,49	86,83	87,18	95
MENINGOCÓCICA	88,4	95,34	90,99	133,89	95
PNEUMOCÓCICA 10	87,8	99,03	91,72	90,01	95
ROTAVÍRUS	88,2	97,16	92,41	92,03	90
Triplice viral (1 ano)	90,7	93,27	98,19	100,94	95

AGRAVO (Parte 1)	2021	2022	2023	2024*
Dengue	60	4413	2637	9974
COVID	19263	22052	3585	624
Acidente de Trabalho*	18	477	1071	496
Síndrome Respiratória Aguda	2914	1013	804	522
Violência interpessoal/autoprovocada	536	611	755	324
Atendimento Anti-Rábico	450	477	568	332
Sífilis adquirida	159	210	387	225
Intoxicação Exógena	208	215	355	176

AGRAVO (Parte 2)	2021	2022	2023	2024*
Acidentes com Animais Peçonhentos	53	70	116	53
Acidente de Trabalho Material Biológico	60	74	79	64
Sífilis em Gestantes	58	50	66	56
Outros (LER/DORT, malária, febre maculosa, coqueluche...)	28	30	66	26
AIDS/HIV	86	61	65	38
Hepatite Virais	39	37	53	41
Meningite	27	45	41	17
Tuberculose	22	28	27	19

AGRAVO (Parte 3)	2021	2022	2023	2024*
Chikungunya	0	0	6	0
Zika	0	0	0	0
Toxoplasmose	0	0	18	5
Leptospirose	0	1	4	0
Hanseníase	10	4	9	3
Gestante HIV	4	5	3	2
Leishmaniose tegumentar am	3	3	1	0
Sífilis Congênita	0	0	1	1
TOTAL	**4.735**	**7.824**	**10.717**	**12.998**

Causa (Cap. CID 10)	2021	2022	2023	2024*
Taxa de Mortalidade Geral	8,82	6,61	6,02	5,01
Total De óbitos	1258	983	871	725
Doenças do Aparelho Circulatório	235	246	215	153
Neoplasias (tumores)	158	175	166	122
Causas Externas de Morbi/mortalidade	140	138	112	82
Doenças do Aparelho respiratório	79	94	92	70
Doenças infecciosa e parasitárias	388	75	36	63
Doenças do Aparelho Digestivo	47	52	45	45
Dças Endócrinas Nutricionais/ Metabólic	65	47	40	38
Doenças do sistema nervoso	37	37	52	55
Algumas afecç. Originadas per perinatal	20	34	21	15
Doenças aparelho geniturinário	27	24	25	27
Transtornos mentais e comportamentais	22	16	10	24
Malf cong de deformid e anomalias crom	8	5	10	4
outras	37	34	47	27

	2021	2022	2023	2024*
Taxa de Mortalidade Infantil	9,19	10,98	8,81	6,96
Total Óbitos Infantis	18	22	18	9
Algumas doenças Infecciosas e parasitárias	2	0	0	0
Doenças do Sistema Nervoso	3	0	0	1
Doenças do aparelho circulatório	2	0	1	0
Algumas Afec. Originadas no período perinatal	7	15	8	7
Malf. Cong. Deformid. E anomalias cromossômicas	3	3	6	1
Sintomas Sinais e Achad. Anor. Ex. clín e laborat.	0	1	0	0
Doenças do Aparelho Respiratório	1	1	2	0
Causas Externas de Morbidade e mortalidade	0	2	1	0
Causa indeterminada	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0

	2021	2022	2023	2024*
NASCIDOS VIVOS	1.959	2.016	2042	1293
TAXA DE NATALIDADE / 1000 Hab.	13,7	13,94	13,57	8,94
ÓBITOS GERAIS	1258	983	871	725
TAXA DE MORTALIDADE GERAL / 1000 Hab.	8,82	6,61	6,02	5,01
NÚMERO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO	18	22	18	9
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL / 1000 N.V	9,19	10,98	8,81	6,96
NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS	2	0	5	2
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA/100.000	102,09	0	244,86	154,68
Nº DE ÓBITOS (DCNT) 30 A 69 ANOS	214	205	172	129
TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA(DCNT) 30 A 69 ANOS	333,44	319,42	229,19	171,89

		2021	2022	2023	2024* (1º e 2º Quadri)
TOTAL NASCIDOS VIVOS		**1959**	**2016**	**2042**	**1293**
TIPO DE PARTO	VAGINAL	**34,97%**	**35,11%**	**35,65%**	**39,83%**
	CESARIA	**65,03%**	**64,88%**	**64,35%**	**60,17%**
CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	7 e mais	**92,8%**	**93,45%**	**94,17%**	**93,43%**
	4 - 6 consultas	**5,7%**	**4,81%**	**4,75%**	**4,80%**
	3 consultas ou menos	**1,5%**	**1,74%**	**1,08%**	**1,77%**
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	42 SEMANAS	**1,3%**	**2,03%**	**3,13%**	**2,01%**
	37 - 41 SEMANAS	**86,7%**	**84,42%**	**83,84%**	**83,53%**
	32 - 36 SEMANAS	**10%**	**11,11%**	**11,61%**	**11,76%**
	22 - 31 SEMANAS	**1,8%**	**1,85%**	**1,22%**	**2,32%**
	NÃO INFORMADO	**0,2%**	**0,59%**	**0,20%**	**0,38%**
FAIXA ETÁRIA	< 19 ANOS	**7,7%**	**7,59%**	**7,64%**	**7,04%**
	20-39 ANOS	**89,1%**	**89,04%**	**88,93%**	**88,63%**
	40-49 ANOS	**3,2%**	**3,37%**	**3,43%**	**4,33%**

VACINAS	2021	2022	2023	2024*	META DE VACINAÇÃO ANUAL %
Total de Nascidos Vivos	**2071**	**1977**	**2042**	**1293**	
BCG	95,1	106,82	86,73	85,88	90
PENTA (DTP, HIB, HEP. B)	86,7	94,13	92,02	92,83	95
POLIOMIELITE (VIP)	86,7	93,67	91,97	92,40	95
FEBRE AMARELA	86,5	86,49	86,83	87,18	95
MENINGOCÓCICA	88,4	95,34	90,99	133,89	95
PNEUMOCÓCICA 10	87,8	99,03	91,72	90,01	95
ROTAVÍRUS	88,2	97,16	92,41	92,03	90
Triplice viral (1 ano)	90,7	93,27	98,19	100,94	95

AGRAVO (Parte 1)	2021	2022	2023	2024*
Dengue	60	4413	2637	9974
COVID	19263	22052	3585	624
Acidente de Trabalho*	18	477	1071	496
Síndrome Respiratória Aguda	2914	1013	804	522
Violência interpessoal/autoprovocada	536	611	755	324
Atendimento Anti-Rábico	450	477	568	332
Sífilis adquirida	159	210	387	225
Intoxicação Exógena	208	215	355	176

AGRAVO (Parte 2)	2021	2022	2023	2024*
Acidentes com Animais Peçonhentos	53	70	116	53
Acidente de Trabalho Material Biológico	60	74	79	64
Sífilis em Gestantes	58	50	66	56
Outros (LER/DORT, malária, febre maculosa, coqueluche...)	28	30	66	26
AIDS/HIV	86	61	65	38
Hepatite Virais	39	37	53	41
Meningite	27	45	41	17
Tuberculose	22	28	27	19

AGRAVO (Parte 3)	2021	2022	2023	2024*
Chikungunya	0	0	6	0
Zika	0	0	0	0
Toxoplasmose	0	0	18	5
Leptospirose	0	1	4	0
Hanseníase	10	4	9	3
Gestante HIV	4	5	3	2
Leishmaniose tegumentar am	3	3	1	0
Sífilis Congênita	0	0	1	1
TOTAL	**4.735**	**7.824**	**10.717**	**12.998**

Causa (Cap. CID 10)	2021	2022	2023	2024*
Taxa de Mortalidade Geral	8,82	6,61	6,02	5,01
Total De óbitos	1258	983	871	725
Doenças do Aparelho Circulatório	235	246	215	153
Neoplasias (tumores)	158	175	166	122
Causas Externas de Morbi/mortalidade	140	138	112	82
Doenças do Aparelho respiratório	79	94	92	70
Doenças infecciosa e parasitárias	388	75	36	63
Doenças do Aparelho Digestivo	47	52	45	45
Dças Endócrinas Nutricionais/ Metabólic	65	47	40	38
Doenças do sistema nervoso	37	37	52	55
Algumas afecç. Originadas per perinatal	20	34	21	15
Doenças aparelho geniturinário	27	24	25	27
Transtornos mentais e comportamentais	22	16	10	24
Malf cong de deformid e anomalias crom	8	5	10	4
outras	37	34	47	27

	2021	2022	2023	2024*
Taxa de Mortalidade Infantil	9,19	10,98	8,81	6,96
Total Óbitos Infantis	18	22	18	9
Algumas doenças Infecciosas e parasitárias	2	0	0	0
Doenças do Sistema Nervoso	3	0	0	1
Doenças do aparelho circulatório	2	0	1	0
Algumas Afec. Originadas no período perinatal	7	15	8	7
Malf. Cong. Deformid. E anomalias cromossômicas	3	3	6	1
Sintomas Sinais e Achad. Anor. Ex. clín e laborat.	0	1	0	0
Doenças do Aparelho Respiratório	1	1	2	0
Causas Externas de Morbidade e mortalidade	0	2	1	0
Causa indeterminada	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0

	2021	2022	2023	2024*
NASCIDOS VIVOS	1.959	2.016	2042	1293
TAXA DE NATALIDADE / 1000 Hab.	13,7	13,94	13,57	8,94
ÓBITOS GERAIS	1258	983	871	725
TAXA DE MORTALIDADE GERAL / 1000 Hab.	8,82	6,61	6,02	5,01
NÚMERO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO	18	22	18	9
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL / 1000 N.V	9,19	10,98	8,81	6,96
NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS	2	0	5	2
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA/100.000	102,09	0	244,86	154,68
Nº DE ÓBITOS (DCNT) 30 A 69 ANOS	214	205	172	129
TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA(DCNT) 30 A 69 ANOS	333,44	319,42	229,19	171,89

Comunicação Interna n^{0} 48 /2024 Toledo, 30 de setembro de 2024.

Á equipe de Enfermagem

Assunto: Formação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) do Pronto Atendimento Municipal Jorge Milton Nunes – PAM.

Vimos, por meio deste, em consonância com a Resolução Cofen nº 593/2018, publicar o presente edital para a formação da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) no Serviço de Enfermagem nesta instituição, no prazo de 60 (sessenta) dias, e que terá o **mandato previsto no período de 09/12/2024 à 09/12/2027.**

Comunicamos a todos os profissionais de enfermagem deste serviço que a Comissão de Ética de Enfermagem, por delegação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná tem por finalidade atividades nos Serviços de Enfermagem das instituições de saúde com idoneidade, assumindo funções: educativas, consultivas, conciliadoras, de orientação e vigilância do exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem vinculados a tais entes.

O processo eleitoral para compor a Comissão de Ética de Enfermagem permanecerá sob a responsabilidade da Comissão Eleitoral, designada para tal finalidade.

As datas previstas para o pleito serão: 02, 03 e 04/12/2024 das 17 as 21 horas, sendo que a urna será disponibilizada na antiga recepção do Pronto Atendimento.

Atenciosamente,

Raquel Emília da Silva Wiederkehr

Coren PR 84616

Diretora de Enfermagem do PAM

Portaria 97 de 22 de fevereiro de 2024

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO | SECRETARIA DA SAÚDE | PAM PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES

REGISTRO DE FEEDBACK / ORIENTAÇÕES

INFORMAÇÕES PESSOAIS/PROFISSIONAIS

Nome:_____

Matrícula:_____Cargo:_____

Conselho Profissional:_____

Data:____/____/_____

Orientações/Assuntos:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Ações propostas

_____ _____

Enfermeiro Responsável (ass. e carimbo) Ass. do profissional

GOVERNO MUNICIPAL TOLEDO | SECRETARIA DA SAÚDE | PAM PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. JORGE MILTON NUNES

REGISTRO DE FEEDBACK / ORIENTAÇÕES

INFORMAÇÕES PESSOAIS/PROFISSIONAIS

Nome:_____

Matrícula:_____Cargo:_____

Conselho Profissional:_____

Data:____/____/_____

Orientações/Assuntos:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Ações propostas

_____ _____

Enfermeiro Responsável (ass. e carimbo) Ass. do profissional

	PAM – Pronto Atendimento Municipal 24 horas **Dr. Jorge Milton Nunes**
TITULO: SALA DE COLETA - COVID	**Página:**
Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS)	**Emitido em: 08/2022**
Revisor: Direção de Enfermagem	**Revisado em: 08/2022**
Aprovação: Direção do Departamento de Urgência e Emergência	**Aprovado em: 08/2022**
Executante: Equipe de Enfermagem	**Responsável:** Enfermeiros, Direção de Enfermagem e Serviço de Controle de Infecção.
Vigência: 06/2022	**Versão:** 01

1. OBJETIVO

Estabelecer os requisitos de boas práticas para a realização de RT-PCR e do teste rápido para detecção de antígeno em pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2, através do swab nasofaríngeo, descarte dos resíduos gerados, bem como, o transporte do material biológico humano contaminado, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos e ainda o acondicionamento adequado das amostras coletadas.

2. INDICAÇÃO

Coleta de amostra nasofaríngeo para pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2, atendidos no PAM.

3. EXECUTANTE:

Equipe de Enfermagem.

4. MATERIAIS:

4.1 Gorro descartável;

4.2 Máscara N95/PFF2;

4.3 Avental cirúrgico ou descartável;

4.4 Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;

4.5 Luvas de procedimento;

4.6 Lenço de papel;

Figura 01- EPIs para coleta de swab



Fonte: COFEN, 2019

4.7 Kit de teste enviado pela Vigilância Epidemiológica;

4.8 Swab de rayon;

4.9 Meio de transporte viral;

4.10 Suporte para tubo;

4.11 Cronômetro ou relógio;

4.12 Computador;

4.13 Caixa de térmica;

4.14 Gelox;

4.15 Impressos próprios e caneta.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (RT-PCR):

5.1 Realizar notificação no Notifica Covid ‘Notifica COVID-19 (appsesa.pr.gov.br)”;

5.2 Realizar a correta higiene das mãos;

5.3 Paramentar-se com: avental, gorro, óculos ou protetor facial, luvas, mascara (N95 ou PFF2);

5.4 Calçar luvas de procedimento;

5.6 Retirar o meio de transporte viral (MTV) da geladeira apenas no momento do uso colocando-o sobre a bancada de trabalho;

5.7 Deixar organizado todo o material sobre a bancada;

5.8 Solicitar que o paciente sente confortavelmente;

5.9 Solicitar que incline a cabeça para trás deixando-a preferencialmente apoiada;

5.10 Introduzir o swab na cavidade nasal direita e esquerda;



5.11 Certificar-se que o swab ultrapassou o corneto inferior, atingindo o meato médio e encontrando resistência. Neste momento geralmente há lacrimejamento importante no paciente;

5.12 Realizar movimentos circulares delicados (360º), pressionando-o contra a parede do nariz em direção à orelha do paciente;

5.13 Retirar o cotonete e repetir o processo introduzindo o mesmo swab na outra cavidade nasal;

5.14 Após a coleta o swab deve ser colocado no MTV;

5.15 Cortar o excesso da haste utilizando tesoura específica;

5.16 Realizar a desinfecção da tesoura com desinfetante padronizado;

5.17 Armazenar as amostras no congelador do refrigerador;

5.18 Realizar a desparamentação;

5.19 Descartar os EPIs e materiais utilizados em saco branco leitoso;

5.20 Realizar higienização das mãos;

5.21 Realizar o registro no Sigss Saúde conforme treinamento prévio;

5.22 Para pacientes gestantes, realizar o preenchimento na GAL "GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial (sesa.pr.gov.br)".

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TR ANTÍGENO)

6.1 Repetir sequencia conforme os itens 5.1 a 5.4;

6.2 Pegar o kit de teste rápido e coloque-o sobre a bancada;

6.3 Colocar o frasco de amostra com solução tampão no suporte específico sobre a mesa;

6.4 Repetir a sequencia conforme os itens 5.8 a 5.13;

6.5 Após a coleta, inserir o swab com a amostra no frasco preenchido com a solução tampão, conforme orientação do fabricante, certificando-se de que o swab esteja complemente submerso a solução tampão;

6.6 Girar o swab de 8 a 10 vezes, precionando a ponta contra o fundo e a parede do frasco, possibilitando retirar o máximo da amostra coletada;

6.7 Retire lentamente o swab enquanto espreme contra as paredes do frasco;

6.8 Descarte o swab no resíduo infectante e feche o frasco com a tampa conta-gotas;

6.9 Retirar a placa cromatográfica da embalagem laminada;

6.10 Identificar a mesma com dados do paciente;

6.11 Use o frasco conta gotas e pingue 4 ou 5 gotas da solução, conforme orienteação do fabricante, no poço de amostra na placa de teste;

6.12 Inicie a contagem de 15 minutos;

6.13 Realizar a desparamentação;

6.14 Descartar os EPIs utilizados em saco branco leitoso;

6.15 Realizar higienização das mãos;

6.16 Fazer leitura do resultado;

6.17 Presença somente da linha controle C: Resultado Não Reagente;

6.18 Presença da linha controle C + linha Teste: Resultado Reagente;

6.19 Ausência das duas linhas, ou presença somente da linha Teste: Teste Inválido, sendo necessário novo teste;

6.20 Preencher o laudo com todos os dados do paciente e resultado conforme leitura;

6.21 Apresentar a placa ao paciente e/ou responsável e orientá-lo quanto ao resultado;

6.22 Solicitar a assinatura do paciente e/ou responsável em duas via do laudo, uma ficará com o mesmo e a outra será arquivada;

6.23 Realizar o registro no Sigss Saúde conforme treinamento prévio.

7. TRANSPORTE DO MATERIAL BIOLÓGICO

O transporte das amostras de RT-PCR devem acontecer com gelo reciclável em caixa térmica. Esta caixa será higienizada/desinfetada com ácido peracético antes e após o transporte das amostras.

7.1 Preparar a caixa térmica com gelos recicláveis previamente congelados por no mínimo 12 horas, imediatamente antes do armazenamento das amostras;

7.2 Colocar os gelox embaixo e ao lado da estante;

7.3 Acondicionar as amostras em saco plástico e mantê-las em pé, encaixadas na estante apropriada, certificando de que as mesmas estarão firmes e não se movimente durante o transporte;

7.4 Encaminhar imediatamente ao ponto de coleta pré estabelecido pela Vigilância Epidemiológica;

7.5 Retirar os EPI´s e descartá-los em resíduo infectante;

7.6 Realizar a higienização das mãos.

Obs.: As caixas de transporte são de uso exclusivo para este fim, devendo permanecer no setor. or.

Emissor: Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistencia a Saúde	**Revisão:** Direção de enfermagem	**Aprovação:** Direção do Departamento de Urgência e Emergência

Prefeitura do Município de Toledo
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

SOLICITAÇÃO DE TROCA DE PLANTÃO

Eu _____(**solicitante**) ocupante do cargo de _____, venho por meio deste solicitar **TROCA DE PLANTÃO** do dia _____/_____/_____, horário das _____:_____ às _____:_____, a ser realizado pelo servidor _____ (**solicitado**), sendo **COMPENSADO** no dia _____/_____/_____, horário das _____:_____ às _____:_____hs.

Conforme C.I 21/2024 DE 02/05/2024

1) As trocas devem ser feitas ATÉ 5º DIA ÚTIL DO MÊS

2) Estas só serão efetivadas, mediante consenso da chefia, e autorização da direção. (Solicitante e solicitado receberão devolutiva sobre o pedido)

3) Trocas FORA DO PRAZO: precisam constar o consenso da chefia (assinatura) e a justificativa (verso) assinada pelo solicitante. A troca somente será efetivada após autorização da direção!

Solicitante _____ Solicitado _____

Solicitado em _____/_____/_____ Recolhido (ADM) _____/_____/_____

Autorizado pelo enfermeiro (a) do plantão: _____ em _____/_____/_____
(ou responsável pela escala)

Autorizado pela diretora de Enfermagem: _____ em _____/_____/_____
(Não se aplica aos demais setores)

Autorizado pela direção do PAM: _____em_____/_____/_____

Lançado no sistema: _____ em _____/_____/_____

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3196-3120 – (45) 3196-3121 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Prefeitura do Município de Toledo
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

Conforme C.I 21/2024 DE 02/05/2024

1) As trocas devem ser feitas ATÉ 5º DIA ÚTIL DO MÊS

2) Estas só serão efetivadas, mediante consenso da chefia, e autorização da direção. (Solicitante e solicitado receberão devolutiva sobre o pedido)

3) Trocas FORA DO PRAZO: precisam constar o consenso da chefia (assinatura) e a justificativa (verso) assinada pelo solicitante. A troca somente será efetivada após autorização da direção!

Justificativa para pedido de TROCA DE PLANTÃO FORA DO PRAZO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura Solicitante: _____

O Pedido de troca fora do prazo (até 5º dia útil), será analisado pela Direção.

Aprovação da Direção: ( ) SIM/ ( ) NÃO – Data, _____/_____/_____

Ass._____

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3196-3120 – (45) 3196-3121 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Rua Dr. Ciro Fernandes do Lago, nº 315 – Bairro Vila Pioneiro – Toledo/PR – Brasil – CEP 85910-020
Fone: (45) 3196-3120 – (45) 3196-3121 – E-mail: direcaopam@toledo.pr.gov.br

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

NOTA TÉCNICA Nº 14/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se da Nota Técnica nº 14/2024 que traz informações quanto aos critérios para habilitação dos Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA); os critérios para a adesão ao incentivo de 20% destinado aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que realizam atendimento voltado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e as orientações para habilitação, pelo Ministério da Saúde, de Transporte Sanitário Adaptado no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV., cujos dispositivos foram atualizados pela Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.

2. ANÁLISE

2.1. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), a pessoa com deficiência "*tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas*".

2.2. Dito isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), atualizada por meio da Portaria GM/MS Nº 1.526, DE 11 DE OUTUBRO DE 2023, tem por objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

2.3. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída em 2012 e reformulada em 2023, e tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência sendo organizada com os componentes da Atenção Primária, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, articulados em Redes de Atenção à Saúde de acordo com o Planejamento Regional Integrado - PRI.

2.4. Considerando a organização da RCPD, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), insta ressaltar que no Brasil uma das diretrizes do SUS é a integralidade, a qual se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. A abordagem integral possibilita uma compreensão completa do indivíduo, levando em conta o seu contexto histórico, social, político, familiar e ambiental. O cuidado integral ocorre simultaneamente em níveis individual e coletivo, tornando impraticáveis ações isoladas. Isso destaca a importância da coordenação entre a equipe multiprofissional e o ambiente no qual o indivíduo está inserido.

2.5. Além da integralidade, o cuidado das pessoas com deficiência bem como suas ações devem se estruturar na proposta da intersetorialidade

envolvendo atores da educação, assistência social, esporte, cultura, entre outros. Logo, os serviços de atenção especializada do SUS precisam estabelecer relações junto a toda esta estrutura a fim de qualificar o modelo de cuidado integral e centrado nas pessoas com deficiência.

2.6. Estes fatores servem de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), desenvolvido por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, visando o planejamento da reabilitação, definição de objetivos terapêuticos e a indicação do uso de recursos e metodologias terapêuticas que serão adotadas. Ressalta-se que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, resultante da discussão coletiva de uma equipe multi e interdisciplinar centrada na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde.

2.7. Por fim, caberá às secretarias estaduais e municipais a regulação do acesso aos serviços da RCPD, sob sua gestão, por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

3. ATUALIZAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA OS COMPONENTES DA RCPD

3.1. Dada a publicação da Portaria GM/MS nº 1.526/2023, no que diz respeito ao incentivo financeiro de custeio para os componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD, os valores de custeio mensal para os Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, a partir da competência 10/2023, passam a ser os descritos no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Valor mensal no Teto MAC - custeio CER

Componente	Valor Mensal
CER II	R$ 189.000,00
CER III	R$ 270.000,00
CER IV	R$ 430.000,00
Oficina Ortopédica Fixa	R$ 73.000,00
Oficina Ortopédica Itinerante	R$ 24.000,00

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

4. INCLUSÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CUSTEIO DOS VEÍCULOS DE TRANSPORTE ADAPTADO - VALOR PROPOSTO: R$ 4.000,00/MÊS:

4.1. Destaca-se que enquanto ação prioritária, a CGSPD realiza periodicamente o monitoramento do funcionamento dos serviços habilitados no âmbito da RCPD, inclusive com relação ao funcionamento dos Veículos de Transporte Adaptado doados e financiados aos estabelecimentos habilitados como CER.

4.2. Nesse contexto, constata-se que os gestores têm apresentado dificuldades para arcar com os custos operacionais (fixos e variáveis), sobretudo com relação à contratação de profissional motorista, seguro obrigatório e manutenção preventiva/corretiva.

4.3. Frente ao exposto, a CGSPD realizou junto aos gestores locais da RCPD, levantamento de informações relativas às despesas anuais com seguro obrigatório, combustível, manutenção e motorista. Diante dos dados apresentados, a CGSPD propôs a inclusão do incentivo financeiro federal para custeio do Veículo de Transporte Adaptado no valor de R$ 4.000,00 (quatro mil reais)/mês, a fim de suprir o custeio das despesas operacionais dos veículos.

4.4. Para tanto, como critérios para habilitação dos Transportes Sanitários Adaptados, são necessários os seguintes documentos obrigatórios:

- Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF
- Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sobre a solicitação desta habilitação;
- Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço);
- Cópia digitalizada do Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV) obrigatoriamente em nome do estado ou município ou do estabelecimento, em caso de entidades sem fins lucrativos;
- Cópia digitalizada da apólice do seguro veicular ou documento assinado pelo gestor ou responsável pela entidade sem fins lucrativos, declarando o seguro do veículo e a data final de vigência;
- Declaração do gestor ou responsável pela entidade sem fins lucrativos, informando o(a)s condutor(a)s habilitado(a)s, anexando suas respectivas Carteiras Nacionais de Habilitação (CNH), devendo ser indicado ao menos um motorista para cada veículo com respectivo cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Declaração do gestor ou responsável pela entidade sem fins lucrativos, informando o uso do veículo conforme estabelecido no Parágrafo único do Art. 14 do Art. 2º da Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023; e
- Documento que comprove a revisão e manutenção preventiva do veículo, de acordo com seu manual de fábrica.

5. INCLUSÃO DE INCENTIVO DE CUSTEIO ADICIONAL DE 20% AOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO COM MODALIDADE INTELECTUAL QUE OFERTAM CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA:

5.1. No âmbito do Sistema Único de Saúde, as ações que envolvem os cuidados à saúde das pessoas com deficiência e, em especial, das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), têm tido, nos últimos anos, forte presença na agenda do Ministério da Saúde e frente à necessidade de priorização do cuidado às pessoas com TEA, manifestada inclusive na Consulta Pública da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a CGSPD propõe a inclusão de custeio adicional de 20% aos Centros Especializados em Reabilitação, habilitados na modalidade de reabilitação intelectual, que ofertam cuidado às pessoas com TEA com o objetivo de apoiar os gestores na manutenção e funcionamento desse serviço.

5.2. Isto posto, o adicional de 20% destinado aos Centros Especializados em Reabilitação, ocorrerá de acordo com a modalidade do serviço habilitado, conforme descrito abaixo:

- CER II: R$ 37.800,00;
- CER III: R$ 54.000,00;
- CER IV: R$ 86.000,00.

5.3. Por conseguinte, como critérios para adesão ao incentivo de 20% - CER com Modalidade Intelectual que atende TEA, os requisitos obrigatórios são:

- Documento que ateste que o serviço possui a carga horária mínima de profissionais e que atende os quantitativos mínimos

de usuários, de acordo com a tipologia, conforme descrito no Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual.

- Comprovação ou Declaração de compromisso com a ampliação de carga horária da equipe mínima considerando o acréscimo de 20% (a ser definido por tipologia), conforme Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Ampliação de carga horária

Categoria Profissional	Ampliação de carga semanal em horas CER II	Ampliação de carga semanal em horas CER III	Ampliação de carga semanal em horas CER IV
Equipe Ampliada Fisioterapia Terapia Ocupacional Fonoaudiologia Psicologia Neuropsicologia Assistente Social Nutricionista	80 horas	120 horas	200 horas
Equipe Complementar Psicopedagogo Pedagogia Profissional de Educação física Musicoterapeuta Recreador Arteterapeuta Técnico de Enfermagem	20 horas	40 horas	60 horas

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Comprovação ou Declaração de compromisso com a ampliação de produtividade, conforme Quadro 3 a seguir:

Quadro 3: Produtividade e usuários atendidos

Tipo de CER	Produção SIA/SUS Mínima (Ampliação mensal)	Quantitativo de Usuários/Mês Atendidos e Monitoramento (Ampliação mensal)
CER II	390	50
CER III	600	80
CER IV	1100	140

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Informações sobre a fila de espera/ demanda reprimida para atendimento das pessoas com TEA (CID F-84) no território;
- Apresentar na justificativa informações sobre os valores, a nível de contrapartida, por parte dos requerentes (municípios/estados/DF) e por parte dos demais entes federativos que possuem munícipes atendidos pelo requerente, tendo em vista que o financiamento do SUS é de responsabilidade compartilhada entre os entes federativos (município, estado e União, conforme Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990).☐

5.4. Quanto aos documentos obrigatórios, faz-se necessário:

- Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF;
- Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sobre a solicitação desta

habilitação;

- Termo de compromisso de articulação com os setores locais da proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, contendo ações desenvolvidas ou a desenvolver junto ao setor saúde visando a implementação de ações para expandir o alcance do cuidado, promover a inclusão e aprimorar a qualidade de vida das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

6. INCLUSÃO DE INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA OS NÚCLEOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - VALOR PROPOSTO: R$ 100.000,00/MÊS:

6.1. O Núcleo de Atenção a Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA) trata-se de um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação/habilitação que realiza avaliação, diagnóstico e acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes com TEA.

6.2. A proposta deverá ser cadastrada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS até 12/12/2024. O prazo estipulado considera a data de envio da Nota Técnica nº 83/2023/CGSPD/DAET/SAES/MS (0037593314).

6.3. Os núcleos devem estar em consonância com a PNAISPD na prestação da assistência e assegurando linhas de cuidado em saúde, com enfoque na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que contemplem condutas terapêuticas voltadas para os aspectos da cognição, linguagem, sociabilidade e desenvolvimento de habilidades necessárias, tendo como objetivo a funcionalidade, com vistas a promoção da participação social de crianças e adolescentes com Transtornos do Espectro Autista (TEA) nos diferentes contextos.

6.4. Para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R$ 100.000,00 (cem mil reais), serão considerados os estabelecimentos de saúde (públicos ou filantrópicos) já existentes e em funcionamento até a data da publicação da Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.

6.5. Quanto aos critérios para habilitação serão considerados os seguintes pontos:

- Ser um ponto de referência de atendimento exclusivo às pessoas com TEA;
- Público-Alvo: Crianças e adolescentes de 0 a 18 anos (de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) considera-se criança a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade;
- Abrangência: Municipal ou Regional conforme pactuações em CIR e CIB;
- Equipe Mínima: 340 horas semanais, conforme Quadro 4:

Quadro 4: Carga Horária da Equipe Mínima

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal em Horas
Fisioterapeuta	40
Terapeuta Ocupacional	40
Fonoaudiologia	40
Psicologia*	120
Pedagogia	20
Assistente Social	40
Nutricionista	20
Médico Neurologista ou Psiquiatra	20
Categorias Opcionais**	-
Total	340

* Incluindo Psicólogos com especialização em Neuropsicologia

** Psicopedagogo, Profissional de Educação física; Arteterapeuta; Musicoterapeuta; Recreador; Técnico de Enfermagem e outros.
Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Quantitativo de Usuários/mês atendidos: 180 usuários;
- Quantitativos mínimos de produtividade: 1500 procedimentos ambulatoriais, conforme Quadro 5 abaixo:

Quadro 5: Produção Mínima ☐

Produção da Equipe Multiprofissional (Exceto Médico)	Produção da Equipe Médica
1.382	128
Total	1500 procedimentos/mês

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Produção Ambulatorial SIA/SUS - procedimentos a serem monitorados, conforme Quadro 6:

Quadro 6: Procedimentos da Tabela SUS

Código do Procedimento	Tipo	Nome do Procedimento
101010028	Comum	Atividade Educativa/Orientação em grupo na Atenção Especializada
101040024	Comum	Avaliação Antropométrica
211070017	Comum	Análise Acústica da Voz por meio de Laboratório de Voz
211070068	Comum	Avaliação de Linguagem Escrita/Leitura
211070076	Comum	Avaliação de Linguagem Oral
211070084	Comum	Avaliação Miofuncional de Sistema Estomatognático
211070114	Comum	Avaliação Vocal
211070173	Comum	Exame de Organização Perceptiva
211070181	Comum	Exame Neuropsicomotor Evolutivo
211070190	Comum	Gustometria
211070220	Comum	Olfatometria
301010048	Comum	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada
301010072	Comum	Consulta Médica em Atenção Especializada
301010307	Comum	Teleconsulta Médica na Atenção Especializada
301010315	Comum	Teleconsulta por Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)
301040036	Comum	Terapia em Grupo
301040044	Comum	Terapia Individual
301070083	Comum	Atendimento em Oficina Terapêutica I para Portador de Necessidades Especiais (Por Oficina)
301070270	Comum	Matriciamento de Equipes dos Outros Pontos e Níveis da Rede de Atenção à Saúde para Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência
301070288	Comum	Alta por Objetivos Terapêuticos Alcançados da Reabilitação na Atenção
301080160	Comum	Atendimento em Psicoterapia de Grupo
301070067	Comum	Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências
309050014	Comum - PICs	Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas/Moxa
309050022	Comum - PICs	Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas
309050049	Comum - PICs	Sessão de Auriculoterapia
309050057	Comum - PICs	Sessão de Massoterapia

309050073	Comum - PICs	Tratamento Naturopático
309050081	Comum - PICs	Tratamento Osteopático
309050090	Comum - PICs	Tratamento Quiroprático
309050111	Comum - PICs	Sessão de Apiterapia
309050120	Comum - PICs	Sessão de Aromaterapia
309050138	Comum - PICs	Sessão de Cromoterapia
309050162	Comum - PICs	Sessão de Imposição de Mãos
309050189	Comum - PICs	Sessão de Terapia de Florais
309050197	Comum - PICs	Tratamento Homeopático
309050200	Comum - PICs	Tratamento Fitoterápico
309050219	Comum - PICs	Tratamento Antroposófico
309050227	Comum - PICs	Tratamento Ayurvédico
309050235	Comum - PICs	Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa
302060049	Física	Atendimento Fisioterapêutico em paciente c/ Comprometimento Cognitivo
301070105	Física	Atendimento/Acompanhamento Intensivo de Paciente em Reabilitação Física (1 Turno Paciente-Dia- 15 atendimentos-mês)
301070121	Física	Tratamento Intensivo de Paciente em Reabilitação Física (1 Turno Paciente-Dia - 20 atendimento-mês)
211030015	Física	Avaliação Cinemática e de Parâmetros Lineares
211030023	Física	Avaliação Cinética, Cinemática e de Parâmetros Lineares
211030031	Física	Avaliação de Equilíbrio Estático em Placa de Força
211030040	Física	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória
211030058	Física	Avaliação de Função e Mecânica Respiratória com Transdutores
211030066	Física	Avaliação de Movimento (por imagem)
211030082	Física	Eletrodiagnóstico Cinético Funcional
211030090	Física	Eletromiografia Dinâmica, Avaliação Cinética, Cinemática e de Parâmetros Lineares
309050030	Física	Sessão de Eletroestimulação
301070024	Intelectual	Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa
301070040	Intelectual	Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação
301070059	Intelectual	Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação
211100013	Intelectual	Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico
301070261	Intelectual	Teleatendimento/Telemonitoramento em Reabilitação Intelectual

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Equipamentos: Os equipamentos e materiais permanentes a serem utilizados nos ambientes no referido estabelecimento deverão

constar na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes – RENEM por meio do link: https://consultafns.saude.gov.br/#/equipamento/ambiente.

- Ambientes mínimos: Os Núcleos devem dispor de infraestrutura, mobiliário, equipamentos e tecnologias de modo a garantir o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários com TEA.

Quadro 7: Ambiência

Área Externa	Área Interna
Área para atividades lúdicas (área de recreação e/ou lazer)	Consultório de Neurologia ou Psiquiatria
Área para embarque e desembarque de veículo adaptado, ambulância e veículo comum (preferencialmente uma área coberta)	Consultório interdisciplinar
Estacionamento para transporte sanitário adaptado (no mínimo duas vagas)	Consultório para Avaliação Clínico-funcional
Abrigo externo de resíduos sólidos	Sala de atendimento terapêutico I
Área externa de convivência	Sala de atendimento terapêutico II
-	Sala de atendimento terapêutico em grupo
-	Sala de Estimulação Precoce
-	Sala de Atividade de Vida Diária (AVD)
-	Área interna de convivência Espaço adequado para reunião (Sala de reunião)
-	Copa/refeitório
-	Sala de espera e Recepção
-	Sala de utilidades (com guarda temporária para resíduos sólidos)
-	Sala para o setor administrativo (Sala administrativa)
-	Sanitários adaptados para usuários (Sanitário feminino/masculino)
-	Fraldário
-	Depósito de Material de Limpeza (DML)
-	Espaço para arquivo (Sala para arquivo)
-	Almoxarifado

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS.

- Documentos Obrigatórios:

a) Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou CGSES/DF;

b) Documento que comprove a ciência do Grupo Condutor da RCPD sobre a solicitação desta habilitação;

c) Cópia digitalizada do Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária, com validade vigente, ou do Protocolo de entrada do pedido no órgão competente;

d) Termo de compromisso de regulação dos atendimentos a serem realizados no Núcleo TEA (RCPD) assinado pelo gestor local ou responsável pela entidade sem fins lucrativos;

e) Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), com validade vigente;

f) Laudo Técnico de Acessibilidade emitido por Responsável Técnico com RRT (Registro de Responsabilidade Técnica) ou ART (Anotação de Responsabilidade Técnica);

g) Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço);

h)Termo de compromisso de articulação com os setores locais da proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, contendo ações desenvolvidas ou a desenvolver junto ao setor saúde visando a implementação de ações para expandir o alcance do cuidado, promover a inclusão e aprimorar a qualidade de vida das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

i) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO X, Capítulo IV, Artigo 1152, Inciso II (Origem: Portaria GM Nº 2.617 de 1º de novembro de 2013) que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde).

7. CONCLUSÃO

7.1. Por fim, salienta-se que para habilitação dos Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA), assim como para fazer adesão ao incentivo financeiro de 20% para o CER habilitado na modalidade de reabilitação intelectual que oferta atendimento às pessoas com TEA e para custeio de Veículos Adaptados, os novos pleitos devem ser previamente pactuados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF, conforme estabelece a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 28 de Setembro de 2017, Anexo VI e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV., cujos dispositivos foram atualizados pela Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.

7.2. Reitera-se que a proposta de solicitação de habilitação deverá ser cadastrada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS.

7.3. Sem mais para o momento, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência se coloca à disposição para apoio e demais esclarecimentos que se fizerem necessários pelo e-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br ou pelo telefone (61) 3315-6238.

ARTHUR MEDEIROS
Coordenador-Geral
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD/DAET/SAES/MS

SUZANA RIBEIRO
Diretora
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS

Documento assinado eletronicamente por **Arthur de Almeida Medeiros**, **Coordenador(a)-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência**, em 08/03/2024, às 13:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Suzana Cristina Silva Ribeiro**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 13/03/2024, às 19:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0039089505** e o código CRC **27939D3A**.

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

	2021	2022	2023	2024 (1º e 2º Quadri)
Recebimento de Reclamações/denúncias **(Todos os setores:** SANITÁRIA E AMBIENTAL (Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da água, Análise de Projetos) E Vigilância EM SAÚDE DO TRABALHADOR)	744	218	242	163
Atendimento de Reclamações/denúncias **(Todos os setores:** SANITÁRIA E AMBIENTAL (Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da água, Análise de Projetos) E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR)	744	218	242	163
Análise de PBA **(Projeto Básico Arquitetônico)**	170	202	175	150
Cadastro de novos estabelecimentos sujeitos a vigilância	351	302	632	286
Análise de PGRSS **(Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)**	163	132	176	121

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:	2021	2022	2023	2024 (1º e 2º Quadri)
Vistorias técnica: rotina e inspeção	1.863	2.003	2.228	1.396
Licenças sanitárias	2.036	1.788	1.822	1.211
Declaração Dispensa Licença	1.070	1.105	1.226	276
Anuências	140	80	73	81
Coleta de amostras de produtos sujeitos a vigilância	1	13	72	94
Coleta de amostras de água	952	678	983	678
Orientações/Parecer técnico/Atividade Educativa**	-	-	1.380	1.044
Termos/Notificações/Análise Documental***	-	-	804	772
Notificações de acidente de trabalho (geral) *	635	375	1.185	616
Notificação de Acidentes De Trabalho Graves/fatais (Amputações, Óbitos, Gestantes e Menores)	32	28	25	10

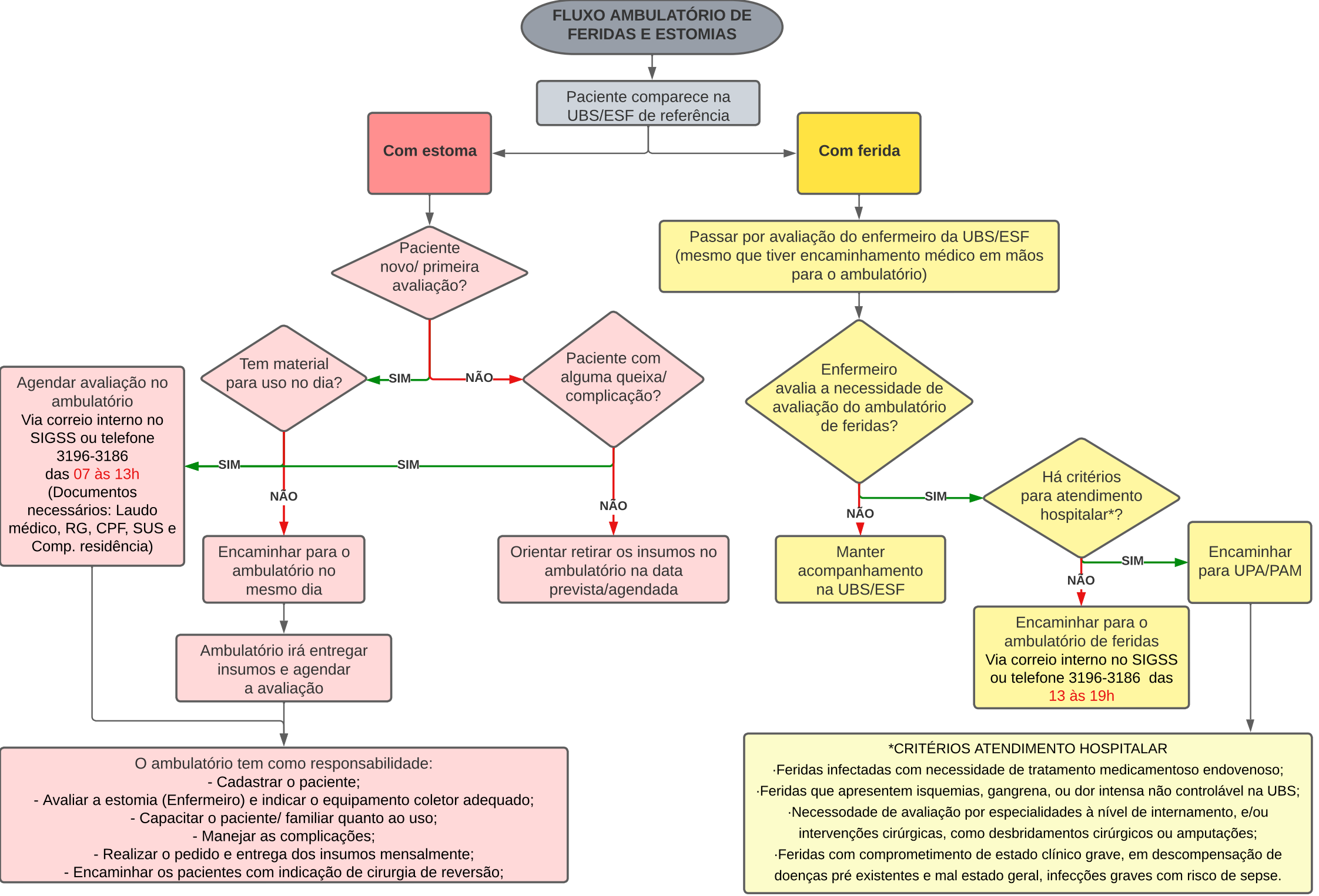
	2021	2022	2023	2024 (1º e 2º Quadri)
Recebimento de Reclamações/denúncias **(Todos os setores:** SANITÁRIA E AMBIENTAL (Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da água, Análise de Projetos) E Vigilância EM SAÚDE DO TRABALHADOR)	744	218	242	163
Atendimento de Reclamações/denúncias **(Todos os setores:** SANITÁRIA E AMBIENTAL (Saneamento e Alimentos, Produtos e Serviços, Controle da água, Análise de Projetos) E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR)	744	218	242	163
Análise de PBA **(Projeto Básico Arquitetônico)**	170	202	175	150
Cadastro de novos estabelecimentos sujeitos a vigilância	351	302	632	286
Análise de PGRSS **(Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)**	163	132	176	121

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS:	2021	2022	2023	2024 (1º e 2º Quadri)
Vistorias técnica: rotina e inspeção	1.863	2.003	2.228	1.396
Licenças sanitárias	2.036	1.788	1.822	1.211
Declaração Dispensa Licença	1.070	1.105	1.226	276
Anuências	140	80	73	81
Coleta de amostras de produtos sujeitos a vigilância	1	13	72	94
Coleta de amostras de água	952	678	983	678
Orientações/Parecer técnico/Atividade Educativa**	-	-	1.380	1.044
Termos/Notificações/Análise Documental***	-	-	804	772
Notificações de acidente de trabalho (geral) *	635	375	1.185	616
Notificação de Acidentes De Trabalho Graves/fatais (Amputações, Óbitos, Gestantes e Menores)	32	28	25	10

Prefeitura do Município de Toledo
Secretaria Municipal de Saúde
Pronto Atendimento Municipal 24 Horas Jorge Milton Nunes

REQUISIÇÃO DE HORA EXTRA

DATA:	HORA:	EQUIPE:
NÚMERO DE EXTRAS NECESSÁRIOS:		
SETORES DE BENEFICIADOS:		
JUSTIFICATIVA/ FUNDAMENTO		
ENFERMEIRO SOLICITANTE	_____ ASS/CARIMBO	
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	_____ ASS/CARIMBO	
( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO NOTA:		



Elaborado por: Thaís S. V. Hermes Data Elaboração: 02/09/2022 Aprovado por: Equipe Ambulatório de feridas e Ostomias e Departamento de Atenção Básica - Toledo/PR

RESOLUÇÃO Nº 012, de 26 de junho de 2024.

Dispõe sobre a Aprovação da Programação Anual de Saúde (PAS) 2025.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Toledo, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pelas Leis Nacionais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal 1.642 de 06 de maio de 1991, e alterações posteriores, atendendo ao principio da participação e do controle social, vem tornar público que, em Reunião Ordinária do dia 25 de junho de 2024 às 18h15min, no Conselho Municipal de Saúde, sito à Rua Santo Campagnolo, 1216, Vila Industrial;

RESOLVE:

Art. 1º - APROVAR a Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2025.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

(assinado eletronicamente)

JAIRO MARCOS ZSCHORNACK
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

	2021	2022	2023	2024 (1º e 2º Quadri)
Total de imóveis visitados (Vistoriados + Fechados)	218.645	265.863	285.213	270.988
Imóveis Vistoriados	139.759	163.986	169.796	168.746
Imóveis Fechados	78.886	101.877	115.417	102.242
Imóveis Recuperados	3.433	5.673	10.136	9.248
Vistoria em Pontos Estratégicos	1.613	1.914	3.176	3.337
Casos Notificados de DENGUE	359	5.484	2.637	15.976
Casos confirmados AUTÓCTONES	51	4.362	1.141	9.956
Casos confirmados IMPORTADOS	9	57	9	19
Denúncias Recebidas	616	1.262	1.172	827
Denúncias Atendidas	616	1.262	1.172	827

Modelo/Marca	**Quantidade**
Pulverizador manual Stihl (Costal de compressão prévia manual, aplicações residuais)	3
UBV Costal Guarany (Nebulizador costal, aplicações espaciais UBV)	4

ORIENTAÇÕES SOBRE SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE MAXILA TOTAL E TOMOGRAFIA DE MANDÍBULA TOTAL

O Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal da Saúde realiza a regulação e justificativa adequadas para os agendamentos de exames de alta complexidade como a Tomografia de Maxila Total e Tomografia de Mandíbula Total.

A solicitação da tomografia deve ocorrer para os casos criteriosamente avaliados e que não foi possível realizar diagnóstico por meio de radiografias convencionais. Este exame deve ser solicitado por profissionais especialistas da rede pública de saúde após avaliação e necessidade do exame para diagnóstico e tratamento.

Os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ao solicitarem o exame de tomografia de mandíbula ou maxila total, devem anexar 2 vias do laudo para emissão de APAC Tomografia juntamente a solicitação do exame.

Salientamos que para visualizar os terços médio e superior da face pode ser solicitado a Tomografia de Face devido a limitação da área de abrangência da tomografia de maxila total.

Atenciosamente,

Toledo, 27 de Janeiro de 2022.

Juciliane Cesaro Angoneze
Coordenadora da Saúde Bucal

DECRETO Nº 686, de 29 de novembro de 2019

Regulamenta a Lei nº 2.301/2019, mediante o estabelecimento de critérios para o agendamento telefônico de consultas médicas para idosos e pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõem as alíneas "a" e "n" do inciso I do **caput** do artigo 61 da Lei Orgânica do Município de Toledo e a Lei nº 2.301, de 5 de agosto de 2019,

D E C R E T A:

Art. 1º – Este Decreto regulamenta a Lei nº 2.301, de 5 de agosto de 2019, mediante o estabelecimento de critérios para o agendamento telefônico de consultas médicas para idosos e pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo.

Art. 2º – Para ter direito ao serviço de agendamento de consultas por telefone, o idoso ou pessoa com deficiência deverá estar identificado e com cadastro atualizado na Unidade de Saúde em que será efetuado o atendimento.

§ 1º – A identificação do idoso ou da pessoa com deficiência deverá constar no cadastro, a qual será feita mediante apresentação dos documentos solicitados na rotina.

§ 2º – Para fins deste Decreto, área de abrangência refere-se à região pela qual determinada Unidade de Saúde tem responsabilidade sanitária sobre a população ali residente.

§ 3º – O agendamento deve respeitar o endereço do usuário, conforme área de abrangência da Unidade de Saúde de referência.

Art. 3º – Para a comprovação da deficiência, o usuário que ainda não possuir o cadastro deverá apresentar, além dos demais documentos de identificação pessoal, laudo médico expedido em conformidade com a Lei nº 13.146/2005 e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ou a carteira de pessoa com deficiência.

Art. 4º – Efetuado o agendamento telefônico da consulta, o usuário que a ela não comparecer ficará suspenso do direito de realizar novos agendamentos por telefone pelos seguintes períodos:

I – na primeira falta, por três meses;
II – na segunda falta, por seis meses;
III – na terceira falta, por um ano.

Parágrafo único – Para fins de contagem do número de faltas, será utilizada como referência a somatória das mesmas, ocorridas nos últimos doze meses.

Art. 5º – Se, por algum motivo, o usuário não tiver condições de comparecer na consulta agendada, poderá desmarcá-la com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, sem a aplicação, nesse caso, da suspensão prevista no artigo anterior.

Art. 6º – No dia da consulta, o paciente deverá apresentar seu documento de identidade (Registro Geral) e Cartão SUS, no atendimento da pré-consulta.

Art. 7º – Os casos omissos deverão ser analisados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 8º – O disposto neste Decreto terá eficácia a contar de **5 de dezembro de 2019.**

Art. 9º – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 29 de novembro de 2019.

LUCIO DE MARCHI
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

DENISE LIELL
SECRETÁRIA DA SAÚDE

Publicação: ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO, nº 2.466, de 3/12/2019

LEI Nº 2.301, de 5 de agosto de 2019

Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas médicas para idosos e pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo.

O POVO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovou e o Prefeito Municipal, em seu nome, sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º – Esta Lei estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas médicas para idosos e pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Toledo.

Art. 2º – Para fins de aplicação desta Lei, considera-se:

I – idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelece o Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.471/2003;

II – pessoa com deficiência aquela que possui impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme estabelece o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei Federal nº 13.146/2005.

Art. 3º – Os idosos e as pessoas com deficiência poderão agendar, por telefone, as suas consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Toledo.

Parágrafo único – O agendamento poderá ser realizado pelo próprio beneficiado, por seus familiares ou pelos responsáveis, nas unidades de saúde na qual o idoso ou a pessoa com deficiência já estiver previamente cadastrado e identificado por meio do Programa de Saúde da Família.

Art. 4º – Para o agendamento, o paciente, familiar ou responsável, deverá informar o número do registro geral (RG) e do cartão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único – O paciente deverá apresentar à Unidade Básica de Saúde, no dia da consulta, o registro geral (RG) e o cartão do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 5º – O número de consultas agendadas por telefone será limitado a 20% (vinte por cento) das consultas diárias disponíveis na unidade de saúde.

Parágrafo único – O regulamento poderá prever a suspensão temporária da possibilidade de agendamento telefônico a pacientes faltosos.

Art. 6º – As unidades de saúde deverão afixar, em local visível à população, material indicativo do conteúdo desta Lei e os respectivos números de telefones e horários que ocorrerão os agendamentos.

Art. 7º – Esta Lei entra em vigor 120 (cento e vinte) dias após a data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 5 de agosto de 2019.

LUCIO DE MARCHI
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE

MOACIR NEODI VANZZO
SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO

Publicação: ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO, nº 2.375, de 6/08/2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS PARA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

1ª Edição

TOLEDO - PR

2024

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

AUTORES 1ª EDIÇÃO (SETEMBRO 2024)

Edson Luiz Michalkiewicz Junior

Raphael Henrique Chappuis

REVISORES

Alcione Correia de Lima Bacetti

Carlos Antonio Riedi

Cesar Ravache

Dhiego Sgarboza Tomin

Geruza Mara Hendges

Lara F Ciupak

Luciana Zabine De Oliveira

Marcia Inês Mallmann Baptista

Marco Aurelio Macedo

Mayara Angélica Bolson Salamanca

Robertta Fernandes Zandoná

Vanessa Cristina Venciguerra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tatiane da Veiga Rodrigues

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski

TOLEDO, SETEMBRO DE 2024

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

SUMÁRIO

DO ACESSO AOS SERVIÇOS..... 4
1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO..... 4
1.1 Introdução..... 4
1.2. Como estratificar a criança..... 5
1.2.1. Risco Habitual..... 6
1.2.2. Risco Intermediário..... 6
1.2.3. Alto Risco..... 8

2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA..... 8

3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS.....9
3.1. Pediatra de Referência.....12

4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO..... 13
4.1. Alergopediatria..... 16
4.2. Cardiopediatria..... 16
4.3. Endocrinologia.....16
4.4. Gastroenterologia e Hepatologia.....18
4.5. Infectologia..... 19
4.6 Neuropediatria.....19
4.7. Ortopedia.....20
4.8. Pneumologia..... 20

5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI.....20

6. APÊNDICE: DIÁRIO DA PRESSÃO ARTERIAL.....21

7. ANEXOS..... 22
Anexo 1. Escala M-CHAT-R/FTM.....22
Anexo 2. Escala SNAP-IV.....30
Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE)..... 30
Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale)..... 32
Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos.....34
Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM).....35

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 37

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

DO ACESSO AOS SERVIÇOS

Toda criança que necessitar de assistência médica no município de Toledo deve procurar a Unidade de Saúde de referência e consultar com o médico clínico, médico da família ou pediatra da unidade. Após avaliação, se o profissional responsável julgar necessário, deverá realizar o devido encaminhamento para a especialidade conforme descrito neste documento norteador.

1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

1.1 INTRODUÇÃO

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado adequado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer.

Os atendimentos realizados no Ambulatório Materno Infantil (AMI) ocorrem a partir da estratificação de risco de crianças, que foi elaborada com base no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021. As crianças identificadas como risco habitual e intermediário deverão ser acompanhadas nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Já as crianças classificadas como de alto risco deverão ser encaminhadas ao AMI (ANEXO A) e o cuidado passará a ser compartilhado entre a APS e o serviço especializado.

Importante enfatizar que, mesmo quando há necessidade de acompanhamentos especializados, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada por atendimentos compartilhados com a APS. A continuidade do cuidado é um dos princípios que devem ser garantidos à criança. As equipes da APS e AMI devem atuar como um serviço único de apoio recíproco no que diz respeito ao compartilhamento de informações, objetivo e manejo objetivo e manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e instrumentos pactuados a fim de concretizar o cuidado compartilhado da criança.

A realização da estratificação dos recém-nascidos (RN) e das crianças de risco habitual, intermediário e alto risco possibilita o planejamento do cuidado individualizado e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Os critérios da estratificação devem ser reavaliados de forma contínua e dinâmica a cada nova consulta, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, visto que as crianças podem apresentar alterações em suas condições de saúde que ocasionem mudanças na estratificação de risco. No AMI as crianças seguem a mesma guia de estratificação até os 3 anos de vida.

A primeira estratificação de risco deve ser realizada preferencialmente antes da alta no hospital de nascimento ou durante a visita domiciliar do recém-nascido, realizada pela

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

APS, a estratificação realizada na maternidade precisa ser revista. A classificação da criança em risco habitual, intermediário ou alto risco depende de características maternas (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

1.2. COMO ESTRATIFICAR A CRIANÇA

A estratificação de risco utilizada no município é embasada no documento aprovado pela CIB/PR em 28/04/2021 e foi adaptada para a realidade do município com contribuições dos profissionais que atendem no AMI.

a) A estratificação de risco ao nascer deve ser realizada na maternidade e/ou no primeiro atendimento do RN na APS;

b) A estratificação de risco entre 1 mês e 3 anos de vida deve ser realizada em todas as consultas;

c) A identificação de um único critério define o risco da criança, predominando o critério de maior gravidade;

d) A maternidade deve preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal, bem como anexar o resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando alta;

e) Quando o cuidado for compartilhado entre a APS/ESF (Estratégia Saúde da Família) e AMI, deverá manter atendimentos intercalados;

f) Quando houver comprometimento do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções;

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1.2.1. RISCO HABITUAL

As crianças e recém nascidos de risco habitual são os que apresentam os riscos esperados para a fase da vida e não apresentam nenhum fator agravante.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios da estratificação
ESF/EAP	Médico/Enfermeiro	-APGAR > 7 no 5º minuto; -Peso ao nascer ≥ 2.500g e < 4.000g; -Idade gestacional ≥ 37 e < 42 semanas. -Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. -Triagem neonatal com resultado normal; -Vacinação em dia; -Adequado crescimento; - Adequado desenvolvimento.

1.2.2. RISCO INTERMEDIÁRIO

As crianças classificadas como risco intermediário precisam de adaptação no calendário de consultas de modo a realizar um seguimento intensificado com o objetivo de acompanhar sua evolução e desenvolvimento. Em casos nos quais não se identifica melhora dos fatores de risco ou exista piora dos critérios presentes, a classificação será alterada para alto risco e as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos precisam ser encaminhadas para o AMI. Todo atendimento e classificação de risco devem ser registrados no prontuário. Caso a estratificação permaneça como risco intermediário a criança deverá ser encaminhada ao pediatra de referência.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios de estratificação
ESF/EAP	Médico ESF Enfermeiro Pediatra EAP Pediatra da unidade de referência AMI, se for necessário	**Características individuais e socioeconômicas maternas:** <u>Filhos de mães:</u> – Com infecção intrauterina (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV); – Em situação de vulnerabilidade e em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; – Negras; – Com menos de 4 consultas de pré-natal; – Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade; – Com menos de 20 anos e mais de 3 partos; – Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; – Que apresentaram exantema durante a gestação; – Com gravidez não planejada e/ou indesejada e/ou com dificuldade de aceitação; – Com gravidez decorrente de violência sexual; – Com histórico de 3 abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); Com histórico de natimorto (quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

		gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm). – Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança; – Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis; – Mãe sem suporte familiar ou rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.[1] – Chefe da família sem fonte de renda; – Depressão pós-parto e/ou baby blues; – Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica; – Pais com dependência de álcool e outras drogas; – Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; – Com histórico de violência interpessoal; – Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN; – Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável. E/ou **Características do nascimento:** – Peso ao nascer ≥ 2.000g e < 2.500g; – Idade gestacional ≥ 35 e < 37 semanas; – Anomalias congênitas menores relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. Exemplos: fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados; – Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal; – Criança sem realização de triagem neonatal;[2] – Desmame precoce (antes do 6º mês de vida); – Desnutrição ou curva pondero estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;[3] – Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;[4] – Cárie;5 – Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.

1- Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

2- Diz respeito ao teste da orelhinha, olhinho, coraçãozinho e pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais testes já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

3- De acordo com o Cartão da Criança: Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

4- Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

5- Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Todas as ESF possuem uma EAP de referência (item 3.1) que poderá auxiliar nos atendimentos quando existir necessidade de avaliação da criança com profissional pediatra. O pediatra, ou qualquer profissional da saúde, ao avaliar a criança com idade inferior ou igual a 3 anos e identificar a necessidade de estratificar como alto risco deverá realizar o encaminhamento ao AMI.

1.2.3. ALTO RISCO

Para as crianças com idade inferior ou igual a 3 anos e classificadas como alto risco deverá ocorrer o acompanhamento conjunto entre o AMI e a APS/ESF em que a família está cadastrada. A equipe da APS/ESF deve monitorar o seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida. O coordenador do cuidado e dos atendimentos será o pediatra do ALTO RISCO.

Quem atende?	Profissionais envolvidos	Critérios
ESF/EAP AMI	– Médico e enfermeiro da ESF ou EAP – Equipe multidisciplinar do AMI Pediatra/Neuropediatra/Infectologia/nutricionista/enfermagem/psicologia/serviço social.	– Afecções perinatais e malformações[1] congênitas graves (com repercussão clínica); – Peso ao nascer < 2.000g e ≥ 4.000g; – Prematuridade ≤ 34 semanas; – Asfixia perinatal e/ou APGAR < 7 no 5º minuto; – Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão; – Infecções crônicas como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, Zika vírus, HIV confirmadas ou em investigação; – Cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica;[2] – Testes de triagem neonatal alterados;[3] – Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; – Sinais de violência / maus-tratos; – Desnutrição grave e/ou obesidade;[4] – Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.

1- Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. Exemplos: lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias microtias, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.
2- Como por exemplo: síndrome de Down, síndrome de Patau.
3- A identificação de um único teste alterado de triagem já caracteriza como alto risco.
4- Peso elevado para a idade > escore-z +2 | Peso adequado para a idade ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 |Baixo peso para idade ≥ escore-z -3 e < 2 | Muito baixo peso para a idade < escore-z -3.

2. SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Em situações de urgência e emergência pediátrica, a criança deverá ser encaminhada a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), independente da idade, para o manejo e acompanhamento da condição em questão.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Exemplos de casos de urgência e emergência em pediatria: Parada Cardiorrespiratória (PCR), crises convulsivas, sepse, urticária e angioedema, desidratação moderada a grave, crise de asma, bronquiolite, pneumonia e lesões traumáticas, atresia de vias biliares.

3. FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS

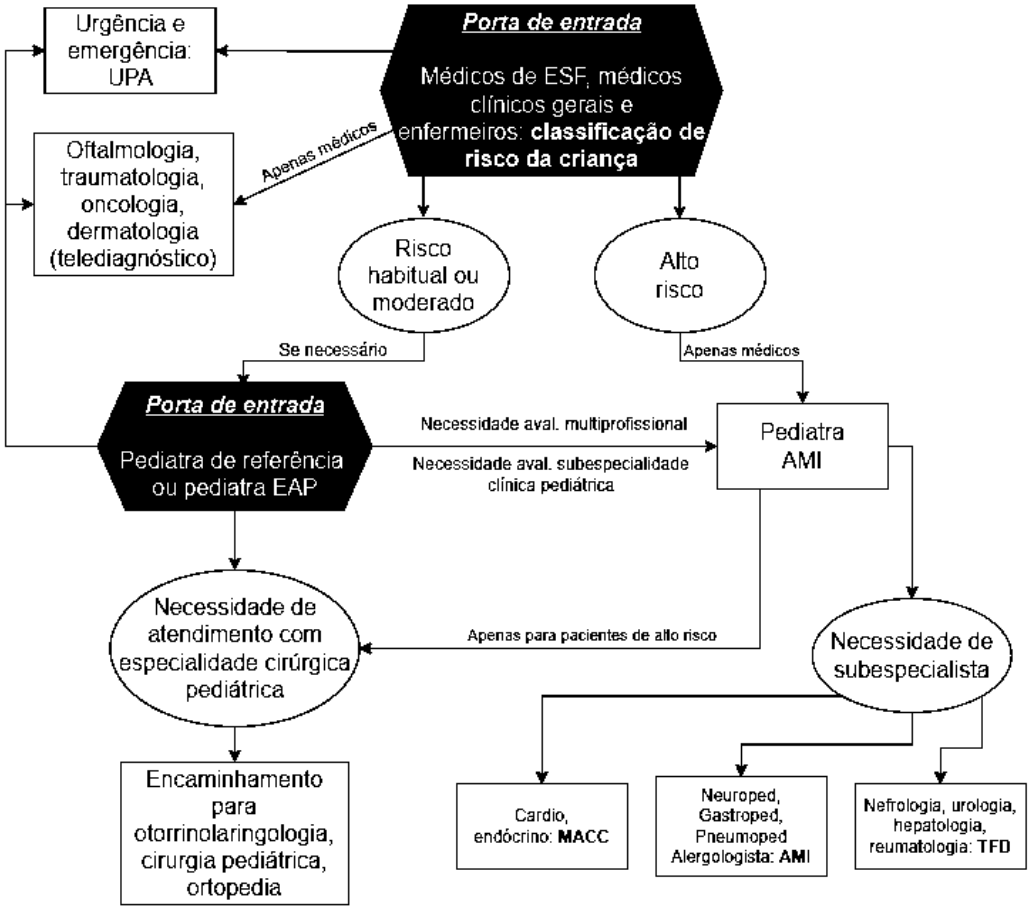
O fluxo de atendimentos é explicitado abaixo com o fluxograma 1, relevante para pacientes com idade inferior ou igual a 3 anos; e o fluxograma 2, relevante para pacientes com idade superior a 3 anos.

Em resumo:

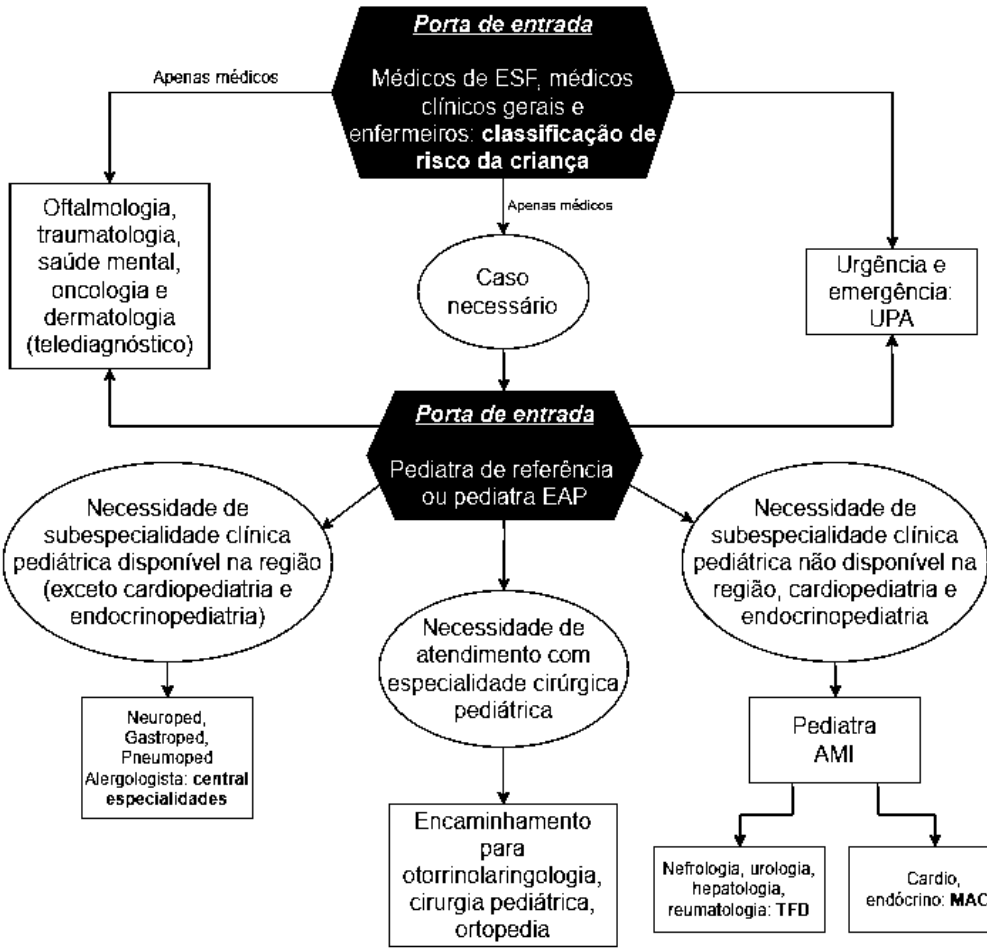
- Independentemente da idade, existem duas possibilidades de porta de entrada: médicos ESF, clínicos EAP e enfermeiros ou pediatras EAP.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de risco habitual ou intermediário são encaminhados da ESF para o pediatra referência, e então para a avaliação com subespecialista, caso seja necessário.
- Pacientes com idade menor ou igual a 3 anos de alto risco são encaminhados diretamente para avaliação pediátrica no AMI, sem necessidade de avaliação pelo pediatra de referência da unidade.
- O pediatra de referência, ao manejar pacientes com idade menor ou igual a 3 anos, pode optar por encaminhar diretamente para pediatria cirúrgica (ortopedia, otorrinolaringologia e cirurgia pediátrica), AMI (em caso de necessidade de subespecialidade clínica pediátrica), Oftalmologista, Dermatologista (telediagnóstico), Traumatologista, Oncologista ou para UPA em situações e urgência ou emergência.
- Pacientes maiores de 3 anos, independentemente da estratificação de risco, são encaminhados conforme necessidade da ESF para o pediatra referência, exceto em casos de urgência e emergência ou necessidade de atendimento oftalmológico, dermatológico ou de traumatologia (ortopedia fraturas). O pediatra de referência então poderá encaminhar o paciente para subespecialidade clínica ou cirúrgica conforme necessidade.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Menor ou igual a 3 anos de idade



Maiores de 3 anos de idade



Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

3.1. PEDIATRA DE REFERÊNCIA

Considerando a necessidade eventual de profissionais das ESFs encaminharem crianças para uma avaliação pediátrica, segue abaixo as Unidades de referência:

Centro de Saúde de Toledo	
ESF São Francisco	Linha Nossa senhora do rocio (possui sede)
ESF Panorama	Linha Tapuí
ESF Panorama II	Linha mandarina (possui sede)
ESF Bressan/Cezar parque	Linha da Usina (possui sede)
Linha Cerâmica prata	Linha Aracary
Linha São Francisco	Linha Chaparral
Linha Boiko (possui sede)	Linha Caça e pesca
Linha Sanga Funda/de Marchi	

UBS Jardim Maracana	
ESF Pioneira	Linha Carvalho
ESF Jardim da Mata	Linha Comin
Distrito Bom Princípio (possui sede)	Linha Gramado (possui sede)
Linha Lacto Bom	Linha Estrada Marilopeí
Linha Vista Alegre (possui sede)	Linha Anzolin
Linha Sanga Guarani	ESF Paulista

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

UBS Coopagro	
ESF Cosmos	Linha Fadanelli
ESF Pancera	Linha Tigre I
UBS Dois Irmãos	Linha Pinhalzinho
UBS Vila Ipiranga	Linha Laticinio
ESF Novo Sarandi	Linha Espigão
UBS Novo Sobradinho	Linha Sitio Paz D' Água
UBS Vila Nova	Linha Primo Cruzado (possui sede)
Linha Tigre	Linha Guaçú
Linha Estrada da produção	Linha Floriano (possui sede)
Linha Sanga Verde (Lidio)	Linha Projeto poty
Linha da Cascalheira	Linha Flórida (possui sede)
Linha São João (possui sede)	Linha Nova Brasilia
Linha Tres quedas (possui sede)	Linha Gabardo/Tremea
Linha Marafon	Linha Dois Marcos (possui sede)
Linha Santo Antonio (possui sede)	Linha São Pedro (possui sede)
Linha Gafuri	Linha Pérola
Linha Sapo (Celso porsch)	Linha Peabiru I
Linha Pietrowski	Linha Peabiru II
Linha Giacomini (possui sede)	Linha Brasilia
Linha Arapongas (possui sede)	Linha Recanto
Linha Gavião	Pedreira Municipal
Linha Fazenda Branca (possui sede)	Linha são Valentim

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

UBS Jardim Porto Alegre	
ESF Europa	Linha dom Bosco/pedreira/compostec
ESF Concórdia;	Linha Lira II (saída para São Roque)
UBS Distrito São Luiz do Oeste	Linha laticínio
UBS Boa vista	Linha Buê Caé (possui sede)
Linha do Sol Nascente (possui sede)	Linha sítio vagalume
Linha Galvão	Linha Schuh
Linha Manzatti	Linha Fazenda São Roque
Linha Klein	Linha Gaçu/Picinin/Ticão
Linha Hoffmann/Orlando	Linha Conte
Linha Rio Toledo	Linha Pasqualli/Perin
Linha Estrada do Aeroporto regional	Linha Dr. Ernesto (possui sede)
Distrito Ouro Preto	Linha Assermuto
Linha Lira	Linha cavalo Morto
Linha Mazur	

UBS Vila Industrial	
ESF Santa Clara IV	Linha Kasper
ESF Concórdia do Oeste/Dez de Maio	Linha Michelon
Linha Angola	Linha Sanga Funda
Linha 14 de dezembro (possui sede)	Linha Estrada Zadimel
Linha Santa Terezinha	Linha Bangu (possui sede)
Linha General Osório (Possui sede)	Linha Xaxim (pertence ESF Concórdia)
Linha KM 41 (possui sede)	Linha Nova Videira
Linha União Baixa	Linha São Miguel
Linha União Alta	Linha Lajeado (possui sede)
Linha São Salvador (possui sede)	Linha São Paulo (possui sede)
Linha Entre Meio	Linha Três bocas (possui sede)
Linha Cerro da Lola (ESF Concórdia)	Linha Tatu
Linha Kliemann	

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4. ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO

Os encaminhamentos devem seguir o esquema evidenciado nos fluxogramas 1 e 2 do tópico 4 (presente no protocolo), a depender da idade do paciente (discriminado em menor ou igual a 3 anos ou maior de 3 anos).

O conteúdo descritivo mínimo necessário para qualquer encaminhamento, independentemente da especialidade, consiste em:

1. História atual detalhada. Descrição das manifestações clínicas, com datas de início, episódios de agudização e fatores de risco relevantes para a condição em foco.
2. História pregressa detalhada, incluindo dados da gestação e outras doenças crônicas, mesmo que não associadas à patologia que justifique o encaminhamento.
3. Preenchimento completo da carteirinha da criança, em especial curvas de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e exames de triagem neonatal.
4. Tratamentos prévios já realizados, em detalhe, com a data de duração de cada intervenção e resultados.
5. Exames prévios pertinentes já realizados, com data, devem ser levados pelo paciente na consulta com subespecialista.

As informações supracitadas deverão estar contidas em prontuário eletrônico e, em casos de impossibilidade de acesso aos dados descritos em prontuário eletrônico (sistemas diferentes e/ou não compatíveis), tais informações dever-se-ão fazer presentes em forma de documento físico (carta) entregue ao paciente (solicitar ao paciente, ou responsável, que apresente o documento para o médico ao qual está sendo encaminhado), permitindo assim que o próximo profissional esteja atualizado a respeito do quadro.

Em nossa rede, a principal situação na qual a realização de carta é necessária ocorre nos encaminhamentos para o MACC, onde usa-se o sistema IDS saúde em vez do sistema SIGSS, utilizado na atenção primária.

As cadernetas da criança e da gestante devem estar disponíveis para a conferência e registros de informações em todas as consultas com o pediatra (referência, AMI ou subespecialidade). Orientar o responsável pela criança a sempre portar tais documentos.

Exames adicionais necessários para encaminhamento para cada especialidade são descritos nos subtópicos abaixo.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.1. ALERGOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Alergopediatria	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Anafilaxia	Histórico completo de exacerbações
Imunodeficiência	Sem exames adicionais

4.2. CARDIOPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de cardiopediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Cardiologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Arritmias	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida Radiografia de tórax PA
Cardiopatia congênita	Ecocardiograma se menor de 1 mês de vida
Hipertensão arterial	Controle de pressão arterial
Vertigem ou síncope	Sem exames adicionais

4.3. ENDOCRINOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de endocrinologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Endocrinologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Baixa velocidade de crescimento	Hemograma Ferritina e TIBC Radiografia de ossos do punho (idade óssea) TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Baixo peso	Hemograma Ferritina e TIBC TSH + T4L Antitransglutaminase tecidual IgA Dosagem de IgA total Anti gliadina deaminada IgG (caso anti-tTG IgA negativo) Dosagem de vitamina D e B12 Sedimento urinário
Diabetes mellitus (1 ou 2)	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) HbA1c Glicemia de jejum Creatinina e ureia Sedimento urinário Receita de insulina e controle glicêmico caso faça uso
Hiperplasia adrenal congênita	Sódio e potássio Dosagem de 17-OH-progesterona
Hipo e hipertireoidismo	Hemograma PCR THS e T4L
Obesidade ou dislipidemia	Hemograma Perfil lipídico (CT, LDL, HDL, triglicérides) ALT (alanina aminotransferase) Glicemia (jejum ou HbA1c) TSH + T4L
Puberdade precoce	LH e FSH Estradiol USG abdomen (acrescentar pelve em sexo feminino) Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Puberdade tardia	LH e FSH Radiografia de ossos do punho (idade óssea)
Síndromes genéticas	Sem exames adicionais.
Teste metabólico (pezinho) anormal	Sem exames adicionais.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.4. GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de gastroenterologia e hepatologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Gastroenterologia e Hepatologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Alergia a proteína do leite de vaca	Sem exames adicionais
Disfagia	Sem exames adicionais
Icterícia (com critérios de encaminhamento)	Hemograma Bilirrubina total e frações
Icterícia com colúria e acolia	**Encaminhar com urgência para UPA**
Intolerância à lactose	Não solicitar exames.
Refluxo gastroesofágico	Sem exames adicionais
Sangramento retal	Sem exames adicionais
Síndrome diarreica	Sem exames adicionais
Síndromes disabsortivas com baixo peso	Sem exames adicionais

4.5. INFECTOLOGIA

Os encaminhamentos para especialidade de infectologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Infectologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Sífilis congênita	VDRL binômio
Toxoplasmose congênita	Sorologia binômio
Hepatites virais	Sem exames adicionais

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.6 NEUROPEDIATRIA

Os encaminhamentos para especialidade de neuropediatria devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Neurologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Epilepsia/ Crises Convulsivas	Sem exames adicionais
Microcefalia	Sem exames adicionais
Encefalopatia Progressiva	Sem exames adicionais
Encefalopatia estática/ Paralisia Cerebral	Sem exames adicionais
Distúrbios do movimento	Sem exames adicionais
Doenças Neuromusculares	Sem exames adicionais
Suspeita de erros inatos do metabolismo	Testes de triagem neonatal
Atraso global do desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual	Sem exames adicionais
Cefaleias	Sem exames adicionais
Distúrbios do Sono	Sem exames adicionais
Afecções Neurovasculares	Sem exames adicionais
Transtorno Específico da Aprendizagem	Sem exames adicionais
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	M-CHAT (16 a 30 meses)
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	SNAP-IV (3 a 18 anos)
Transtorno Opositor Desafiador (TOD)	Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

4.7. ORTOPEDIA

Os encaminhamentos para especialidade de ortopedia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Ortopedia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Displasia do Desenvolvimento de Quadril	USG quadril

4.8. PNEUMOLOGIA

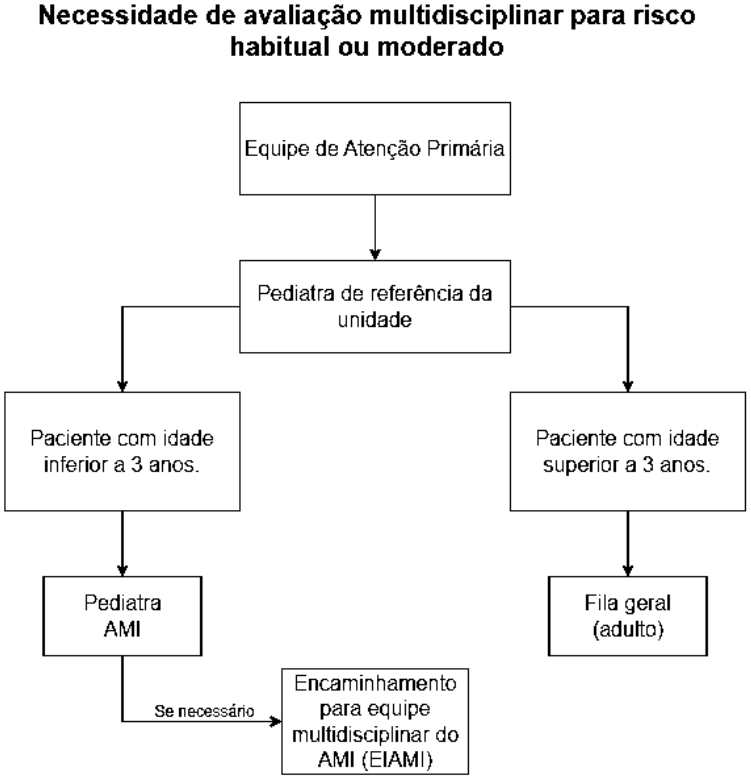
Os encaminhamentos para especialidade de pneumologia devem respeitar o fluxo estabelecido no tópico 4 (FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO). Além disso, é necessário que os pacientes apresentem exames já realizados de acordo com a tabela abaixo. Estes exames devem ser solicitados previamente ao encaminhamento pelo pediatra referência ou médico da ESF, sendo idealmente realizados durante o período de espera pelo atendimento na especialidade.

Pneumologia	
Doença	**Exames obrigatórios pré-encaminhamento**
Asma	Histórico completo de exacerbações (sibilância de repetição)
Fibrose Cística	Teste do pezinho alterado ou história sugestiva

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

5. ATENDIMENTOS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR AMI

Os atendimentos da EIAMI são realizados a partir dos encaminhamentos efetuados pelos Pediatras do AMI, conforme presente no fluxograma abaixo.



É importante lembrar que a EIAMI realiza atendimentos somente para crianças com idade menor ou igual a 3 anos. Caso a idade seja superior a 3 anos e exista a necessidade de acompanhamento com equipe multidisciplinar, o médico da EAP deverá encaminhar o paciente para avaliação do pediatra de referência.

Os atendimentos disponibilizados pela EIAMI são citados abaixo:

- Fonoaudiologia (menores de 3 anos)
- Nutrição (menores de 3 anos)
- Psicologia (menores de 3 anos)
- Fisioterapia (menores de 3 anos)
- Serviço Social (menores de 3 anos)

Para que a criança seja encaminhada para o serviço de psicologia torna-se necessária a realização da estratificação de risco em saúde mental, encontrada no anexo 6.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

6. APÊNDICE - DIÁRIO DE PRESSÃO ARTERIAL

Diário da Pressão Arterial	
Nome:	
Data	**Pressão Arterial aferida com esfigmomanômetro calibrado**
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:
	Manhã:
	Tarde:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala M-CHAT-R/F™

Instruções de uso

O M-CHAT-R pode ser aplicado e pontuado como parte da visita de puericultura e também por especialistas ou outros profissionais que desejem avaliar o risco de TEA. O principal objetivo do MCHAT-R é maximizar a sensibilidade, ou seja, detectar o máximo possível de casos de TEA. Portanto, existe alta taxa de falso positivo, o que significa que nem todas as crianças que apresentarem escore de risco serão diagnosticadas com TEA. Por isso, foram acrescentadas as questões da consulta de seguimento (M-CHAT-R/F). Os usuários do instrumento devem estar cientes que, mesmo com a consulta de seguimento, um número significativo de crianças com pontuação positiva no M-CHAT-R não serão diagnosticadas com TEA. Entretanto, essas crianças são de alto risco para outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, de modo que, estas devem ser reavaliadas.

Algoritmo da pontuação

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA. O algoritmo a seguir maximiza as propriedades psicométricas da MCHAT-R:

- BAIXO RISCO: Pontuação Total entre 0-2; se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.
- RISCO MÉDIO: Pontuação Total entre 3-7; aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuras visitas médicas.
- RISCO ELEVADO: Pontuação Total entre 8-20; não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé **M-CHAT-R™**

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (**POR EXEMPLO,** se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (**POR EXEMPLO,** faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (**POR EXEMPLO**, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (**POR EXEMPLO,** mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (**POR EXEMPLO,** aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (**POR EXEMPLO,** aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (**POR EXEMPLO,** seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (**POR EXEMPLO**, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (**POR EXEMPLO**, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (**POR EXEMPLO,** seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (**POR EXEMPLO**, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (**POR EXEMPLO**, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (**POR EXEMPLO,** se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (**POR EXEMPLO**, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (**POR EXEMPLO**, ser balançado ou pular em seus joelhos).	Sim	Não

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

M-CHAT-R Consulta de Seguimento (M-CHAT-R/F)™

Instruções de Uso

O M-CHAT-R/F foi criado para ser usado junto com o M-CHAT-R. O M-CHAT-R foi validado para rastrear crianças entre 16 e 30 meses de idade, para avaliar o risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quem o utiliza deve estar ciente que, mesmo com a consulta de seguimento, haverá um número significativo de crianças que pontuarão para TEA no M-CHAT-R, mas não terão esse diagnóstico. Contudo, essas crianças apresentam risco de outros transtornos ou atrasos do desenvolvimento, portanto a consulta de seguimento se justifica para qualquer criança rastreada positivamente.

Após o preenchimento do M-CHAT-R pelo familiar, o profissional deve pontuar o instrumento de acordo com as instruções. Se a pontuação for positiva, selecione os itens do M-CHAT-R que a criança falhou e os reaplique no M-CHAT-R/F. Somente aqueles itens nos quais a criança inicialmente falhou precisam ser reaplicados.

Cada página da entrevista corresponde a um item do M-CHAT-R. Siga o fluxograma, fazendo perguntas até marcar “PASSOU” ou “FALHOU”. Atenção, os familiares podem responder “talvez” para perguntas da entrevista. Se isso acontecer, pergunte se o mais frequente é “sim” ou “não” e continue a entrevista de acordo com essa resposta. Naqueles lugares onde é possível dar como resposta “outro”, o entrevistador deve julgar se a resposta é “PASSOU” ou “FALHOU”.

Pontue as respostas para todos os itens na página de pontuação do M-CHAT-R/F (que contém os mesmos itens do M-CHAT-R, sendo que “Sim/Não” foram substituídos por “PASSOU/FALHOU”). A entrevista é considerada como sendo de rastreamento positivo se a criança falhar em dois itens quaisquer da consulta de seguimento. Se a criança for rastreada positivamente no M-CHAT-R/F, é altamente recomendado que a criança seja encaminhada para a intervenção precoce e testagem diagnóstica o mais breve possível. Atenção, se o agente de saúde ou o familiar tiver preocupações sobre TEA, a criança deve ser encaminhada para avaliação, independente da pontuação no M-CHAT-R ou M-CHAT-R/F.

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

M-CHAT-R Consulta de seguimento™ Folha de Pontuação

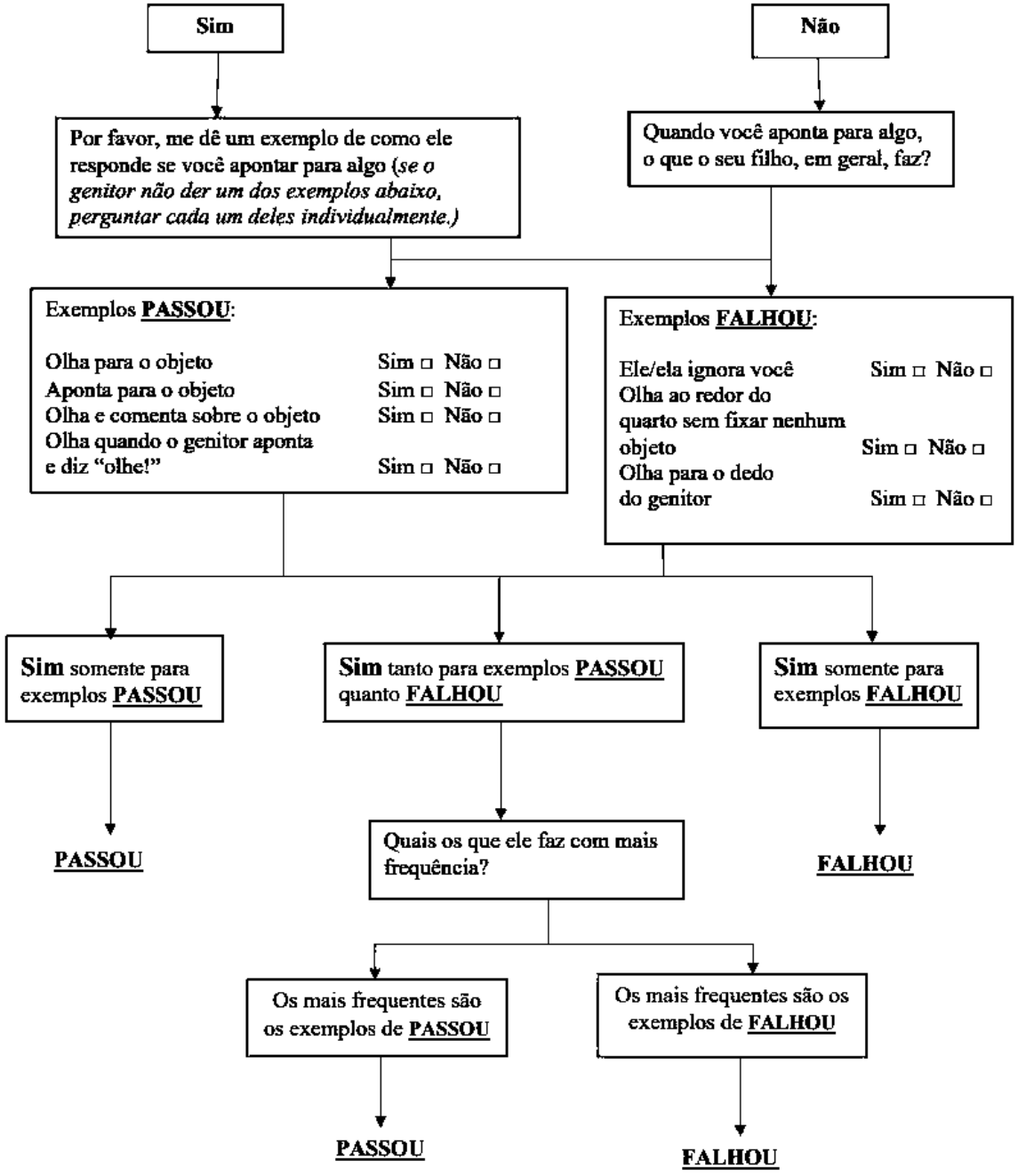
Atenção: Sim/Não foram substituídos por Passou/Falhou

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (**POR EXEMPLO**, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Passou	Falhou
2	Alguma vez se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Passou	Falhou
3	O seu filho brinca de faz de contas? (**POR EXEMPLO,** faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala no telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Passou	Falhou
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (**POR EXEMPLO**, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Passou	Falhou
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (**POR EXEMPLO,** mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Passou	Falhou
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou conseguir ajuda? (**POR EXEMPLO,** aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Passou	Falhou
7	O seu filho aponta com um dedo para mostrar algo interessante para você? (**POR EXEMPLO,** aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua?)	Passou	Falhou
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (**POR EXEMPLO,** seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Passou	Falhou
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (**POR EXEMPLO**, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Passou	Falhou
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (**POR EXEMPLO**, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Passou	Falhou
11	Quando você sorri para seu filho, ele sorri de volta para você?	Passou	Falhou
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (**POR EXEMPLO**, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de aspirador de pó ou de música alta?)	Passou	Falhou
13	O seu filho anda?	Passou	Falhou
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo ele?	Passou	Falhou
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (**POR EXEMPLO**, dá tchau, bate palmas ou faz barulho engraçado quando você faz)	Passou	Falhou
16	Se você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Passou	Falhou
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele? (**POR EXEMPLO**, olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz "olha mãe" ou "óh mamãe"?)	Passou	Falhou
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (**POR EXEMPLO**, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Passou	Falhou
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (**POR EXEMPLO**, se ele/ela ouve um barulho estranho ou engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Passou	Falhou
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (**POR EXEMPLO**, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Passou	Falhou

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1. Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto?



© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 2. Escala SNAP-IV

Público alvo: pais ou cuidadores e escola.

Escala com quatro níveis de gravidade (graduadas como nem um pouco, só um pouco, bastante ou demais). Deverá ser respondido por pelo menos 3 observadores que tenham contato frequente e regular com a criança ou adolescente.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens “bastante” ou “demais” (características de 1 a 9), considera-se que existem mais sintomas de desatenção que o esperado.

Se forem pontuados pelo menos 6 itens marcados como “bastante” ou “demais” (questões de 10 a 18), considera-se que existem mais sintomas de hiperatividade / impulsividade que o esperado.

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou adolescente:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
17. Tem dificuldade em esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, etc.)				

Fonte: Matos et al. (2006).
MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 3. Escala de Leitura e Escrita (ELE)

Idade da criança ou adolescente: 6 a 13 anos.
Público alvo: professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 16 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nunca” recebia um ponto; “raramente”, dois pontos; “às vezes”, três pontos; e “frequentemente/sempre”, quatro pontos. A pontuação mínima total, que indica nenhuma dificuldade, é 16 pontos; a máxima, que indica muita dificuldade, 64 pontos.

A lista abaixo descreve algumas dificuldades específicas que podem aparecer quando a criança/adolescente apresenta prejuízo na aprendizagem da leitura e/ou da escrita. Para cada frase, marque um “X” na frequência que corresponde à resposta que melhor:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente / Sempre
1. Demora mais tempo que os colegas para ler palavras;				
2. Demora mais tempo que os colegas para ler textos;				
3. Troca letras ao ler sílabas e palavras na leitura oral;				
4. Fica ensaiando a palavra (lendo em voz baixa) antes de ler oralmente;				
5. Gagueja, treme, fica vermelho e/ou rele algumas palavras na hora de ler oralmente;				
6. Inventa”, “chuta”, troca a palavra por outra parecida ou parece tentar adivinhar as palavras na leitura;				
7. Não compreende o que lê, (p,ex,: após ler o texto não entende o que é para fazer e/ou não entende o que aconteceu com os personagens);				
8. Troca, “come”/omite ou acrescenta letras na escrita;				
9. Escreve textos muito simples, pobres em ideias e detalhes se comparado aos colegas;				
10. Conta, oralmente, uma história melhor do que consegue escrevê-la;				
11. Demora mais tempo que os colegas nos momentos de cópia (como por exemplo do quadro);				
12. Tem letra difícil de ler e entender;				
13. Evita situações que envolvem leitura e escrita;				
14. Tem dificuldade de identificar e/ou produzir rimas;				
15. Durante uma conversa, comumente, demora para se lembrar o nome das pessoas, objetos, sentimentos ou conteúdos escolares que já conhece (como se a palavra estivesse na “ponta da língua”);				
16. Tem dificuldade para memorizar listas ou sequências de informações (p,ex,, tabuada, meses do ano, dias da semana).				

Favor responder também às perguntas abaixo em relação aos últimos 6 meses:

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

1. Em comparação aos colegas de turma, o desempenho desta(e) criança/adolescente em português está muito abaixo do esperado?

☐Sim ☐Não

2. O aluno vem recebendo algum tipo de reforço/apoio ou adaptação pedagógica na escola?

☐Sim ☐Não

3. O aluno vem evoluindo consideravelmente (exemplos: atualmente já consegue ler textos mais extensos e compreender; e/ou diminuiu, significativamente, o número de erros ortográficos; entre outros) nas suas habilidades de leitura e escrita?

☐Sim ☐Não

4. Espaço para realizar observações que considerar pertinentes: _____
_____

Fonte: Bassôa et al. (2021).

BASSÔA, A. et al.. Escala para rastreio de dislexia do desenvolvimento: evidências de validade e fidedignidade. CoDAS, v. 33, n. 2, p. e20200042, 2021.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 4. Escala de Avaliação de Transtornos de Comportamento Disruptivos para Pais e Professores (*Parent/Teacher Disruptive Behaviour Disorder Rating Scale*)

Público alvo: pais e professores.

Para a avaliação, utiliza-se uma escala *likert* de 4 pontos para mensurar a frequência com que os sintomas, elencados em 45 itens, se manifestam. A pontuação da escala foi a seguinte: cada item marcado com a frequência “nada” recebia zero pontos; “pouco”, um ponto; “muito”, dois pontos; e “demais”, três pontos.

Verifique a coluna que melhor descreve seu aluno(a) / seu filho(a). Assinale nos quadrados abaixo conforme comportamento da criança ou escreva NS ao lado de qualquer item para o qual você não saiba a resposta.

	Nada	Pouco	Muito	Demais
Frequentemente interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (em geral durante as conversas ou atividades lúdicas e jogos)				
Tem fugido de sua casa ou escola por pelo menos 2 vezes quando ainda vive com seus pais ou cuidadores (ou uma vez sem retornar por um longo período)				
Frequentemente argumenta desnecessariamente com adultos				
Frequentemente mente para obter vantagens ou favores ou para evitar obrigações				
Frequentemente inicia luta corporal ou brigas com seus pares da escola/casa				
Tem sido fisicamente cruel com as pessoas				
Fala excessivamente				
Tem roubado itens ou coisas das pessoas de forma sorrateira (em geral, roubo em lojas, falsificar, quebrar)				
Distrai-se fácil por estímulos externos				
Frequentemente se engaja em atividades físicas perigosas sem considerar os riscos e sem noção do perigo				
Frequentemente mata aulas (antes dos 13 anos)				
Inquietude excessiva com as mãos e os pés e durante postura sentada				
É rancorosamente vingativo				
Frequentemente usa linguagem obscena				
Frequentemente responsabiliza os outros pelos erros ou comportamentos inadequados				
Tem deliberadamente destruído as propriedades dos outros				
Frequentemente desafia ou se recusa a concordar com opiniões ou regras de adultos				
Parece frequentemente não atender quando se fala diretamente com ele(a)				
Frequentemente responde precocemente antes das perguntas serem completadas				
Frequentemente inicia lutas físicas e brigas com pessoas que não conhece ou que vivem na sua escola ou vizinhança				
Frequentemente pula de uma atividade para outra				
Frequentemente tem dificuldade de participar de uma atividade em silêncio				
Frequentemente falha em cumprir atividades que exigem observação de detalhes e comete erros na escola, em casa e/ou com os trabalhos				
Frequentemente emburra e aborrece por pouca coisa				
Frequentemente levanta ou anda em momentos em que se espera que se fique sentado e tranquilo				

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Frequentemente é insensível e facilmente se aborrece com os outros				
Frequentemente não segue instruções e fracassam em tarefas escolares, trabalhos da escola ou pesquisas no ambiente onde se faz estas atividades (mas não por comportamento opositivo ou porque não entendeu as instruções)				
Temperamento explosivo facilmente				
Tem frequente dificuldade em sustentar a atenção em tarefas ou atividades lúdicas				
Tem dificuldade em esperar sua vez				
Forçou ou força alguém a manter relações sexuais				
Aplica bullying, intimida ou ameaça as pessoas				
Frequentemente quer sempre chegar logo na frente e faz as coisas correndo				
Frequentemente perde coisas,objetos necessários para tarefas e atividades (brinquedos, materiais escolares, lápis, livros ou instrumentos quaisquer)				
Frequentemente se agita e corre excessivamente em situações nas quais não se recomenda ou não se é esperado (em adolescentes e adultos, pode ser em situações onde se esteja o descanso ou subjetivamente se espera que sossegue)				
Aplica atos cruéis com animais				
Frequentemente evita, não gosta ou fica relutante para se engajar em atividades				
Fica fora de casa com frequência mesmo com a proibição dos pais, começando antes dos 13 anos				
Deliberadamente aborrece as pessoas				
Tem roubado de forma a confrontar com a vítima (assalto, puxa objetos, extorsão, e roubo à mão armada)				
Estraga deliberadamente coisa, patrimônios, causando sérios danos				
Tem evidente dificuldade em organizar tarefas e atividades sequenciais				
Tem quebrado e desfastado muito coisas da casa, do carro ou da escola				
Frequentemente é esquecido para atividades rotineiras de vida diária				
Tem usado instrumentos ou armas que tem causado sérios danos físicos às pessoas ou instituições				

Fonte: Pelham et al. (1992).

Pelham, W. E. Jr. et al..Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry vol. 31, n. 2, p. 210-218, 1992. doi:10.1097/00004583-199203000-00006

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Anexo 5. Marcos do Desenvolvimento em Crianças de 2 Meses a 2 Anos

Provável atraso: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora. Possível atraso: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências. Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (Idade corrigida= semanas da idade cronológicas – semanas que faltaram para completar 40 semanas).	
2 meses	• Fixa o olhar no rosto do examinador ou dos pais • Segue objeto na linha média • Reage ao som • Eleva a cabeça
4 meses	• Responde ao examinador • Segura objetos • Emite sons • Sustenta a cabeça
6 meses	• Alcança um brinquedo • Leva objetos à boca • Localiza o som • Rola
9 meses	• Brinca de esconde-achou • Transfere objetos de uma mão para outra • Duplica sílabas • Senta sem apoio
12 meses	• Imita gestos (exemplo: bater palmas) • Faz pinça (exemplo: segura pequenos objetos com a ponta dos dedos em forma de pinça) • Produz jargão (conversação incompreensível consigo mesma ou com outros • Anda com apoio
15 meses	• Executa gestos a pedido • Coloca cubos na caneca • Produz uma palavra • Anda sem apoio
18 meses	• Identifica 2 objetos • Rabisca espontaneamente • Produz três palavras • Anda para trás
24 meses	• Tira roupa • Constrói torre com 3 cubos • Aponta duas figuras • Chuta a bola

Fonte: Figueiras et al. (2005).

FIGUEIRAS, a. c. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: . Acesso em: 25 abr. 2018. FISHER, R. S. et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia, Copenhagen, v. 55, n. 4, p. 475-482, 201

Anexo 6. Estratificação de Risco de Saúde Mental (ERSM)

Vide próximas páginas.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Estado da Saúde – SESA
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV
Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS
Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

Nome do usuário: **Número de Prontuário:**
Ocupação:

Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):

Serviço de saúde: **Data:**

Instruções de preenchimento[1]**:**
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;
2) Todos os grupos devem ser preenchidos;
3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;
4) Realize a somatória dos números circulados;
5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

	SINAIS E SINTOMAS	NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensórios sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento[2] ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10

1 Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

2 Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e\ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
GRUPO II	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
	Delirium tremens (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
GRUPO III	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
	Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8
	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
GRUPO IV	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

GRUPO V	Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
	Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
	Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2

PONTUAÇÃO	RISCO
0 a 40	BAIXO RISCO
42 a 70	MÉDIO RISCO
72 a 240	ALTO RISCO

PONTUAÇÃO TOTAL:

ESTRATIFICAÇÃO:

Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos),deficiência intelectual moderada ou severa.
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladmir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Estratificação de risco e acompanhamento de puericultura aprovada em CIB 28.04.2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/Estratifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20e%20acompanhamento%20de%20puericultura%20aprovada%20em%20CIB%2028.04.2021.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Instrumento de estratificação de risco em saúde mental. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-07/instrumento_de_estratificacao_de_risco_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 set. 2024

SENADO FEDERAL. TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/pdfs/tdah-snap-criancas. Acesso em: 05 set. 2024.

CUNHA, G. R.; SILVA, R. S.; NASCIMENTO, A. R. Título do artigo. *Revista Brasileira de Política e Administração da Saúde*, v. X, n. Y, p. Z-Z, ano. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJsx7JhDNbjswLKPZ7Td69J/. Acesso em: 05 set. 2024.

MCHATSCREEN. M-CHAT-R/F - Versão em português (Portugal). Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Portuguese_Portugal.pdf. Acesso em: 05 set. 2024.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre alergia alimentar – Parte 01. *São Paulo: SBP*. Disponível em: https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-01/28/. Acesso em: 05 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre alergia alimentar. Parte 02. Disponível em: https://www.sbp.com.br/flip/consenso-alergia-alimentar-parte-02/. Acesso em: 05 set. 2024.

Silva, Luciana Rodrigues; Solé, Dirceu; Silva, Clovis Artur Almeida da; Constantino, Clóvis Francisco; Liberal, Edson Ferreira; Lopez, Fabio Ancona (orgs); (coord). Tratado de pediatria [5. ed.], SANTANA DE PARNAÍBA: Manole, 2022.

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Assinaturas

Documento: 35949/2024 - protocolo_AMI_ .pdf
Data: 01/10/2024 09:53:07

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:57.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

Inserido por Alcione Correia de Lima Basetti em: 01/10/2024 09:53:07. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 03/10/2024 10:26:58. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 01/10/2024 13:53:55. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: 6071831a-dd78-4656-a216-cb2ae7728f46

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATORIAMENTE NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº 14.443 de 02/09/22

Eu,_____ Estado Civil _____
Portadora do RG nº _____ CPF nº _____Data de Nascimento ____/____/____
Residente:_____ nº _____
Na cidade Toledo, Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia de LAQUEADURA TUBÁRIA.
DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da Lei n. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:
1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil;
2– Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos;
3– Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
4 – Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, irreversibilidade do método e opções de contraceptivos reversíveis existentes;
5 – Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências;
6 –Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estadas emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO:

Declaro que o Dr. _____ CRM nº _____ Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.
Esclareceu-me que:
1- A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO, com o objetivo de impedir uma nova gravidez;
2-Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) Laparoscópica; b) Minilaparotomia; c) Vaginal; d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
3- Esta técnica necessita de anestesia;

4- Sua eficácia é de 99 a 99,8% com índice de Pearl de 0,5 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano;
5– Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente;
6 – As complicações que poderão surgir são: a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico: b) Pós-operatórias: • Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc.); • Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperitonites, sépsis, hemorragias), perfurações de órgãos;
7- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
8-Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: • Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc); • Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes); • Contracepção intra-uterina (DIUs); • Métodos naturais (tabelinha - Método Billings).
DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições,

CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA.

Toledo,_____de_____de_____.

_____

Assinatura da Paciente

_____

Assinatura do médico

Observação:
Preenchimento completo deste termo em três vias, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Parto Cesáreo

Eu,_____,_____(nacionalidade), portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____, Toledo, Paraná.

DECLARO para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREO. Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr (a). _____, CRM/PR _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e o bebesse, sendo os mais comuns: infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente. Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

Declaro ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independente da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante. Toledo, ___ de _____ de 202_.

_____
Assinatura da gestante

_____
Assinatura e carimbo do médico

_____
Nome e RG da testemunha

_____
Nome e RG da testemunha

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

PLANO DE PARTO

Eu,_____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos, porém desejo realizar cesariana eletiva após 39 semanas, pois não quero entrar em trabalho de parto.

Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante:_____

_____

Desejo ter meu filho de parto cesariana, fui orientada sobre as condições e os riscos da minha escolha.

Prefiro optar por cesariana eletiva por motivos particulares, já que minha gestação é baixo risco, e gostaria que fosse realizado após 39 semanas, se tudo estiver bem comigo e com o meu filho.

Gostaria que meu filho fosse colocado em contato comigo logo após o nascimento ou entregue para o meu acompanhante, assim que liberado pelo obstetra e pediatra.

Gostaria que fosse permitido fazer fotos do nascimento pela equipe de enfermagem ou pelo meu acompanhante.

Gostaria que o procedimento fosse realizado sem sedação, preferencialmente com o uso de anestesia raquidiana.

Se possível gostaria que as minhas mãos não fossem amarradas durante a cesariana, mas entendo se não for possível.

Toledo, _____.

Assinatura: _____

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Encaminhamento da APS para realização de Laqueadura Tubária/ Vasectomia LEI Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996/ PORTARIA Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999/ Lei nº 14.443 de 02/09/22

1- Dados Gerais UBS:_____Telefone para contato com a UBS:_____
Data da manifestação da vontade na UBS:_____ Data do encaminhamento para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação vontade):_____
Nome:_____
Data de Nascimento:_____Idade:_____
Cartão SUS:_____Situação Conjugal:_____
Endereço:_____
Cidade:_____telefone:_____
2- Critérios para autorização:
1- ( ) Mulher ou Homem com capacidade civil plena;
2- ( ) Ser maior de 21 anos ou, pelo menos com dois filhos vivos;*
3 ( ) Incapaz com autorização judicial;
4- ( ) Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce, informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
*Nº de filhos vivos:_____
5– Parecer médico quanto as condições de saúde da paciente:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Médico Responsável:_____CRM:_____

_____
Assinatura Médico

6-Parecer da Equipe da APS Métodos Contraceptivos usados anteriormente pelo solicitante:
( ) Contracepção intra uterina: _____
( ) Métodos barreira:_____
( ) Anticoncepcional hormonal oral: _____
( ) Anticoncepcional hormonal injetável: _____
( ) Métodos naturais. ( ) nenhum

7- Aconselhamento/Orientações realizadas pela equipe:
( ) Apresentação de métodos contraceptivos reversíveis;
( ) Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo;
( ) Esclarecimento sobre a dificuldade de reversão do método definitivo;
( ) Outros.
Quais:_____
_____
_____
_____

8-CONCLUSÃO:
_____
_____
_____
_____

Toledo ____de_____de_____.

Assinatura dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações

_____

_____

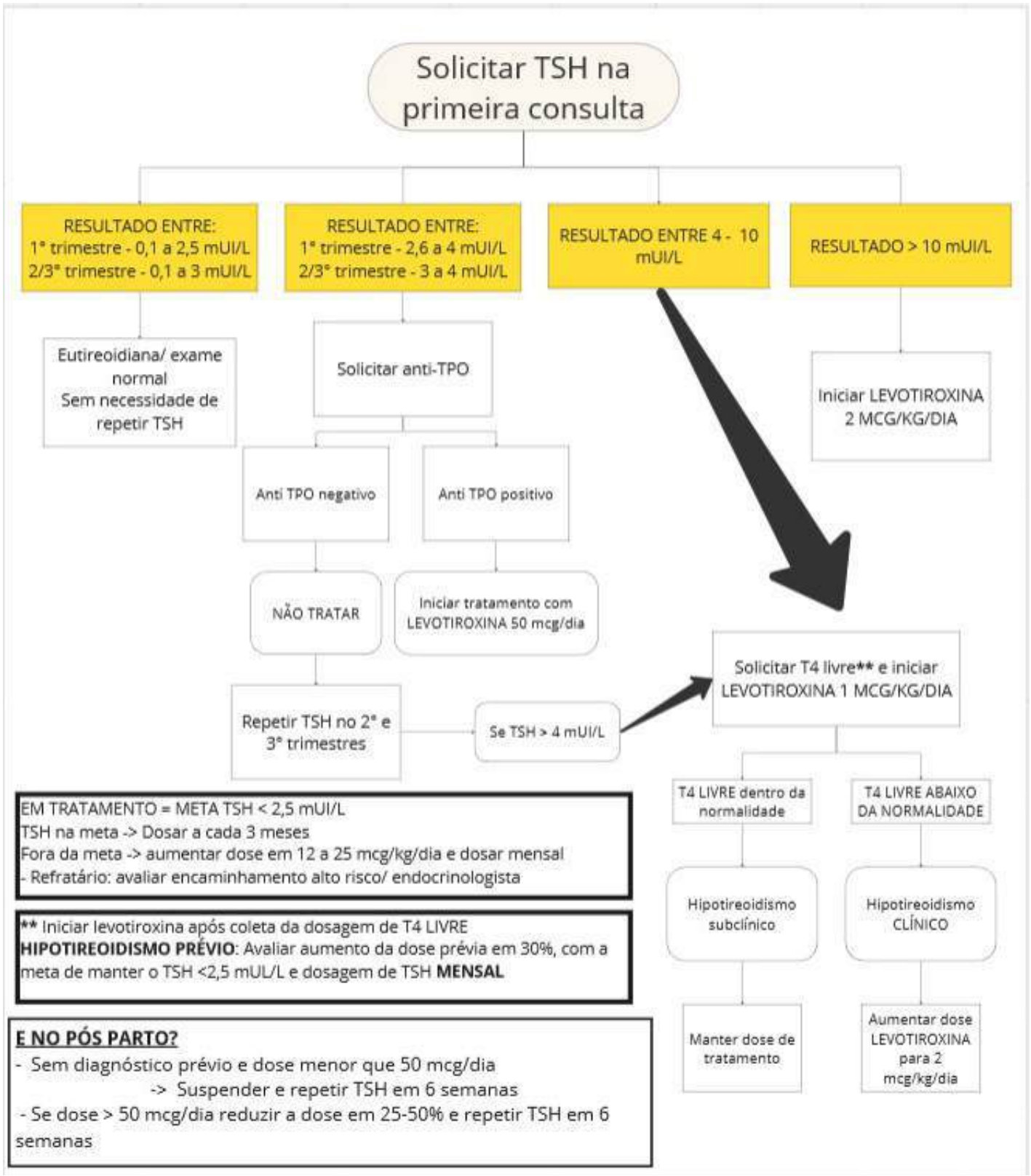
_____
Assinatura do(a) paciente

Secretaria da Saúde

TOLEDO PREFEITURA

Ambulatório Materno Infantil

Fluxograma : Manejo Hipotireoidismo em gestantes



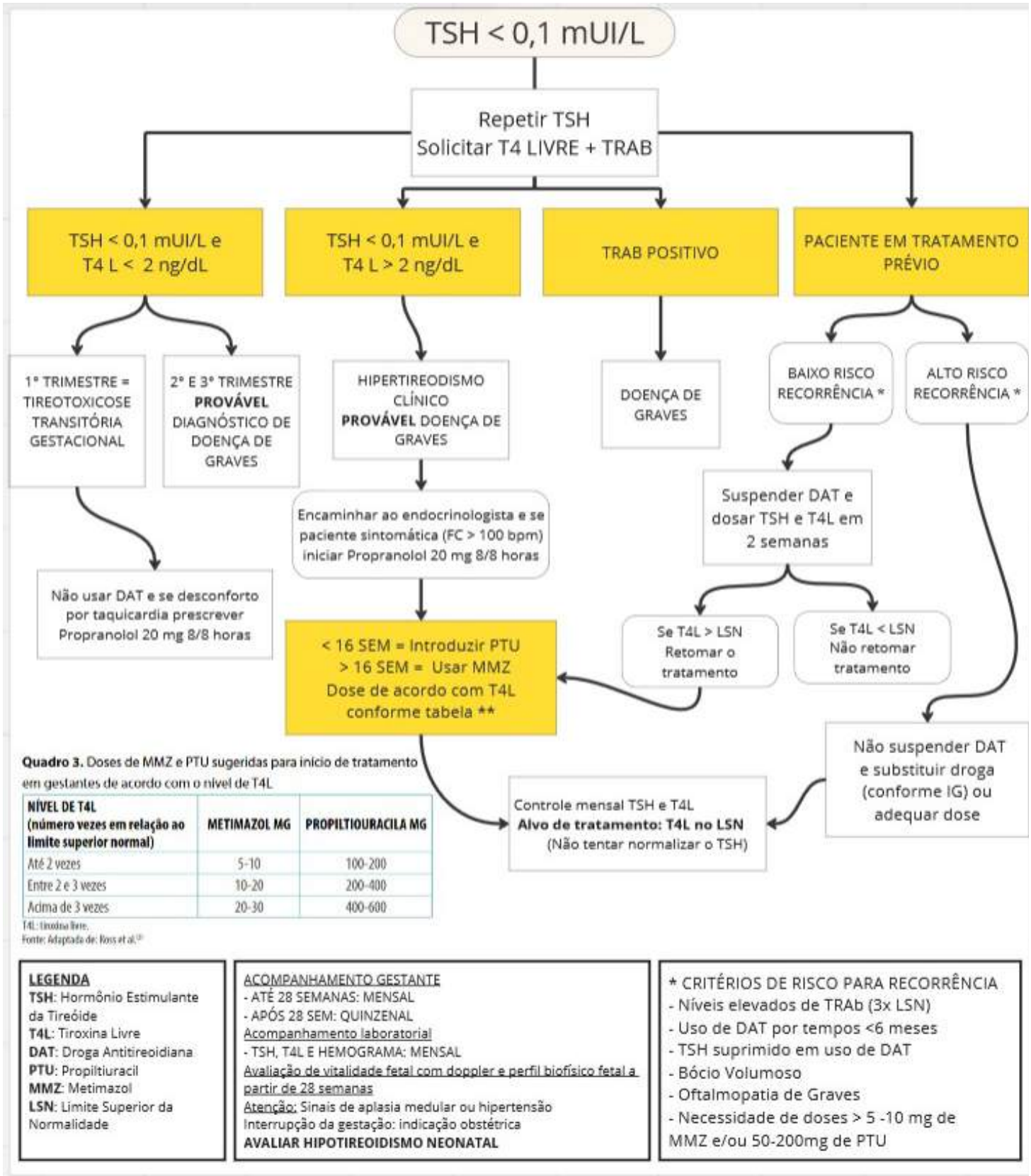
Referências: Solha ST. Hipotireoidismo - puerpério [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco]

Secretaria da Saúde

TOLEDO PREFEITURA

Ambulatório Materno Infantil

Fluxograma : Manejo Hipertireoidismo em gestantes



Quadro 3. Doses de MMZ e PTU sugeridas para início de tratamento em gestantes de acordo com o nível de T4L

NÍVEL DE T4L (número vezes em relação ao limite superior normal)	METIMAZOL MG	PROPILTIOURACILA MG
Até 2 vezes	5-10	100-200
Entre 2 e 3 vezes	10-20	200-400
Acima de 3 vezes	20-30	400-600

T4L: tiroxina livre.
Fonte: Adaptada de: Ross et al.[1]

LEGENDA
TSH: Hormônio Estimulante da Tireóide
T4L: Tiroxina Livre
DAT: Droga Antitireoidiana
PTU: Propiltiuracil
MMZ: Metimazol
LSN: Limite Superior da Normalidade

ACOMPANHAMENTO GESTANTE
- ATÉ 28 SEMANAS: MENSAL
- APÓS 28 SEM: QUINZENAL

Acompanhamento laboratorial
- TSH, T4L E HEMOGRAMA: MENSAL

Avaliação de vitalidade fetal com doppler e perfil biofísico fetal a partir de 28 semanas

Atenção: Sinais de aplasia medular ou hipertensão

Interrupção da gestação: indicação obstétrica

AVALIAR HIPOTIREOIDISMO NEONATAL

* CRITÉRIOS DE RISCO PARA RECORRÊNCIA
- Níveis elevados de TRAb (3x LSN)
- Uso de DAT por tempos <6 meses
- TSH suprimido em uso de DAT
- Bócio Volumoso
- Oftalmopatia de Graves
- Necessidade de doses > 5 -10 mg de MMZ e/ou 50-200mg de PTU

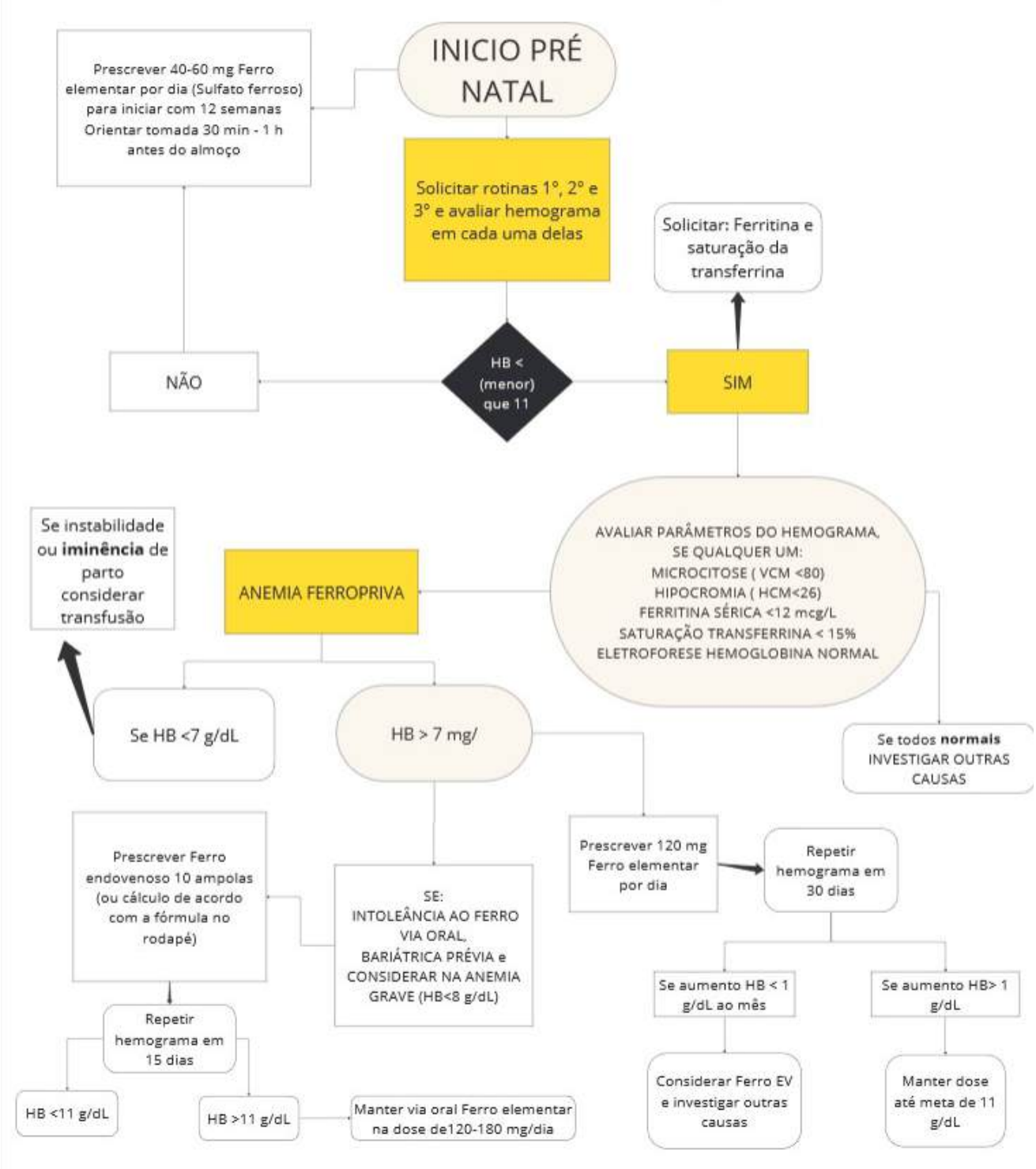
Referências: Maganha CA. Hipertireoidismo - diagnóstico [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

Secretaria da Saúde

TOLEDO
PREFEITURA

Ambulatório Materno Infantil

Fluxograma : Manejo da Anemia em Gestantes



Legenda: HB – Hemoglobina

1 – Manter sulfato ferroso até 3 meses após o parto
2- Em caso de anemia grave encaminhar para alto risco

CÁLCULO DOSE DO FERRO ENDOVENOSO

(Sacarato de hidróxido férrico - Formulação 20ml/Ml – ampolas 5 ml = 100mg)

Dose total de Ferro EV= [Peso paciente (kg) x (11-Hb encontrada em g/dl) x 2,4] + 500 mg

Diluir cada ampolas em pelo 100 ml de SF 0,9% e aplicar cada ampola em no mínimo 15 minutos, com máximo de 2 ampolas por aplicação

Referências: Maganha CA. Anemia ferropriva – diagnóstico [flowchart]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco].

GOVERNO MUNICIPAL
TOLEDO
SECRETARIA DA SAÚDE
SUS Sistema Único de Saúde

FLUXOGRAMA PARA AGENDAMENTO DE CESÁREA ELETIVA E/OU LAQUEADURA

Gestante em acompanhamento na Atenção Básica do município

Realizar 6 consultas de qualidade e registrar na Carteira de Gestante. Solicitar todos os exames laboratoriais e de imagem conforme Linha Guia Mãe Paranaense 2021, Informar e orientar de forma pormenorizada sobre parto e cesáreo e vaginal, seus respectivos riscos e benefícios. Construir plano de parto e registrar na carteirinha da gestante.

Estratificação

Alto risco e Risco intermediário

SIM → Encaminhar ao AMI INDICAÇÃO MÉDICA DO AMI

NÃO

Risco Habitual

SIM

Cesárea + Laqueadura?

NÃO

Somente Cesárea

Manifestando desejo de laqueadura até 31ª semana de gestação, deverão ser Preenchidos os anexos 1, 2 e 3, então Agendar a gestante para a Assistente Social do AMI e orientar a mesma que deverá levar estes documentos Originais preenchidos junto aos demais elencados ao final desse fluxo na data agendada com Assistente Social.

Realizar, com 34/35ª semanas de Gestação avaliação pré-anestética eletiva via Central de Especialidades, necessário encaminhamento solicitação médica/enfermeiro via malote.

Fornecer termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado e registrado em cartório

A gestante deve levar ao AMI, entre 36 e 38 Semanas de gestação, a carteirinha da Gestante, cartão SUS, Termo de Consentimento Livre Esclarecido, Exames Laboratoriais, exame de USG, Plano de Parto e Laudo da Avaliação pré-anestésica. (Documentos Originais).

Situações de urgência e emergência deverão ser encaminhadas diretamente para o Hospital Bom Jesus.

IMPORTANTE!

*Anotar no encaminhamento para avaliação anestésica a IG e a DPP e anotar também que a Central de Especialidades deverá agendar a avaliação anestésica, preferencialmente, entre a 34ª e 35ª semanas de gestação.

*A recepção da unidade deverá fazer o agendamento da gestante na agendada da Assistente Social AMI entregando para paciente data e hora que deverá levar todos os documentos originais necessarios ao AMI

(carteirinha de gestante, todos os exames de labortório e Ultrassom,plano de parto,laudo da avaliação anestésica,o termo Livre e esclarecido e em caso da laqueadura o formulário da solicitação da Laqueadura).

Gabriela Almeida Kucharski
Secretária Mununicipal de Saúde
Gabriela Almeida Kucharski
Secretária da Saúde
Portaria nº15, de 01/01/2021

21/05/24

Marcia Malimann Baptista
Gerente de Unidade de Saúde
Portaria nº 461, de 1º de agosto de 2016

Recebi em 22/05/24

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

ERRATA

Protocolo Regional de Atenção à Gestantes e Puérperas da 20ª Regional de Saúde

Com o objetivo aprimorar o Protocolo Regional de Atenção à Gestantes e Puérperas da 20ª Regional de Saúde (aprovado pela DELIBERAÇÃO Nº 04 – 04/04/2023 na Comissão Intergestores Regional da 20ª Regional de Saúde), e considerando o contido e previsto na Lei Estadual nº 20.127/2020 e no Decreto Estadual nº 11570/2022, os quais definem que, para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo ser realizado o devido registro em prontuário e que as gestantes estratificadas como de Risco Intermediário e de Alto Risco estão excluídas da possibilidade de realização de cesárea eletiva a pedido, o fluxo de promoção de parto e cesáreas eletivas na 20ª Regional de Saúde passa a vigorar com o seguinte texto:

Fluxo para Agendamento de Promoção de Parto e Cesáreas para Gestantes de Alto Risco e Risco Intermediário*[1] no HOESP

~~*Para o risco intermediário nesse fluxo serão consideradas APENAS as seguintes condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual: Diabetes gestacional não-insulinodependente e/ou Anemia moderada (hemoglobina entre 9 e 9,9 g/dl),~~ **válido para os Municípios onde o HOESP é referência para o Risco Intermediário.**

Conforme a Linha de Cuidado Materno Infantil da SESA PR vigente, durante o pré-natal será determinada a maternidade de referência para o parto com a vinculação da gestante à mesma (e para situações de urgência e emergência durante a gestação), de acordo com a estratificação de risco da gestacional. Espera-se, portanto,

1 Todas as gestantes de risco intermediário entram nesse fluxo, independentemente de ter ou não condições clínicas associadas

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

que ao entrar em trabalho de parto a gestante acesse diretamente a sua maternidade de referência.

No entanto, algumas situações clínicas durante a gestação podem indicar a necessidade de interrupção da gestação antes do processo natural do parto. Para estas situações, ao identificar a necessidade de promoção de parto induzido ou realização de cesárea, justificada por condições clínicas específicas, estipula-se o fluxo abaixo:

1) A gestante deverá ser encaminhada ao ambulatório do Alto Risco para avaliação. Sugere-se que esta avaliação seja feita a partir da 36ª e no máximo até a 38ª semana de gestação;

2) Após a avaliação do ambulatório de Alto Risco o(a) médico(a) do ambulatório de Alto Risco faz uma referência (carta médica, etc) para a gestante indicando o tipo de parto e semana/data ideal para a promoção do parto. É imprescindível que esta carta médica contenha justificativa fundamentada para a solicitação do parto, com informações suficientes e de qualidade sobre o caso.

3) Gestante procura a Secretaria de Saúde do município de origem;

4) Secretaria Municipal de Saúde do município de origem providencia os documentos abaixo:

- Cópia do encaminhamento médico do Alto Risco;
- Cartão SUS da gestante;
- Cópia na íntegra da carteira da gestante, sendo importante a conferência dos dados de preenchimento e da DUM, DPP e DPP eco;
- Cópia do último USG;

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

5) Secretaria Municipal de Saúde encaminha os documentos digitalizados em PDF em **arquivo único** no e-mail: centroobstetrico@hoesp.org.br e centroobstetrico2023@gmail.com

6) Informações que deverão constar no texto do e-mail:

- Nome completo da gestante;
- Estratificação de risco com a indicação da condição clínica (Ex: alto risco por HAS)
- Idade gestacional;
- Município de origem;
- Telefone da gestante para contato.

Agendamento de Cesáreas Eletivas nos Hospitais de Referência das Gestações de Risco Habitual ~~**e Risco Intermediário SEM condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual**~~[2]

Conforme previsto na Lei estadual 20.127/2020, no Decreto Estadual nº 11570/2022 e no Parecer CRM-PR 2796/2020, **para garantir a segurança do feto**, a cesariana a pedido da gestante, **nas situações de risco habitua**l, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo ser realizado o registro em prontuário.

Gestações estratificadas como de Risco Intermediário e Alto Risco estão excluídas da legislação , não havendo previsão legal para realização de cesárea eletiva

2 O risco intermediário, assim como o alto risco, ficam excluídos da possibilidade de cesárea eletiva a pedido da gestante, conforme Art. 4º Decreto Estadual nº 11570/2022

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

a pedido. Nesses casos, a via do parto deve ser avaliada pela equipe médica do hospital de referência para o parto.

São pré requisitos para a indicação de Cesárea Eletiva:

- Ter realizado, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, de qualidade e registradas na Carteira da Gestante e;
- **Gestante ter recebido todas as informações de forma pormenorizada** sobre o parto cesáreo e vaginal, seus respectivos benefícios e riscos;
- Tenha em posse todos os exames laboratoriais e de imagem conforme Linha Guia;
- Que a gestação tenha sido estratificada como de risco habitual e com programação de parto a partir de 39 semanas de gestação, comprovada em USG;
- Não esteja em situação de urgência e emergência;
- **Tenha plano de parto** (modelo conforme Anexo II)**,** realizado pela equipe da APS e devidamente registrado na Carteira da Gestante;
- **Esteja em posse de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (modelo conforme Anexo I) assinado previamente, em 03 (três) vias, sendo que uma ficará no prontuário, outra em posse da gestante e outro destinado ao serviço hospitalar de referência para o parto.
- Tenha realizado avaliação pré-anestésica eletiva prévia via ambulatorial;
- *Caso haja intenção de realização da esterilização cirúrgica junto ao parto, a gestante deve ter realizado a manifestação da vontade com no mínimo 60 dias antes do parto, além de preencher o documento de consentimento livre e esclarecido necessário para cirurgia de laqueadura tubária bilateral em 3 vias, e apresentar o Encaminhamento da APS para realização de Laqueadura Tubária em 2 vias.

A equipe responsável pela gestante deve providenciar:

- Cópia da carteira da gestante;

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

- Cartão SUS da gestante;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ((modelo conforme Anexo I), assinado, em 03 (três) vias, sendo que uma ficará no prontuário, outra em posse da gestante e outro destinado ao serviço hospitalar de referência para o parto;
- Exames laboratoriais com resultado devidamente transcrito na Carteira da Gestante;
- Exames de USG com laudo;
- Plano de parto preenchido e assinado (modelo conforme Anexo II);
- Laudo da Avaliação pré anestésica;
-*Documento de consentimento livre e esclarecido (modelo conforme Anexo III) necessário para cirurgia de laqueadura tubária bilateral **(caso tenha intenção de realizar laqueadura junto ao parto)**.
-*Encaminhamento da APS (modelo conforme Anexo Iv) para realização de Laqueadura Tubária **(caso tenha intenção de realizar laqueadura junto ao parto).**

Secretaria Municipal de Saúde encaminha os documentos digitalizados em PDF em arquivo único no e-mail do hospital de referência:

-HOESP: centroobstetrico@hoesp.org.br e centroobstetrico2023@gmail.com
-**Hospital Prefeito Quinto Abrão Delazeri** – Palotina: hmpalotina@hotmail.com e maternoinfantilhmpqad@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).
-**Hospital Assiste Guaíra**: corpoenfermagem@assisteguaira.org.br (Possuem fluxo próprio de agendamento).
-**Hospital Dr Cruzatti:** (Possuem fluxo próprio de agendamento).centrocirurgicocruzatti@outlook.com
-**Hospital Beneficente Moacir Micheletto** – Assis Chateuabriand: enfermagem.hospitalmm@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).
-Hospital Beneficente Moacir Micheletto – Santa Helena: ahbmmsh.enfermagem@gmail.com e ahbmmdirecao@gmail.com (Possuem fluxo próprio de agendamento).

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

Informações que deverão constar no texto do e-mail:

- Nome completo da gestante;
- Idade gestacional;
- Município de origem;
- Telefone da gestante para contato.

Sem mais, colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Toledo, 26 de fevereiro de 2024.

Atenciosamente

Assinado eletronicamente
Fernando Pedrotti
Diretor da 20ª RS

Assinado eletronicamente
Marciane Specht
Presidente do CRESEMS 20ª RS

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

ANEXO I
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Parto Cesáreo

Eu,_____
____ (nome completo), _____ (nacionalidade), portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____, (NOME DO MUNICIPIO), Paraná, **DECLARO** para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREO.**

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr (a). _____, CRM/PR _____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e o bebesse, sendo os mais comuns: infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

Declaro ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independente da habilidade do médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

_____, ___ de _____ de 202_

_____
Assinatura da gestante

_____
Assinatura e carimbo do médico

_____
(Nome e RG da testemunha)

_____
(Nome e RG da testemunha)

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

ANEXO II

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento no qual poderá registrar suas preferências para o atendimento durante o nascimento de seu bebê. Uma importante ferramenta de comunicação com a equipe que estará lhe assistindo, com a qual poderá aprimorar esse diálogo durante o internamento. Com ele você terá a oportunidade de uma experiência mais segura e positiva para o seu parto, bem como para o nascimento do seu bebê. Elabore o seu durante a gestação e esclareça suas dúvidas com a equipe de Saúde.

Nome da gestante:_____
Nome do bebê: _____
Nome do acompanhante de preferência da gestante: _____

MINHAS PREFERÊNCIAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO (marque suas preferências)

( ) Liberdade de movimento e escolha da posição de parto;

( ) Liberdade para me alimentar e hidratar;

( ) Diminuição das luzes;

( ) Aguardar o rompimento natural da bolsa;

( ) Não realizar episiotomia (corte na vagina);

( ) Mínimo de exames de toque vaginal necessário;

( ) Administração de medicamento com meu esclarecimento e aprovação;

( ) Auscultar o coração do bebê:

( ) Uso de métodos para alívio da dor (Ex.: massagem, chuveiro, relaxamento com bola, respiração profunda, anestesia e outros).

MINHAS PREFERÊNCIAS APÓS O NASCIMENTO (marque suas preferências)

( ) Realizar contato pele-a-pele com o bebê

( ) Amamentar o bebê logo após o nascimento

( ) Aguardar o cordão parar de pulsar para cortar

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

MINHAS PREFERÊNCIAS PARA O CUIDADO COM O BEBÊ (marque suas preferências)

( ) Ser informada e esclarecida sobre o que será feito com o bebê

( ) Primeiros exames feitos no meu colo ou próximo à mim

( ) Que o acompanhante permaneça junto ao bebê

( ) Participar do primeiro banho do bebê

Use este espaço para complementar o registro de suas preferências:_____
_____
_____
___

Resuma em uma palavra seu maior desejo para o seu parto e nascimento de seu bebê:_____
_

Cidade/ Estado:_____ Data: ___/___/_____

Assinatura da gestante: _____

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

ANEXO III

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATORIAMENTE NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE **LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL.**

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal – Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº 14.443 de 02/09/22

Eu,_____
Estado Civil _____ Portadora do RG nº _____
CPF nº _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
Residente:_____ nº _____
Na cidade _____ Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia de LAQUEADURA TUBÁRIA.

DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da **Lei n. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22**, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:
1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2– Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos.
3– Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.
4 – Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, irreversibilidade do método e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
5 – Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências.
6 –Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estadas emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO:
Declaro que o Dr. _____ CRM nº _____
Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL. Esclareceu-me que:

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

1- A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.
2-Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) Laparoscópica; b) Minilaparotomia; c) Vaginal; d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
3- Esta técnica necessita de anestesia.
4- Sua eficácia é de 99 a 99,8% com índice de Pearl de 0,5 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano.
5– Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
6 – As complicações que poderão surgir são:
a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico:
b) Pós-operatórias:
• Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc.);
• Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperitonites, sépsis, hemorragias), perfurações de órgãos;
7- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
8-Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:
• Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc);
• Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes);
• Contracepção intra-uterina (DIUs);
• Métodos naturais (tabelinha - Método Billings).

DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA.

_____de_____de_____.
Local e Data:

_____

Assinatura da Paciente

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

_____

Assinatura do médico

Observação: Preenchimento completo deste termo em **três vias,** ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o

Anexo IV

Encaminhamento da APS para realização de Laqueadura Tubária/ Vasectomia

LEI Nº 9.263 DE 12 DE JANEIRO DE 1996/ PORTARIA Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999/
Lei nº 14.443 de 02/09/22

1- Dados Gerais

UBS:_____
Telefone para contato com a UBS:_____
Data da manifestação da vontade na UBS:_____
Data do encaminhamento para realização do procedimento cirúrgico (mínimo de 60 dias após manifestação da vontade):_____
Nome:_____
Data de Nascimento:_____Idade:_____
Cartão SUS:_____Situação Conjugal:_____
Endereço:_____
Cidade:_____telefone:_____

2- Critérios para autorização:

1- ( ) Mulher ou Homem com capacidade civil plena;
2- ( ) Ser maior de 21 anos ou, pelo menos com dois filhos vivos;*
3 ( ) Incapaz com autorização judicial;
4- ( ) Passou por aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce, informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

*Nº de filhos vivos:_____

3 – Parecer médico quanto as condições de saúde da paciente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Médico Responsável:_____CRM:_____

_____
Assinatura Médico

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

4-Parecer da Equipe da APS

Métodos Contraceptivos usados anteriormente pelo solicitante:
( ) Contracepção intra uterina. : _____
( ) Métodos barreira. :_____
( ) Anticoncepcional hormonal oral . : _____
( ) Anticoncepcional hormonal injetável . : _____
( ) Métodos naturais.
( ) nenhum
Observações:_____
_____
_____
_____

Aconselhamento/Orientações realizadas pela equipe:
( ) Apresentação de métodos contraceptivos reversíveis;
( ) Esclarecimento sobre riscos e complicações do método definitivo;
( ) Esclarecimento sobre a dificuldade de reversão do método definitivo;
( ) Encaminhamento com psicologia
( ) Encaminhamento com assistência social
( ) Outros.
Quais:_____
_____
_____
_____

5-Local do encaminhamento:_____

6-CONCLUSÃO:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____de_____de_____.
Local e Data:

_____

Assinatura dos profissionais da APS responsáveis pelas orientações

_____

Assinatura do(a) paciente

OFICIO CIRCULAR 011/2024. Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02. Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43. Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

OFICIO CIRCULAR 011/2024.
Documento: **ERRATAProtocoloRegionalGestanteePuerperaapontamentos.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: **Fernando Pedrotti** em 27/02/2024 08:02.

Assinatura Simples realizada por: **Marciane Maria Specht (XXX.926.889-XX)** em 28/02/2024 11:43.

Inserido ao documento **759.019** por: **Simone Salete Longo Zelonh** em: 27/02/2024 07:54.

Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento com o código:
8a66a416952ebd30e4ba718a9cbc9309.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2024	Página 01/03
RECEBIMENTO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS			

1.INTRODUÇÃO

A função de recebimento de materiais e medicamentos compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras, transportes e fornecedor. Receber é um ato que implica em conferência. No recebimento é verificado se os materiais ou medicamentos entregues estão em conformidade com o descritivo do empenho e se estão em perfeito estado de conservação.

2.OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para assegurar o correto recebimento de materiais e medicamentos, tanto em quantidade quanto em qualidade, na CAF.

3.ABRANGÊNCIA

Este POP aplica-se à equipe técnica, administrativa e gerencial da Central de Abastecimento Farmacêutico.

4. RESPONSABILIDADES

A correta aplicação deste procedimento é de responsabilidade dos técnicos e gestores da CAF.

5. PRINCIPAIS PASSOS

No ato do recebimento deve-se seguir os seguintes passos:

a) Conferir a nota fiscal, ordem de fornecimento ou nota de transferência;

b) Encontrar empenho referente à nota fiscal;

c) Fazer uma cópia da nota fiscal para realizar as conferências. O responsável por tal deve assinar e datar a cópia da nota;

d) O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para tal;

e) Para mercadorias entregues pelo próprio fabricante, ou adquiridos via consórcio: a conferência deve ser realizada no ato da entrega. Para mercadorias entregues via Fundo Municipal de Saúde: (i) a conferência deve ser realizada no ato da entrega para notas fiscais que apresentem a anotação "*conferir no ato da entrega, não serão aceitas reclamações futuras*" ou equivalente. Ao final da conferência, deve-se assinar, carimbar e datar o canhoto da nota fiscal e também o conhecimento da transportadora (quando aplicável) e devolver ao entregador (ii) conferir apenas o número de volumes

no ato da entrega para notas fiscais que não apresentem nenhuma anotação. Ao final da conferência, deve-se anotar no canhoto da nota fiscal e também no conhecimento da transportadora "*recebido ....X... volumes sujeitos à conferência*" e assinar, carimbar e datar; Para ambas as situações, caso seja embalagem "ampolas de vidro", deve ser conferido todas as embalagens antes de liberar a transportadora, verificando se não tem avaria.

f) Conferir a apresentação, a marca e a quantidade do produto recebido. Ambos devem estar de acordo com as especificações do empenho;

g) Conferir o número de lote descrito na nota fiscal. O mesmo deve estar de acordo com o produto recebido. Especificamente para os medicamentos, nas notas fiscais, além do lote, deve contem informação da data de validade de cada item. Qualquer divergência, comunicar o Farmacêutico Responsável Técnico, que irá avaliar caso a caso;

h) Especificamente para os medicamentos adquiridos através do consórcio, as embalagens individuais, devem ter a inscrição "VENDA PROIBIDA NO COMÉRCIO". Qualquer divergência, comunicar o Farmacêutico Responsável Técnico que irá avaliar caso a caso juntamente com a Diretora da Assistência Farmacêutica;

i) Conferir se a embalagem do produto recebido está íntegra. Não serão aceitas embalagens amassadas, quebradas e/ou danificadas, rótulos rasurados ou com o lacre comprometido;

j) Para produtos em desacordo (não atendem a especificação do empenho ou estão danificados) deve-se proceder da seguinte maneira: (i) devolver imediatamente quando se trata de entrega pelo próprio fabricante ou adquiridos via consórcio, e (ii) deixar separado na área de quarentena e entrar em contato com a empresa via e-mail, de forma que fique registrado, solicitando recolhimento e troca. Em todos os casos, a nota fiscal não deve ser encaminhada para pagamento até resolução completa dos problemas. Registrar ocorrências no sistema interno SGP;

k) Conferir o prazo de validade do produto. Não serão aceitas mercadorias com o prazo de validade inferior a 12 meses, excluindo-se os casos de produtos perecíveis (e que tenham prazo de validade inferior). Para os medicamentos, só serão aceitos produtos com validade de até 75% do prazo de validade descrito na embalagem. Para produtos que não atendam a esta especificação, deve ser comunicada à distribuidora ou o Consórcio no caso dos medicamentos adquiridos por meio deste. Os mesmos só serão aceitos mediante recebimento de carta de comprometimento de troca da distribuidora após análise das farmacêuticas responsáveis técnicas, e esta deve ser arquivada;

l) Os produtos que não apresentarem nenhum problema devem ser etiquetados como "conferidos" e aguardar em quarentena até o correto armazenamento;

m) A nota fiscal original e a cópia conferida, anexada ao empenho correspondente, deve ser encaminhada para o responsável pela entrada de estoque no sistema. No caso de mercadorias recebidas pelo consórcio, o conferente deve carimbar a DANFE original com o carimbo da 31ª Regional de Saúde na frente, datar e assinar. No caso de mercadorias recebidas pelo Fundo Municipal de Saúde, o conferente deve carimbar no verso da nota preencher todos os dados, datar e assinar. Esta nota deverá ser carimbada e assinada por dois funcionários.

n) Para medicamentos sob controle especial deve ser tirado mais uma cópia da nota fiscal que também deve ser assinada, e esta deve ser guardada na segunda gaveta da mesa aonde fica a impressora.

6.REFERÊNCIAS

ANVISA. Glossário de Definições Legais. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/index.htm. Acesso em: Janeiro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Brasília, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44, de 17 de agostos de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSIORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2003.

7. ANEXOS

Anexo I – Modelo de cópia de NF/DANFE do Fundo Municipal conferida e carimbada

Anexo II – Modelo de NF/DANFE original, do consórcio, conferida e carimbada

Elaborado em 21/08/2020 Por: Ivanete Pizzato: CRF/Pr :3473 Liane T D Szatkowski CRF/Pr:3596	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/10/2022 **Por:** Caroline Vanessa Zeiser CRF: 30863	
Aprovado em 14/10/2022 **Por:**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27620	
Farm. Eduarda Rotta dos Santos CRF/ Pr 28169	
Enf. Cassandra Portes Ferreira COREN/ 118714	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2020	Próxima revisão: 2024	Página 01/04

RECEBIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS PARA NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS

1.INTRODUÇÃO

A Terapia Nutricional é o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do indivíduo por meio da nutrição enteral e parenteral. A mesma deve ser estruturada na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, utilizando mecanismos de comunicação do cuidado entre os diferentes serviços e equipes de saúde.

2.OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para assegurar o correto recebimento e distribuição de alimentos para necessidades especiais.

3.ABRANGÊNCIA

Este POP aplica-se à equipe técnica, administrativa e gerencial da Central de Abastecimento Farmacêutico.

4. RESPONSABILIDADES

A correta aplicação deste procedimento é de responsabilidade dos técnicos e gestores da CAF.

5. PRINCIPAIS PASSOS

O recebimento e distribuição de alimentos para necessidades alimentares especiais compreendem: **recebimento e conferência, entrada de estoque, distribuição e transporte.**

5.1. Recebimento e Conferência

No ato do recebimento deve-se seguir os seguintes passos:

a. Conferir a nota fiscal, ordem de fornecimento ou nota de transferência;
b. Encontrar empenho referente à nota fiscal;
c. Fazer uma cópia da nota fiscal para realizar as conferências. O responsável por tal deve assinar e datar a cópia da nota.
d. Para mercadorias adquiridas via consórcio: a conferência deve ser realizada no ato da entrega. Para mercadorias adquiridas via Fundo Municipal: (i) a conferência deve ser realizada no ato da entrega para notas fiscais que apresentem a anotação “conferir no ato da entrega, não serão

aceitas reclamações futuras" ou equivalente (ii) conferir apenas o número de volumes no ato da entrega para notas fiscais que não apresentem nenhuma anotação. Para todos os casos, quando for a embalagem "lata", deve-se conferir todas as unidades verificando se não tem avaria (amassos) e, ao final da conferência, deve-se assinar o canhoto da nota fiscal e também o conhecimento da transportadora (quando aplicável) e devolver ao entregador.

e. Conferir a apresentação, a marca e a quantidade do produto recebido. Ambos devem estar de acordo com as especificações do empenho;
f. Conferir o número de lote descrito na nota fiscal. O mesmo deve estar de acordo com o produto recebido;
g. Conferir se a embalagem do produto recebido está íntegra. Não serão aceitas embalagens amassadas, quebradas e/ou danificadas, rótulos rasurados ou com o lacre comprometido;
h. Para produtos em desacordo (não atendem a especificação do empenho ou estão danificados) deve-se proceder da seguinte maneira: (i) devolver imediatamente quando se trata de entrega via consórcio, e (ii) deixar separado na área de quarentena e entrar em contato com a empresa via e-mail, de forma que fique registrado, solicitando recolhimento e troca. Em todos os casos, a nota fiscal não deve ser encaminhada para pagamento até resolução completa dos problemas;
i. Conferir o prazo de validade do produto. Não serão aceitas mercadorias com o prazo de validade inferior a 12 meses, excluindo-se os casos de produtos perecíveis (e que tenham prazo de validade inferior a 12 meses). Neste último caso, só serão aceitos produtos com validade de até 75% do prazo de validade descrito na embalagem. Para produtos que não atendam a esta especificação, deve ser comunicada à distribuidora. Os mesmos só serão aceitos mediante recebimento de carta de comprometimento de troca da distribuidora;
j. Os produtos que não apresentarem nenhum problema devem ser etiquetados como "conferidos";
k. No verso da nota original deve ser carimbada com o carimbo aonde diz: Atestamos que os materiais e/ou serviços foram entregues e/ou concluídos de acordo com o empenho nº…, isto quando a nota for do Fundo Municipal de Saúde, além deste carimbo o responsável pela entrada deve carimbar e assinar e também uma das farmacêuticas responsáveis devem assinar e carimbar. Quando a nota for do Consórcio deve ser carimbada a via original da nota na frente e este carimbo deve constar: Recebemos as Mercadorias constantes deste DANFE e o responsável pelo recebimento deve carimbar e assinar.

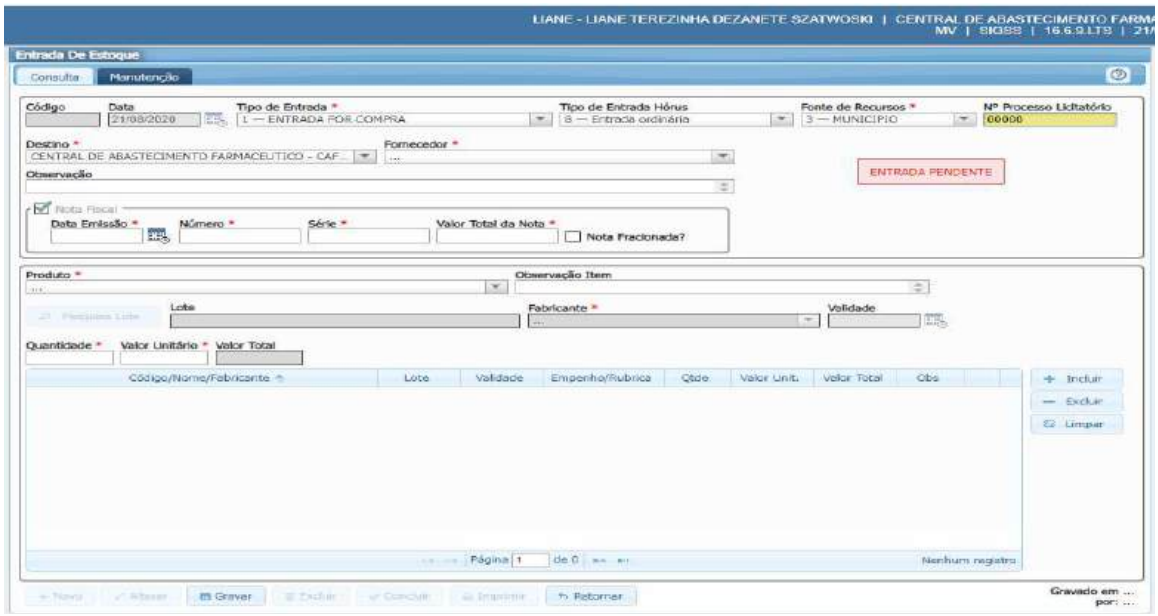
5.2. Entrada de estoque

A entrada de estoque deve seguir os seguintes passos:

a) No sistema SIG Saúde entrar no ícone "ATENDIMENTO", depois "MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE" e depois "ENTRADA DE ESTOQUE";
b) Conferir se o destino selecionado é a "Central de Abastecimento Farmacêutico" e clicar em "NOVO";
c) Preencher os campos: (i) "tipo de entrada" (selecionar uma opção: entrada por compra, por doação ou por permuta), (ii) "fonte de recursos" (selecionar uma opção: união, estado, município ou outros), (iii) preencher o número do processo licitatório, o fornecedor e os dados da nota fiscal,

(iv) inserir dados do produto (nome, lote, validade, quantidade e valor unitário) e clicar em "incluir";

d) Após inserir todos os produtos constantes na nota clicar em "gravar" para finalizar o registro.



5.3. Distribuição

O sistema de distribuição inicia-se com o pedido online no sistema SIG Saúde. Os mesmos devem ser transferidos para a unidade "Farmácia Especial", "Lactário PAM" e "Lactário UPA". Esta transferência deve seguir os seguintes passos:

a) Seguindo o cronograma pré estabelecido, no sistema SIG Saúde, clicar na opção ATENDIMENTO, depois em PED ONLINE – DISPENSAÇÃO. Selecionar a distribuidora como CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO, com status de dispensação PENDENTE e clicar em BUSCAR.

b) Verificar a existência de pedidos feitos pela "Farmácia Especial", "Lactário PAM" e "Lactário UPA", selecionar o pedido que será separado.

c) Clique em ALTERAR e na linha de cada item selecionar o lote que será dispensado e a quantidade a ser distribuída.

d) Após selecionar lote e quantidades a serem enviadas, conferir todos os itens e clicar em TRANSFERIR.

e) Imprimir a guia de comparativo pedido/distribuído e deixar na prancheta do motorista.

f) Separar e identificar o produto a ser transferido no palete de saída.

g) Somente após a confirmação do solicitante, a CAF poderá concluir a transferência.

5.4 Transporte

Após a transferência de estoque via sistema SIG Saúde, estes alimentos devem ser transportados até a Farmácia Escola, onde fica a unidade da Farmácia Especial ou ao lactário do PAM e da UPA. Este transporte deve ocorrer no mesmo dia do recebimento ou no máximo até o dia seguinte e deve seguir

junto com a guia de transferência. Fazer o descarregamento dos produtos em local identificado para tal, qualquer dúvida, se reportar ao Farmacêutico responsável pela Farmácia Especial.

6. DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

Os desvios à execução deste POP e ações corretivas deverão ser tratados caso a caso, segundo avaliação das Farmacêuticas responsáveis pela CAF.

7.REFERÊNCIAS

ANVISA. Glossário de Definições Legais. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/index.htm. Acesso em: Janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. 1ª Ed., v. 3. Brasília, 2015.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Brasília, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44, de 17 de agostos de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 21/08/2020 Por: Ivanete Pizzato: CRF/Pr :3473 Liane T D Szatkowski CRF/Pr:3596	
VERSÃO 2020	**Assinaturas**
Revisado em:10/10/2022 **Por:** Caroline Vanessa Zeiser CRF/Pr: 30863	
Aprovado em 14/10/2022 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27620	
Farm. Eduarda Rotta dos Santos CRF/ Pr 28169	
Enf. Cassandra Portes Ferreira COREN/ 118714	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2020	Próxima revisão: 2024	01/03

CONTROLE DE VALIDADE E DESCARTE DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS VENCIDOS

1.INTRODUÇÃO

Materiais de interesse para a saúde e medicamentos vencidos devem ser baixados do estoque e destinados ao descarte correto por empresa credenciada para este fim.

2. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos para assegurar o correto controle de validade do estoque e descarte dos materiais e medicamentos vencidos.

3. ABRANGÊNCIA

Este POP aplica-se à equipe técnica e gerencial da Central de Abastecimento Farmacêutico.

4. RESPONSABILIDADES

A correta aplicação deste procedimento é de responsabilidade dos técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermageme gestores da CAF.

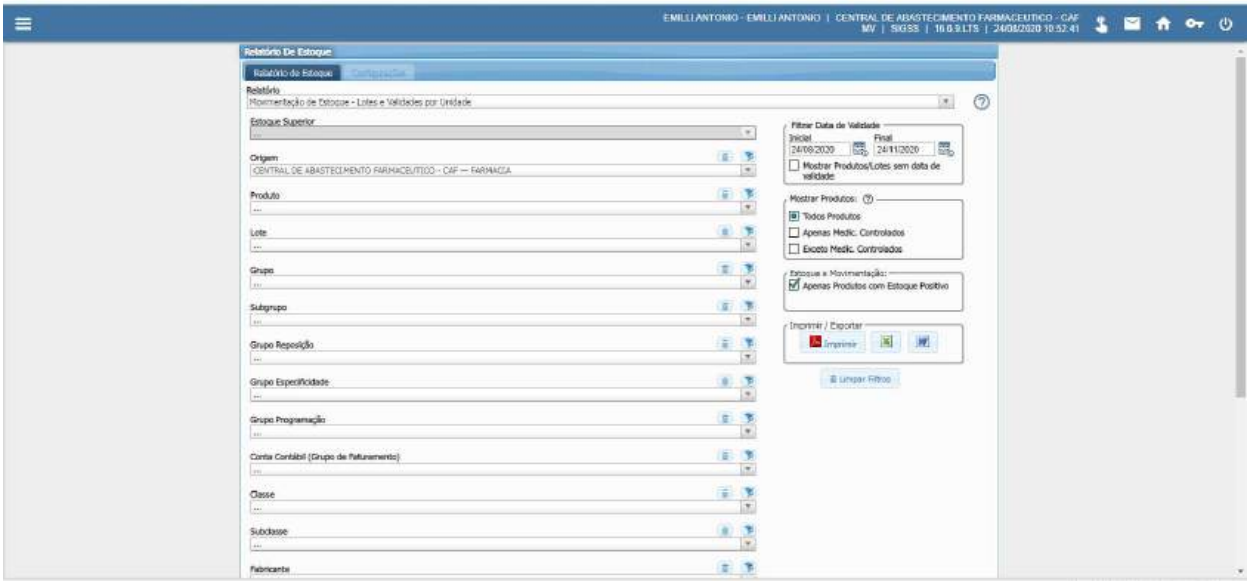
5. PRINCIPAIS PASSOS

5.1 Gerar relatório de materiais e medicamentos próximos ao vencimento

a) Todo início de mês deve ser impresso um relatório de lotes e validades, através do sistema SIG Saúde seguindo: RELATÓRIO → ESTOQUE → Abre a tela “RELATÓRIO DE ESTOQUE”. Selecionar o tipo de relatório “Movimentação de estoque – Lotes e validades por unidade”. No campo “origem” preencher a opção “Central de Abastecimento Farmacêutico”. Deixar a opção “Todos Produtos” selecionada. E por fim colocar a data final para os próximos três meses. Selecionar a opção. Apenas produto com estoque positivo → IMPRIMIR.

b) No relatório impresso de lotes e validades é possível verificar quais são os medicamentos próximos ao vencimento, ou seja, os medicamentos cuja validade esteja a três meses de expirar.

c) Com o levantamento dos materiais e medicamentos próximos ao vencimento, as Farmacêuticas responsáveis pela CAF devem verificar qual deles possui carta de comprometimento de troca com a distribuidora e solicitar a troca. Também deve encaminhar a relação para os Diretores da Atenção Farmacêutica e Atenção Básica e demais servidores de interesse para traçar estratégias de promoção de uso em substituição a outros materiais e medicamentos equivalentes sem acarretar nenhum risco aos pacientes, ou caso esta medida não seja possível, os diretores devem expressar autorização para doação para outras instituições do Município ou para Municípios vizinhos.



5.2 Carta de Comprometimento de Troca por Validade Curta

No recebimento é conferido o prazo de validade do produto. Está padronizado no POP 002 que a CAF só aceita mercadorias com prazo de validade inferior a um ano ou a 75% da validade, com o envio da Carta de Comprometimento de Troca enviado pela distribuidora. Esta carta fica salva no sistema SGP. Após a emissão do relatório de vencimento nos próximos três meses, verificar se algum item possui carta de comprometimento de troca e solicitar substituição com a distribuidora.

5.3 Materiais e Medicamentos Vencidos

a) Para o caso de materiais e medicamentos vencidos na CAF deve-se fazer a baixa de estoque no sistema SIG Saúde e encaminhá-los para descarte.

b) Para baixa no sistema SIG Saúde seguir os seguintes passos: ATENDIMENTO MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE → ACERTO DE ESTOQUE → NOVO. No "Tipo de Acerto" selecionar a opção "7 – Diminuir Estoque por Validade Vencida". Na Origem / Destino selecionar Central de Abastecimento Farmacêutico. Escolher o produto, o lote e a quantidade e clicar em "GRAVAR".

c) Para o descarte de materiais e medicamentos vencidos (Resíduos grupo B) preencher a lista de resíduos em duas vias, anotando o nome de medicamento/material, espécie, quantidade, laboratório, lote e validade. Os vencidos devem ser descartados em suas embalagens primárias.

d) A Empresa terceirizada responsável pela coleta, recolhe semanalmente os resíduos. Após a coleta, o responsável assina uma via da lista de resíduos que é arquivada na CAF.

6.REFERÊNCIAS

ANVISA. Glossário de Definições Legais. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/index.htm. Acesso em: Janeiro de 2017.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Brasília, 1974.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44, de 17 de agostos de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

7. ANEXO

Anexo VI – Modelo da lista de resíduos

Elaborado em 24/08/2020 Por: Ivanete Pizzato: CRF/Pr :3473 Liane T D Szatkowski CRF/PR:3596	
VERSÃO 2020	**Assinaturas**
Revisado em 10/10/2022 **Por:** Caroline Vanessa Zeiser CRF: 30863	
Aprovado em 14/10/2022 **Por:**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27620	
Farm. Eduarda Rotta dos Santos CRF/ Pr 28169	
Enf. Cassandra Portes Ferreira COREN/ 118714	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2020	Próxima revisão: 2025	01/03
LIMPEZA			

1. INTRODUÇÃO

Um ambiente limpo, livre de poeiras, ácaros e insetos é fundamental para preservar a qualidade do armazenamento dos medicamentos e materiais existentes na CAF.

2. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de limpeza para garantir a qualidade dos materiais e medicamentos armazenados na CAF, bem como a sensação de bem-estar, a segurança, proteção e o conforto dos profissionais.

3. ABRANGÊNCIA

Este POP se aplica a equipe administrativa, técnica e Serviços Gerais da CAF.

4. RESPONSABILIDADES

Todos os servidores da CAF: Manter o local de trabalho limpo e organizado.

Servidores de serviços gerais: Cumprir cronograma de limpeza conforme descrito no item 5 (principais passos e Anexo VII).

5. PRINCIPAIS PASSOS

a) O horário de trabalho do Servidor de Serviços Gerais da CAF será diariamente das 07:30 às 12:00 e das 13:00 às 16:30 hrs.

b) Limpeza do piso: Deve ser realizada as segundas, quartas e sextas-feiras de funcionamento da CAF, a limpeza passando pano molhado com solução de água e sabão no primeiro e segundo piso do interior da CAF. Deixar secar naturalmente. Nas segundas-feiras deverá ser realizado a limpeza na parte externa, com água e sabão, esfregando com vassoura e retirando a água com ajuda de rodo: mensalmente – lavar calçadas, vidraças, portas de vidro, portas de ferro; semanalmente - limpar pátio e lavar a garagem. Quinzenalmente, as quintas-feiras deve ser realizada esta mesma limpeza do piso interno da CAF com água e sabão, esfregando com vassoura e retirando a água com ajuda de rodo e secando com pano de chão. A garagem deve manter limpa, passando uma vassoura diariamente.

c) Limpeza das Paredes, Teto, Móveis e Equipamentos: A superfície dos móveis, balcões e equipamentos deve ser limpa diariamente com pano umedecido com álcool a 70%, deixando secar naturalmente. Quando necessário, limpar os balcões com bucha e sabão. A limpeza geral de paredes, portas e corrimão deve ser realizada mensalmente com água e sabão (pano umedecido).

d) Limpeza das prateleiras: As prateleiras com medicamentos e materiais devem ser limpas tirando-se o pó das caixas dos medicamentos e demais produtos com um pano seco, e em seguida, limpar a prateleira com um pano úmido embebido em água com sabão ou com álcool 70%, secando logo após com um pano limpo. Esta limpeza deve ser as terças e quintas-feiras.

e) Limpeza das pias: O interior das pias deve ser esfregado diariamente com saponáceos. Lavar por dentro da pia, as torneiras, e em seguida, em volta das mesmas. Após a lavagem, secar as pias com um pano limpo, e em seguida, friccionar as mesmas com álcool a 70%, deixando secar naturalmente.

f) Limpeza do Sanitário: O vaso sanitário deve ser limpo diariamente: levantar o assento, dar descarga, lavar exterior do vaso (água e sabão), lavar interior com escova, passar desinfetante, dar nova descarga e passar pano com desinfetante ou álcool 70% no assento e a tampa do vaso. O piso deve ser limpo com água e sabão e após deixar secar naturalmente.

g) Lixo de Expediente e do Banheiro: Acondicionar em sacos de lixo comum e devem ser retirado diariamente no final do expediente.

h) As plantas da área externa da CAF devem ser inspecionadas 3 vezes por semana ou após dias de chuva para evitar o acúmulo de água nas mesmas e a proliferação de larvas de mosquitos.

6.REFERÊNCIAS

ANVISA. Glossário de Definições Legais. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/glossario/index.htm. Acesso em: Maio de 2017.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Brasília, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções técnicas para sua organização. 2º Ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44, de 17 de agostos de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSIORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Organização Pan Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2003.

Rede Social Acadêmica, Ebah: Artigos e materais de pesquisa acadêmica; http://www.ebah.com.br/content/ABAAABJ2sAF/pop-limpeza

7. ANEXOS

Anexo VII – Cronograma de Limpeza – CAF

Elaborado em 24/08/2020 Por: Ivanete Pizzato: CRF/PR :3473 Liane T D Szatkowski CRF/PR:3596	
VERSÃO 2020	**Assinaturas**
Revisado em 15/03/2023 **Por:**	

Caroline Vanessa Zeiser CRF/PR: 30863	
Aprovado em 27/03/2023 **Por:**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27620	
Enf. Cassandra Portes Ferreira COREN/PR 118714	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2020	Próxima revisão: 2024	01/02

PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Edificação, as instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios devem ser livres de vetores e pragas urbanas. Deve existir um conjunto de ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos.

OBJETIVO

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

3. ABRANGÊNCIA

Este POP aplica-se a equipe administrativa, técnica e Serviços Gerais da CAF.

4. RESPONSABILIDADES

Farmacêuticas e Enfermeira responsáveis pela CAF.

5. PRINCIPAIS PASSOS

a) As farmacêuticas ou a enfermeira responsáveis pela CAF deverão fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

b) É realizada a cada 6 meses através de empresa especializada com licença sanitária.

c) A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

6. REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

PARANÁ. RESOLUÇÃO SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná.

Elaborado em 24/08/2020 Por: Ivanete Pizzato: CRF/Pr :3473 Liane T D Szatkowski CRF/Pr:3596	
VERSÃO 2020	**Assinaturas**
Revisado em 10/10/2022 **Por:** Caroline Vanessa Zeiser CRF: 30863	
Aprovado em 14/10/2022 **Por:**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27620	
Farm. Eduarda Rotta dos Santos CRF/ Pr 28169	
Enf. Cassandra Portes Ferreira COREN/ 118714	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA NOVA

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Viviane Delcy da Silva

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	28/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	28/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	28/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade e foi acrescentado orientações sobre receita de controle especial e uso de insulina.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade. Confirmação de entrada no sistema	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade. Conduta com relação aos medicamentos próximos ao vencimento	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade. Procedimento (descarte das devoluções)	
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

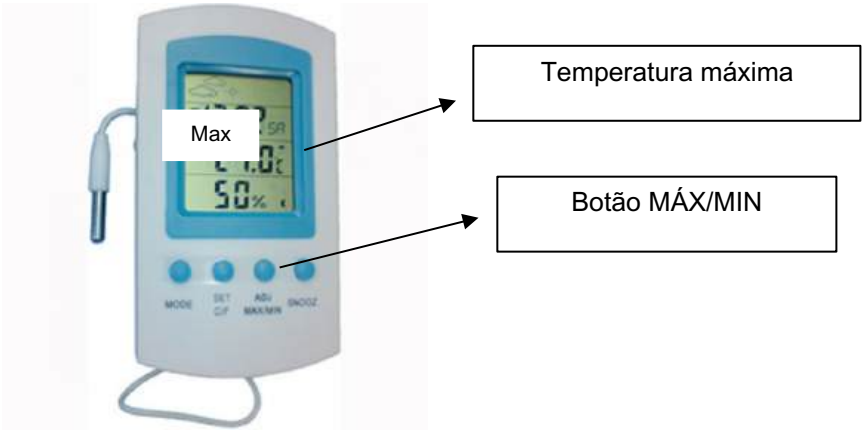
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



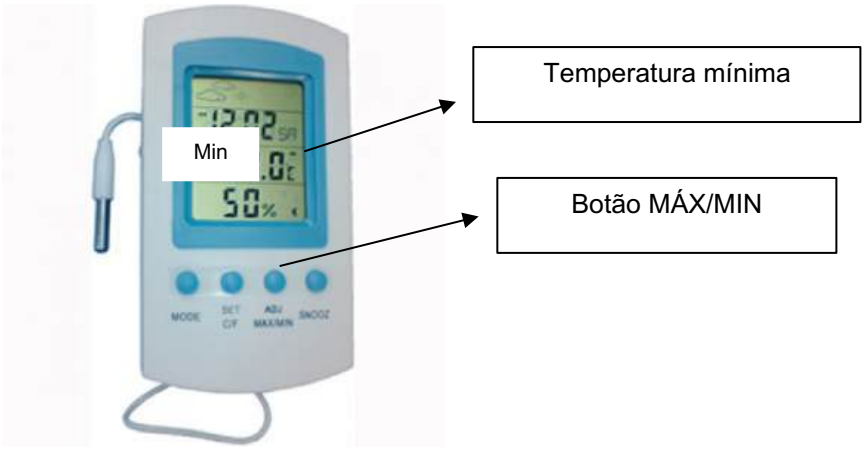
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

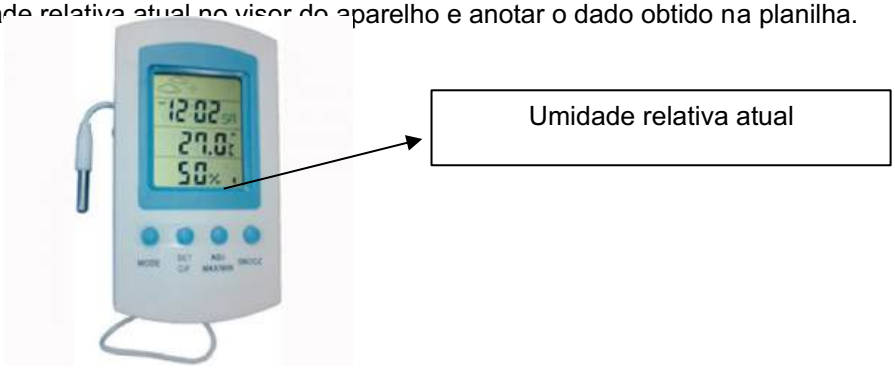


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE VILA IPIRANGA

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de ________________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável — Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

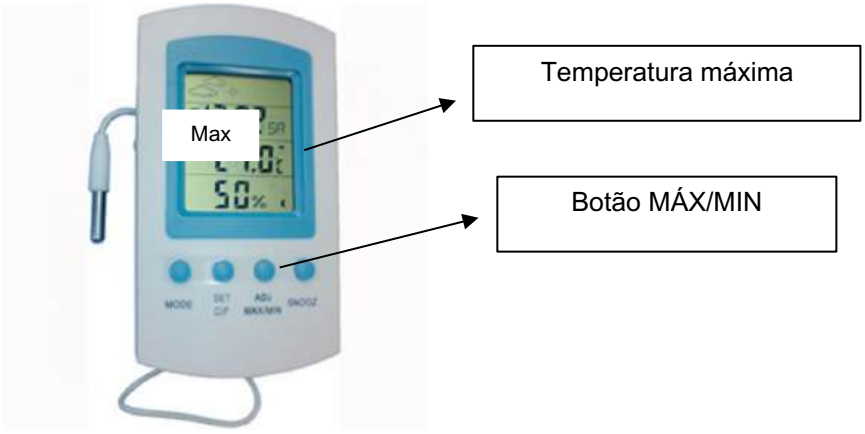
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



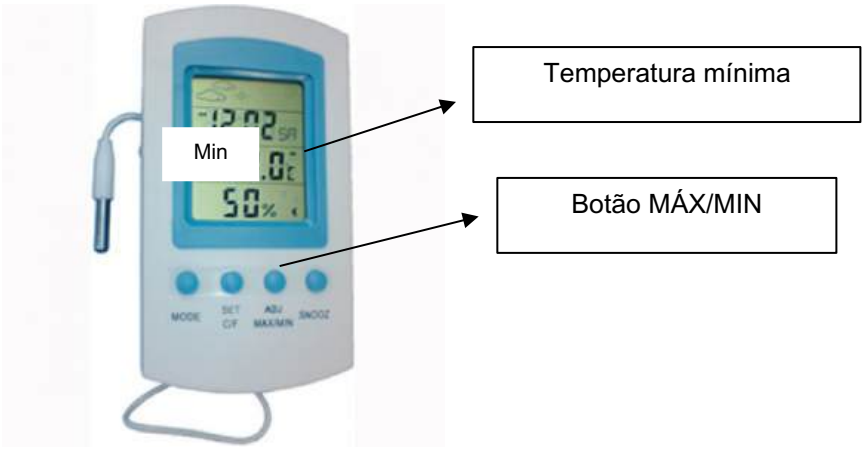
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

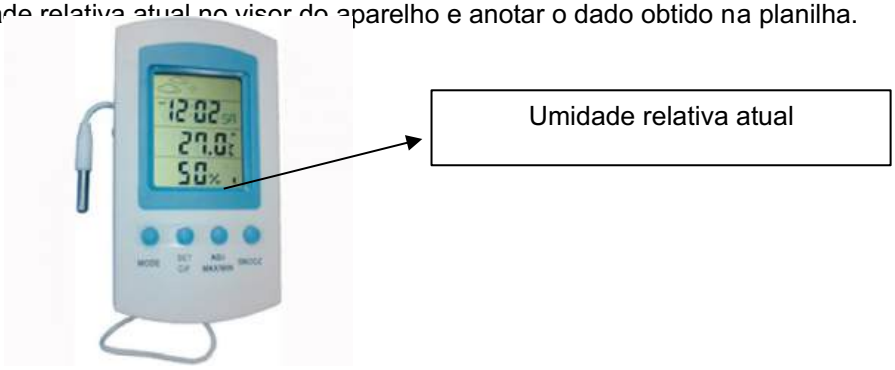


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO LUIZ DO OESTE

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Giovana Silva

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia …….., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de ______________ de _________.

________________________ ________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

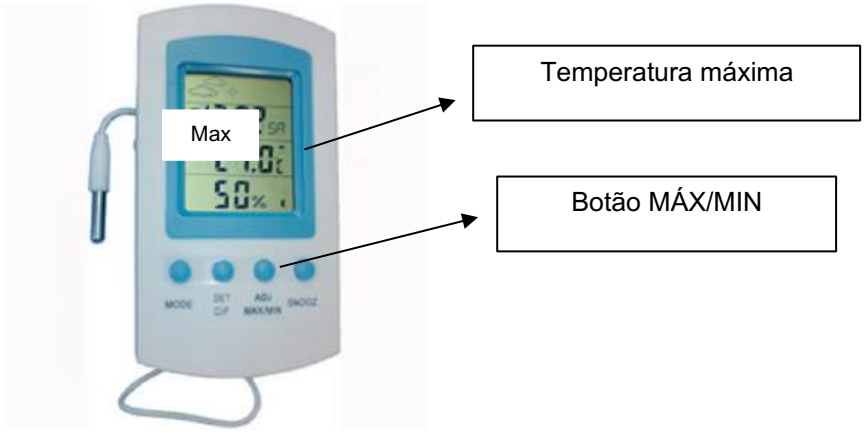
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



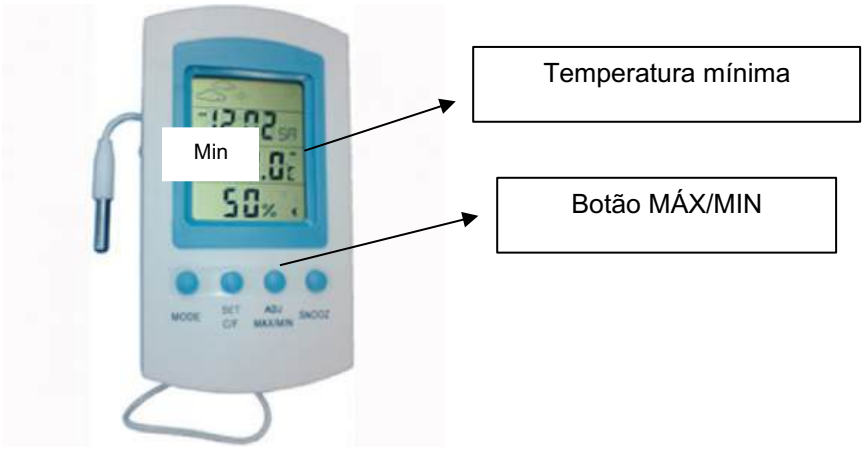
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

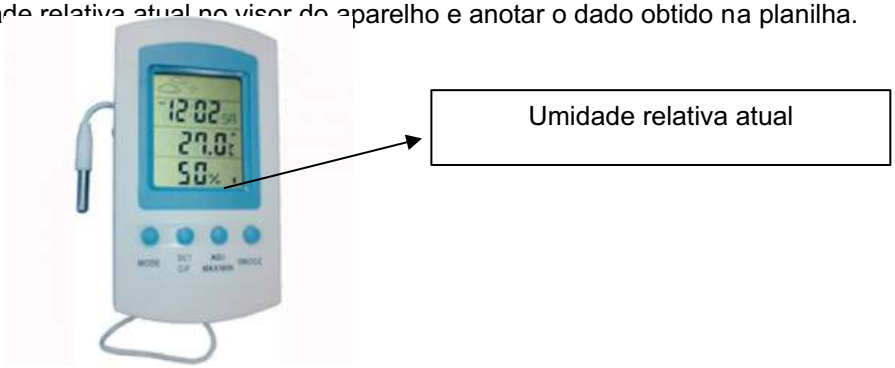


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVO SOBRADINHO

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Viviane Delcy da Silva

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	28/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	28/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	28/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade e foi acrescentado orientações sobre receita de controle especial e uso de insulina.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia …….., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade	
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou a enfermeira da unidade. Confirmação de entrada no sistema	
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade. Conduta com relação aos medicamentos próximos ao vencimento	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade. Procedimento (descarte das devoluções)	
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

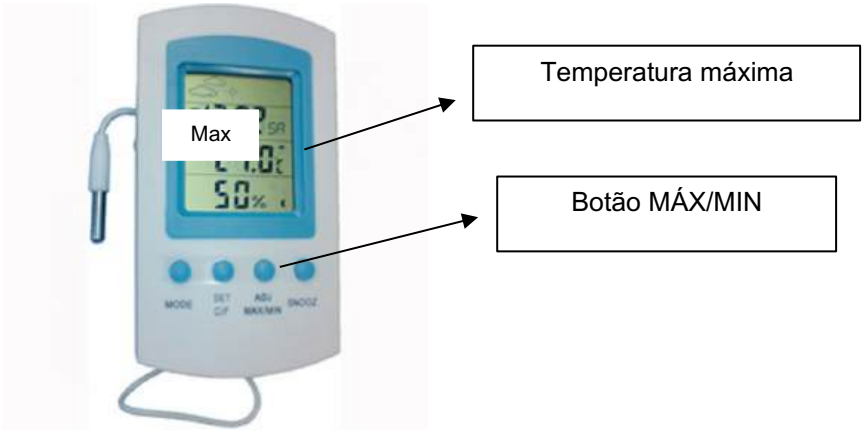
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



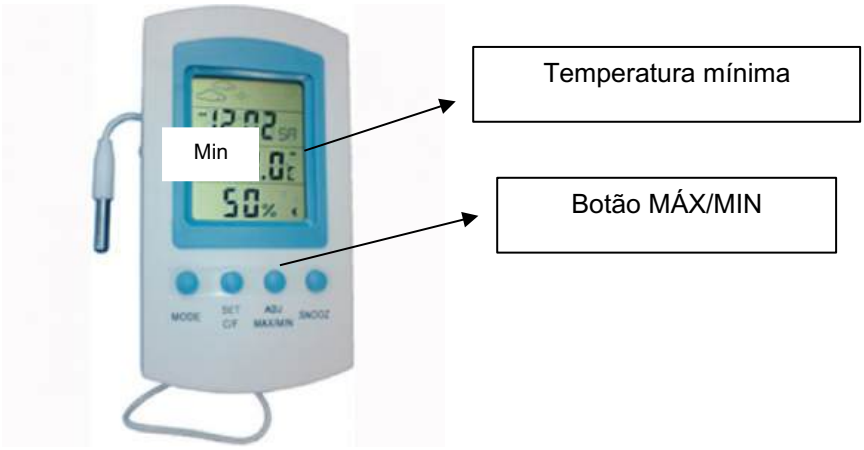
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

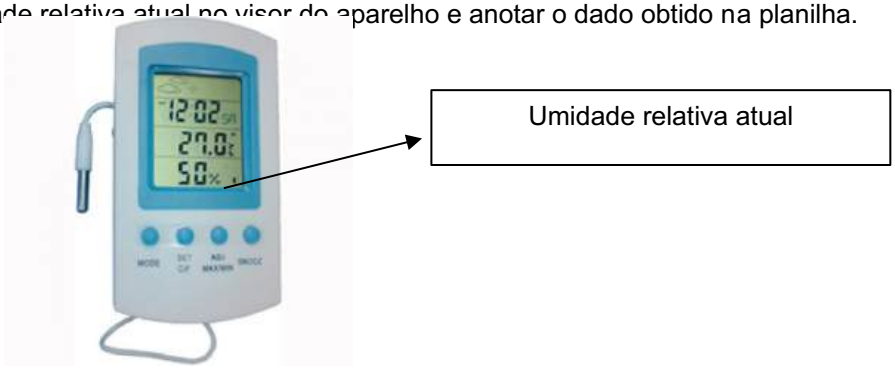


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 30/09/2013 por:** Enf. Rosmary G. Bordignon
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2014	25/04/2014	Mudou e enfermeira da unidade.	
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Viviane Delcy da Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVO SARANDI

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**
Código 17	**REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS**	**Página 49**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de ______________ de _________.

________________________ ________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

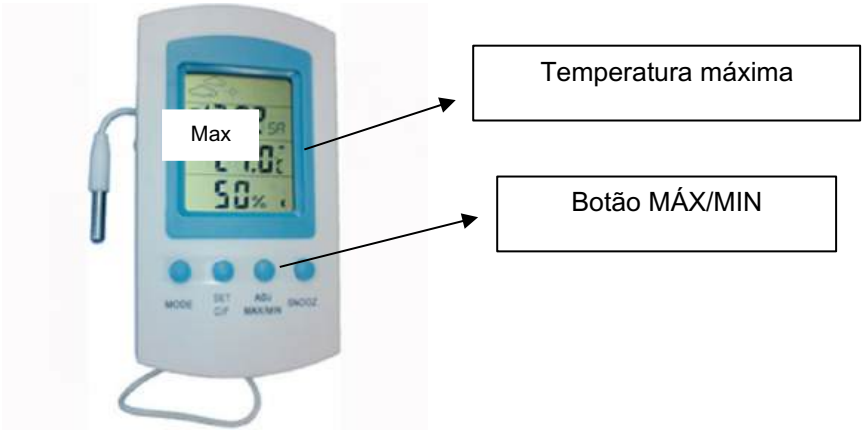
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



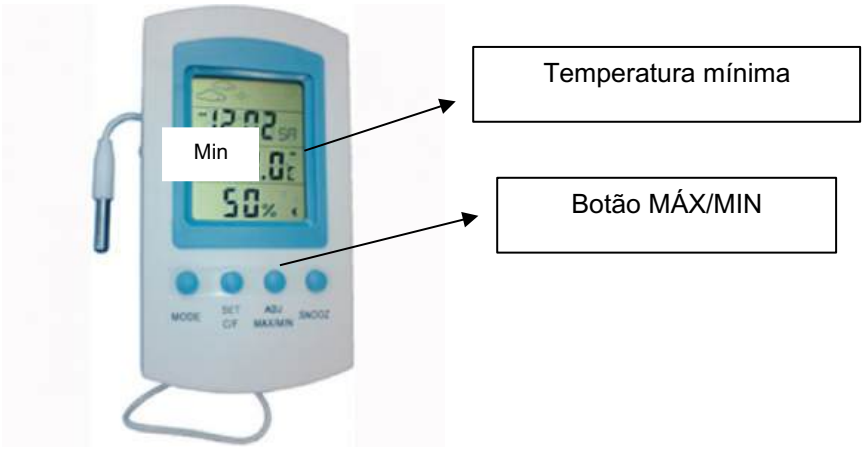
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

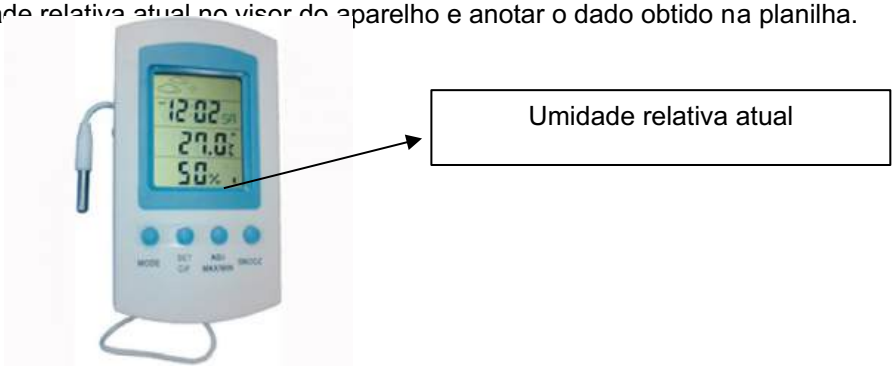


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Código: 17 Versão: 2021 Próxima revisão: 2023 01/02

REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.1 AÇÕES: REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia para a organização, reposição e dispensação de Insulinas e insumos.

17.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

17.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

17.5. PROCEDIMENTO:

Disposição da Geladeira

4 No evaporador (congelador) colocar gelo reciclável (gelox ou bobinas com água) na posição vertical, o que contribui para a variação lenta da temperatura, oferecendo proteção aos medicamentos na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;

5 Na primeira prateleira só podem ser armazenados medicamentos que podem ser submetidos à temperatura negativa, dispostas em bandejas perfuradas para permitir a circulação de ar. Como não é o caso das Insulinas, deixar o espaço vago;

6 Na segunda e terceira prateleiras dispor as insulinas em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens do laboratório produtor, separadas entre si, permitindo a circulação do ar. Os diferentes tipos de insulinas devem ser armazenados de modo a facilitar a sua identificação no momento da dispensação, evitando a troca de tipos de insulinas entre si, devendo ainda ser assegurada sua conservação em temperatura de 2º a 8ºC, não podendo ser congeladas.

7 Fixar o sensor do termômetro digital, de máxima e mínima, suspenso no centro da segunda prateleira na posição vertical, em pé.

8 Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta, manter a porta do evaporador (congelador) fechada.

9 Preencher a gaveta de legumes com um número suficiente de garrafas com água e corante (tampadas) para que a temperatura se mantenha o mais estável possível. Recomenda-se que as garrafas estejam com identificação “impróprio para o consumo” e sejam colocadas em pé, lado a lado, até completarem totalmente o espaço da gaveta. Não devem ser usadas bobinas de gelo reciclável como substitutos das garrafas.

10 Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no mínimo duas vezes ao dia (no início e no final da jornada de trabalho), por meio de termômetro digital de máxima e mínima, e anotar os valores no formulário de controle diário de temperatura.
11 Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente toda vez que for fechada
12 Fazer o degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5cm.

Os cuidados básicos para o armazenamento dos produtos de que trata esse procedimento

- É vedada a guarda de alimentos, bebidas e outros materiais na geladeira destinada a medicamentos.
- Manter afixado na porta aviso para que esta não seja aberta fora do horário de retirada e/ou guarda dos medicamentos.
- Usar tomada exclusiva para cada geladeira, se houver mais de uma. A tomada deve estar a 1,20 m da altura do piso para evitar desligamento durante a limpeza do ambiente.
- Instalá-la em local arejado, distante de fonte de calor, sem incidência de luz solar direta, bem nivelada e afastada 20 cm da parede.
- Colocar na base da geladeira suporte com rodas.
- Não permitir o armazenamento de outros materiais (alimentos, bebidas).
- Não armazenar absolutamente nada na porta.
- Não colocar qualquer elemento na geladeira que dificulte a circulação de ar.
- Não utilizar a serpentina para fins diversos como secagem de panos e outros.

Limpezas rotineiras da geladeira

- Transferir as Insulinas para outra geladeira ou caixa térmica com controle de temperatura previamente à sua limpeza. A caixa térmica, quando da transferência, deve ser organizada com gelo reciclável contornando todos os seus lados, sem deixar espaço entre os blocos de gelo. A temperatura da caixa deve ser monitorada e os medicamentos só podem ser transferidos quando a temperatura for igual a 2°C. Na transferência, os medicamentos podem ser mantidos na caixa térmica enquanto a temperatura for mantida entre 2° e 8°C. Antes do retorno para a geladeira de guarda das Insulinas, a geladeira deverá estar na temperatura entre 2° e 8°C.

Reposição do Estoque

Para a reposição de estoque encaminhar solicitação de reposição para a Farmácia Escola, até o dia 05 de cada mês, conforme relatório de Movimentação de estoque – Consumo médio mensal, com intervalo de 30 dias do mês anterior de cada item necessário.

Será encaminhada quantidade baseada na dispensação do Mês, com 25% de margem superior, se houver estoque suficiente na farmácia escola.

Os medicamentos liberados serão:

- Insulina NPH

- Insulina Regular

Os insumos serão:

- Seringas descartáveis para insulina com agulha
- Lanceta com disparo automático (cx com 100 unidades)
- Tiras reativas- teste de glicemia capilar

Recebimento da Insulina

- Ao receber o medicamento, verificar a temperatura em termômetro digital de máxima e mínima, que deve estar entre 2 a 8ºC.
- É vedado o uso de gelo in natura para a manutenção da temperatura interna em caixas térmicas.
- Ao receber o medicamento termolábil, o estabelecimento deve, de imediato, colocá-lo em geladeira ou temperatura indicada pelo fabricante.
- Não devem ser aceitos os medicamentos termolábeis fora das especificações expostas acima.

Dispensação das Insulinas e dos seus insumos para monitorização e aplicação.

- Solicitar ao usuário a apresentação do Cartão SUS, Identificação com foto, solicitação médica do auto monitoramento e receita da insulina com validade máxima de 12 meses e para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia a justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Solicitar a caixa de isopor
- Solicitar as seringas utilizadas para descarte correto;
- Fornecer medicamentos para apenas 30 dias, mediante receita válida por 12 meses.
- Fornecer seringa conforme a quantidade de aplicações diárias, também para um mês de tratamento;
- As tiras reativas para glicemia capilar são entregues conforme o número de monitorização estabelecida pelo médico com limite de 100 unidades por mês, para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia deve apresentar justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Lembrar o usuário que para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem. A falta de adesão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas medicamentosas e não medicamentoso é motivo suficiente para a interrupção do fornecimento do benefício
- Orientar o paciente quanto à forma de conservação dos medicamentos, preferencialmente por escrito.

Obs. Importante: Os aparelhos “Glicosímetros” serão fornecidos apenas na Farmácia Escola e Farmácia Comunitária da PIoneira, pois é necessário cadastro.

15.6 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO SESA Nº 590/2014 (Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14) Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná.

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006 *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.*

Elaborado em 18/04/2016 Por:
Fabiana Trento de Oliveira

Aprovado em 18/04/2016 Enf. Juliana Beux COREN/PR 203233
Assinaturas

VERSÃO 2021
Revisado em 10/11/2021
Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo
Aprovado em 16/11/2021
Por
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260
Enf. John Lennon dos Santos Vetorato

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DOIS IRMÃOS

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

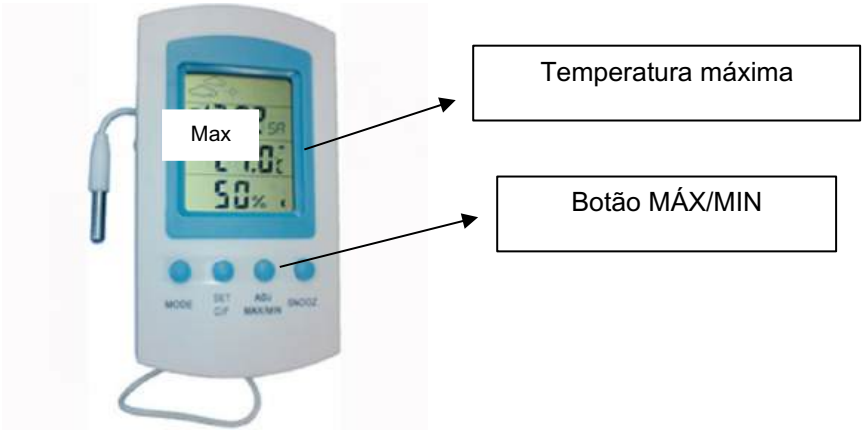
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



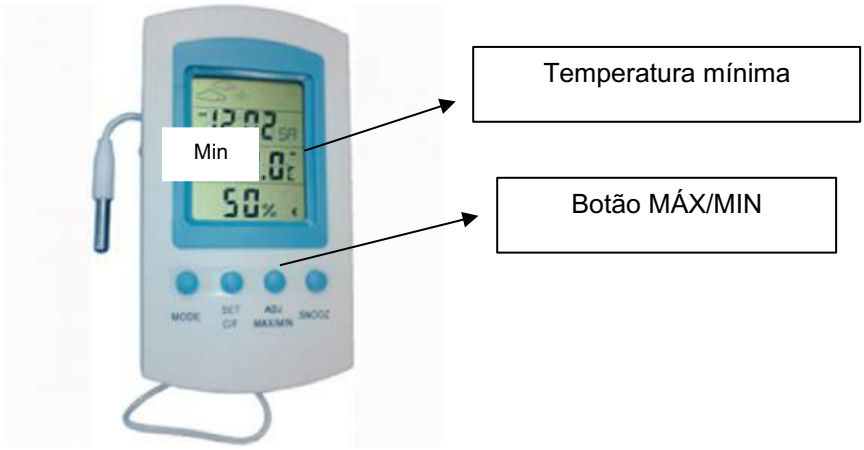
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

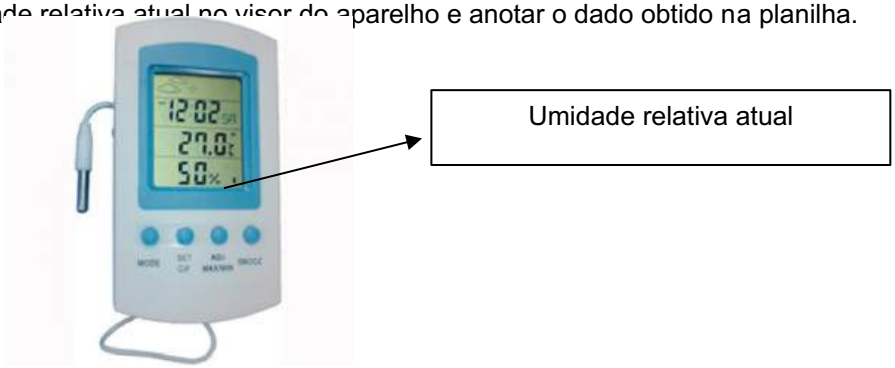


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Samantha Cindy Werkhauser Schnorrenberger	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE DEZ DE MAIO

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº __________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: __________________________________
Quantidade do Medicamento: _______________________ Lote: ______________________
Prazo de validade: _____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ________________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: __________________________________
Quantidade do Medicamento: _______________________ Lote: ______________________
Prazo de validade: _____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ________________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: __________________________________
Quantidade do Medicamento: _______________________ Lote: ______________________
Prazo de validade: _____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ________________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: __________________________________
Quantidade do Medicamento: _______________________ Lote: ______________________
Prazo de validade: _____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ________________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de ________________ de _________.

___________________________ _______________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

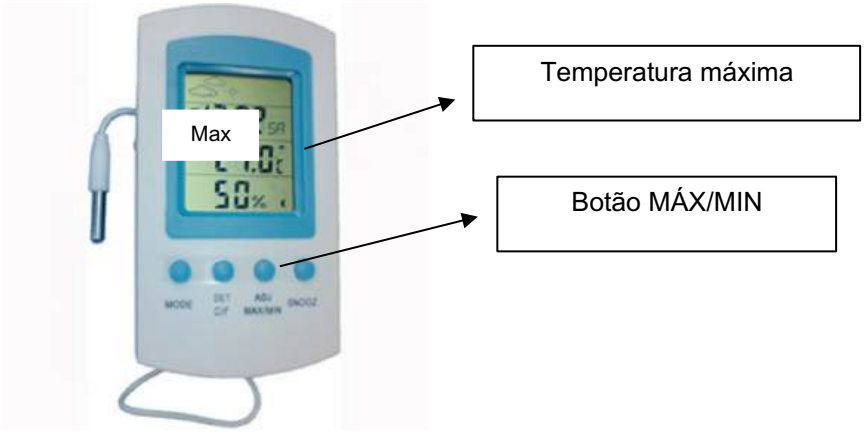
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



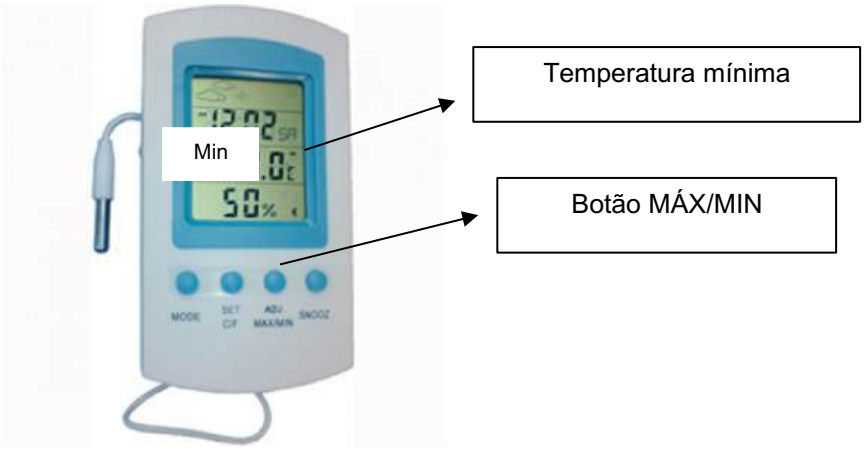
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

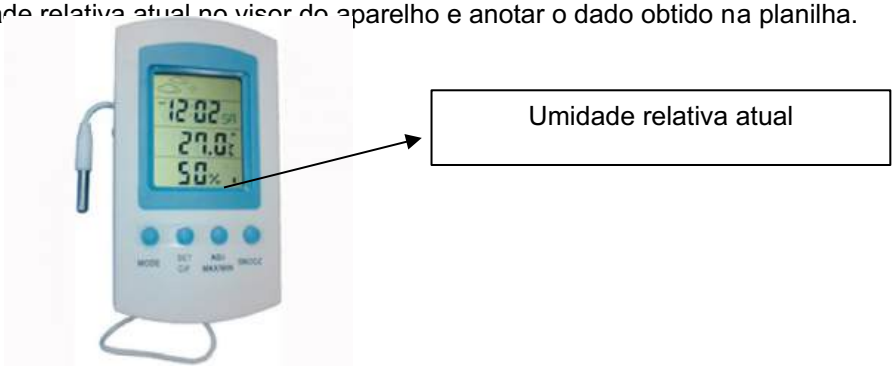


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONCÓRDIA DO OESTE

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _____________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

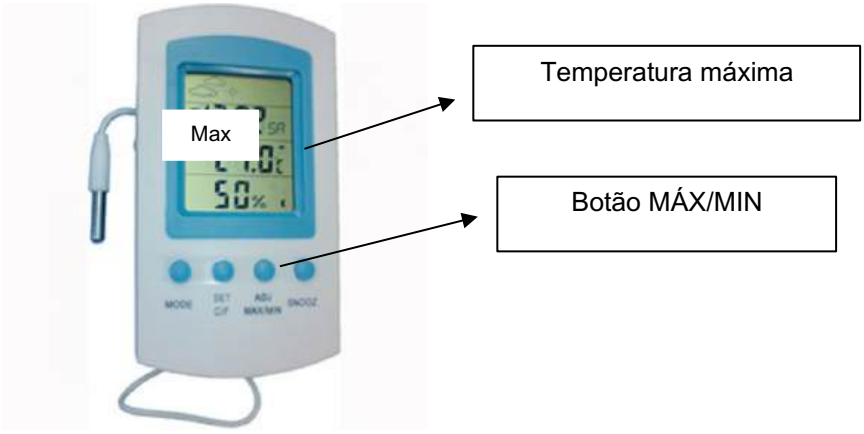
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



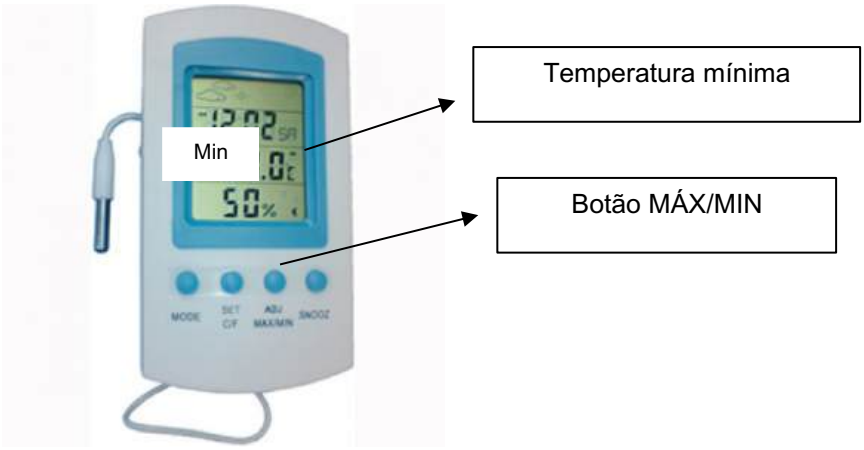
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

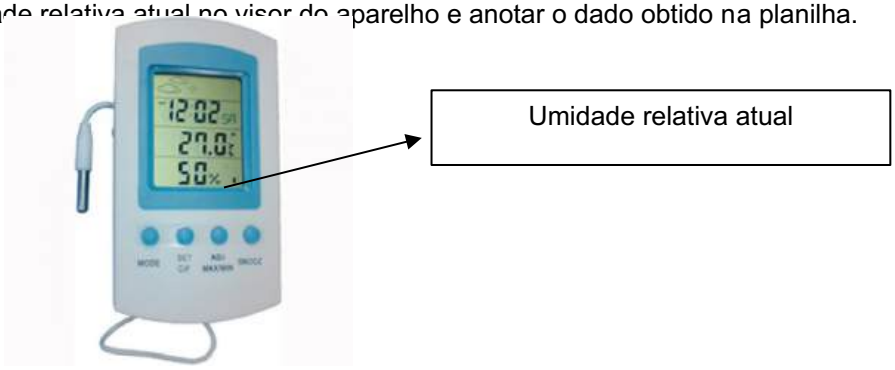


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Melissa Rafaela Furtado Herrman Contini	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BOA VISTA

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Giovana Silva

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Foi alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/16	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado), arquivar por 2 anos.

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterados item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _____________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _____________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _____________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _____________________________
Quantidade do Medicamento: _____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

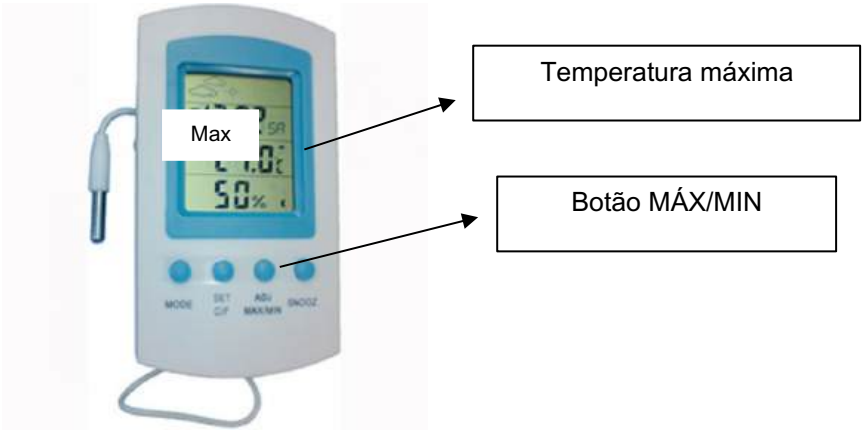
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



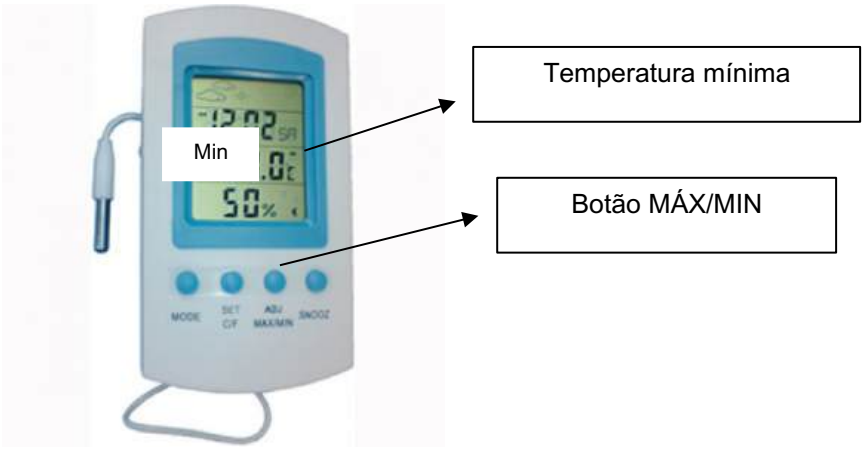
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

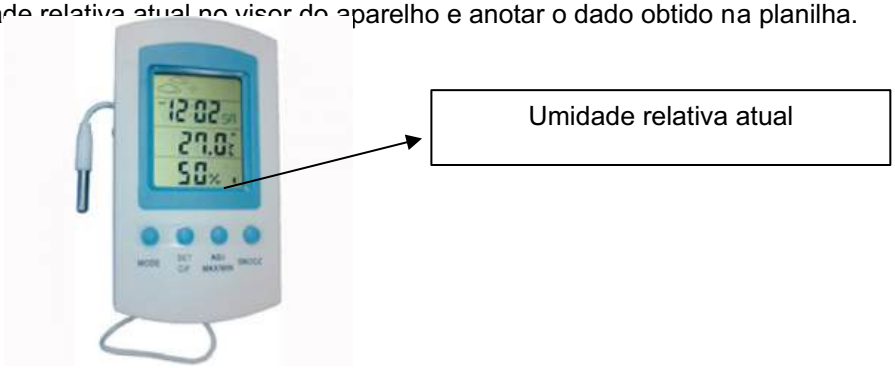


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 3 aonde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Giovana Silva	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM PANORAMA

Elaborado em 11/10/2012 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Aline Regina Patricio
Enf. Fernanda Bittencourt
Enf. Gisele Moschen Ortigara
Enf. Marcos Fernando Soares

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ___________________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: __________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

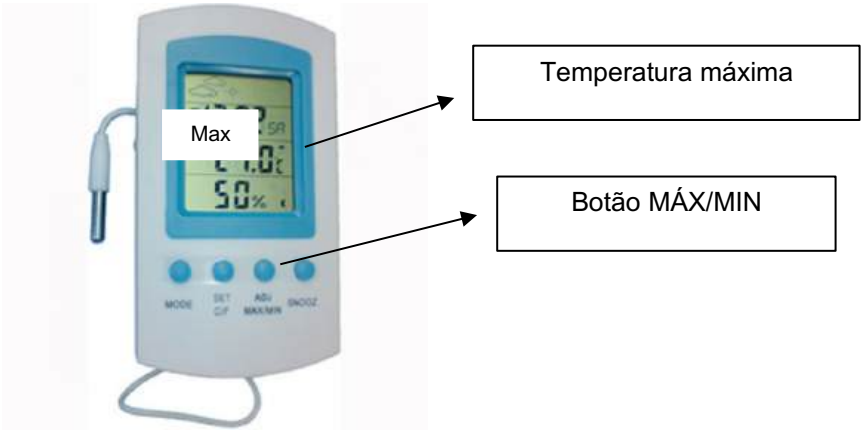
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



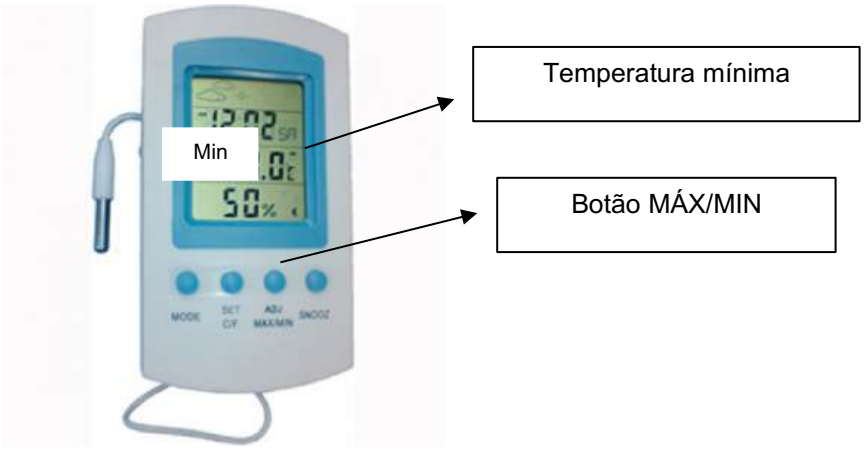
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

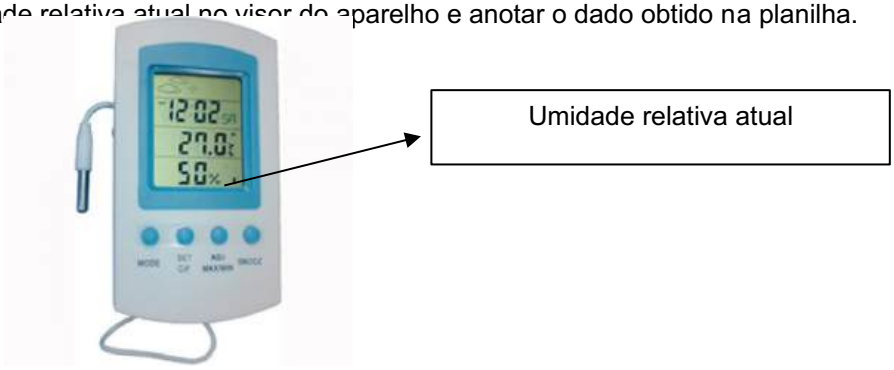


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:
Desenvolvimento local

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Aline Regina Patricio	
Enf. Fernanda Bittencourt	
Enf. Gisele Moschen Ortigara	
Enf. Marcos Fernando Soares	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PANCERA

Elaborado em 11/10/2012 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Bruna Maria Bugs
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO**	**Página 44**

	DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5	

		Procedimento	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1LB466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.

Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**
___. Chapecó- SC
Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos	

		procedimentos	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: <u>não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores.</u> Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções <u>dos pacientes</u>, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

____

_____ _____

Farmacêutico Responsável
CRF nº

Paciente ou Responsável

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

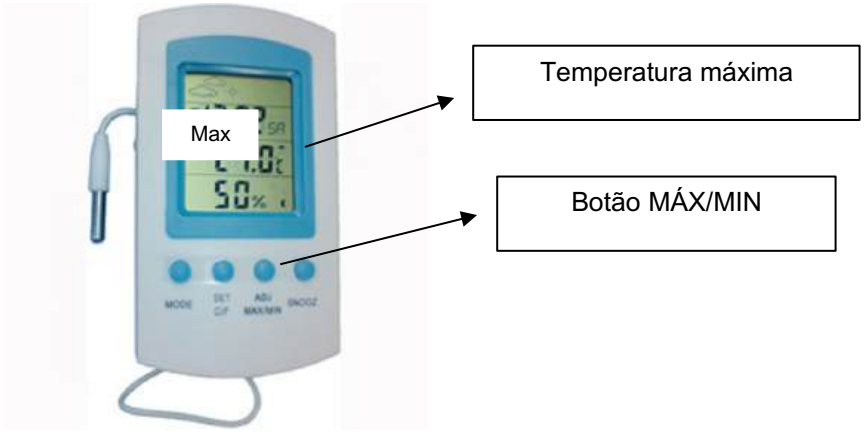
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



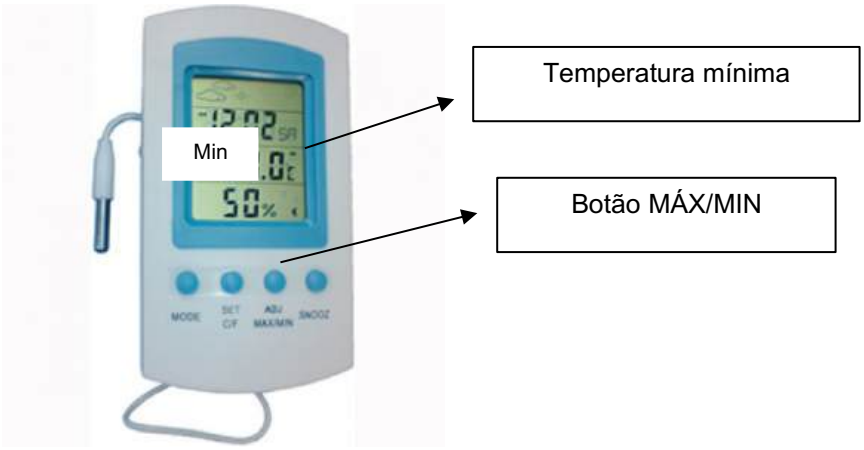
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

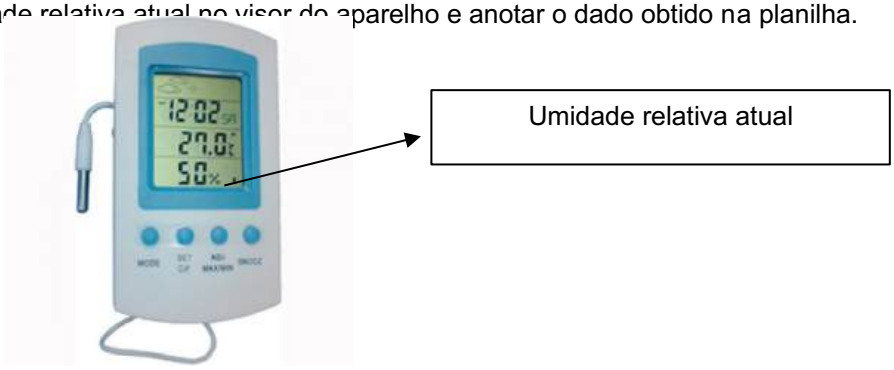


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Bruna Maria Bugs	
Enf. Luiz Ricardo Zanardi Nicolau	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESF SANTA CLARA IV

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima
Enf. Makelly Janaina Canova

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

________________________ ____________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

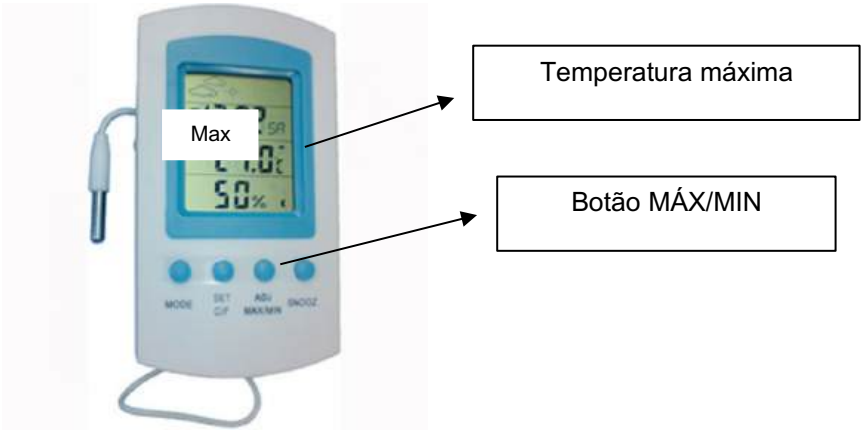
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



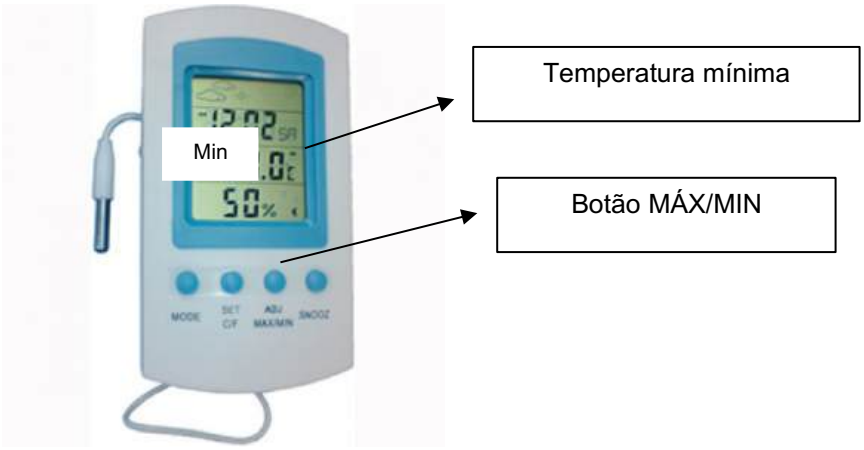
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

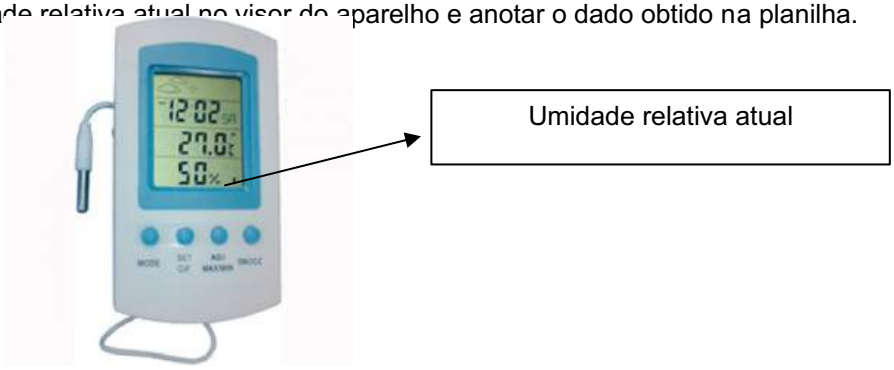


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Leandro Cezar Moreira de Lima	
Enf. Makelly Janaina Canova	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO FRANCISCO

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Jonatan Schmidt Finkler
Enf. Josiane Ines Albarello Alves

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04//2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04//2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: _________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

__________________________ __________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

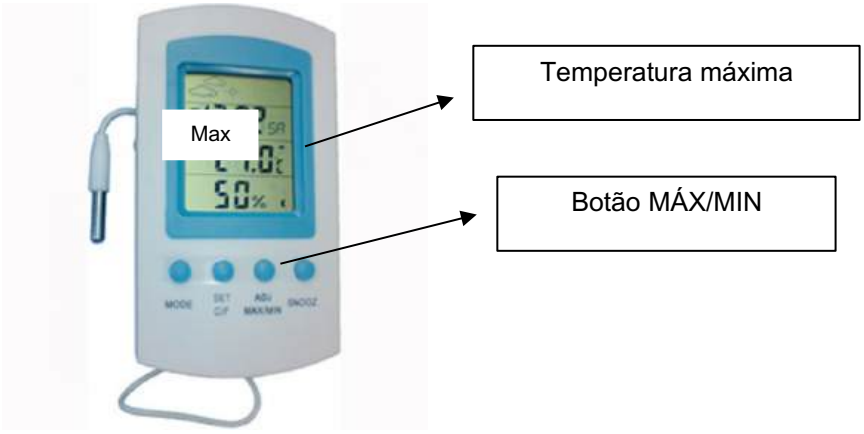
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



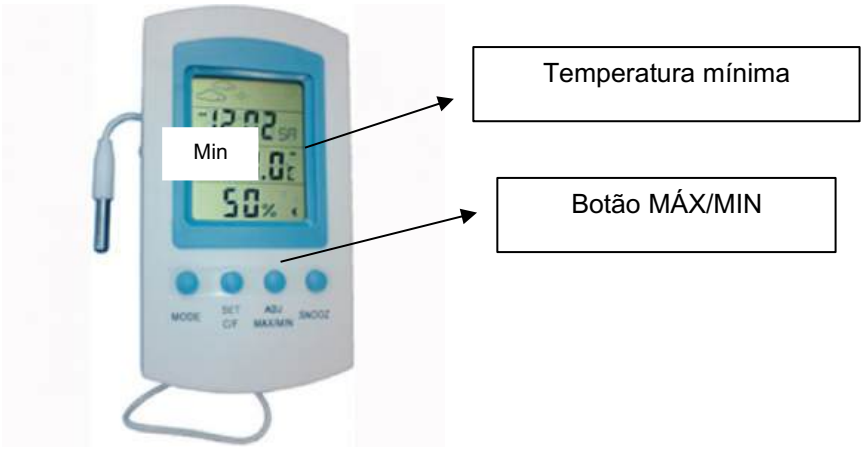
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

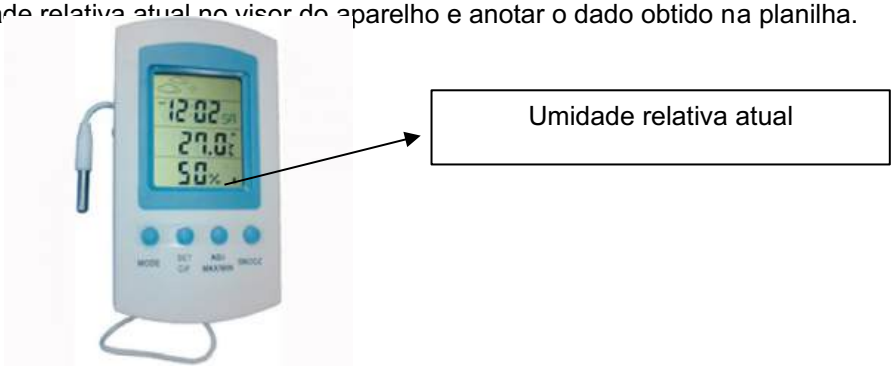


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Juliana Beux Enf. Diane M. Cassaro
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Jonatan Schmidt Finkler	
Enf. Josiane Ines Albarello Alves	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Código: 17 Versão: 2021 Próxima revisão: 2023 01/02

REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.1 AÇÕES: REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia para a organização, reposição e dispensação de Insulinas e insumos.

17.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

17.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

17.5. PROCEDIMENTO:

Disposição da Geladeira

4 No evaporador (congelador) colocar gelo reciclável (gelox ou bobinas com água) na posição vertical, o que contribui para a variação lenta da temperatura, oferecendo proteção aos medicamentos na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;

5 Na primeira prateleira só podem ser armazenados medicamentos que podem ser submetidos à temperatura negativa, dispostas em bandejas perfuradas para permitir a circulação de ar. Como não é o caso das Insulinas, deixar o espaço vago;

6 Na segunda e terceira prateleiras dispor as insulinas em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens do laboratório produtor, separadas entre si, permitindo a circulação do ar. Os diferentes tipos de insulinas devem ser armazenados de modo a facilitar a sua identificação no momento da dispensação, evitando a troca de tipos de insulinas entre si, devendo ainda ser assegurada sua conservação em temperatura de 2º a 8ºC, não podendo ser congeladas.

7 Fixar o sensor do termômetro digital, de máxima e mínima, suspenso no centro da segunda prateleira na posição vertical, em pé.

8 Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta, manter a porta do evaporador (congelador) fechada.

9 Preencher a gaveta de legumes com um número suficiente de garrafas com água e corante (tampadas) para que a temperatura se mantenha o mais estável possível. Recomenda-se que as garrafas estejam com identificação “impróprio para o consumo” e sejam colocadas em pé, lado a lado, até completarem totalmente o espaço da gaveta. Não devem ser usadas bobinas de gelo reciclável como substitutos das garrafas.

10 Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no mínimo duas vezes ao dia (no início e no final da jornada de trabalho), por meio de termômetro digital de máxima e mínima, e anotar os valores no formulário de controle diário de temperatura.
11 Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente toda vez que for fechada
12 Fazer o degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5cm.

Os cuidados básicos para o armazenamento dos produtos de que trata esse procedimento

- É vedada a guarda de alimentos, bebidas e outros materiais na geladeira destinada a medicamentos.
- Manter afixado na porta aviso para que esta não seja aberta fora do horário de retirada e/ou guarda dos medicamentos.
- Usar tomada exclusiva para cada geladeira, se houver mais de uma. A tomada deve estar a 1,20 m da altura do piso para evitar desligamento durante a limpeza do ambiente.
- Instalá-la em local arejado, distante de fonte de calor, sem incidência de luz solar direta, bem nivelada e afastada 20 cm da parede.
- Colocar na base da geladeira suporte com rodas.
- Não permitir o armazenamento de outros materiais (alimentos, bebidas).
- Não armazenar absolutamente nada na porta.
- Não colocar qualquer elemento na geladeira que dificulte a circulação de ar.
- Não utilizar a serpentina para fins diversos como secagem de panos e outros.

Limpezas rotineiras da geladeira

- Transferir as Insulinas para outra geladeira ou caixa térmica com controle de temperatura previamente à sua limpeza. A caixa térmica, quando da transferência, deve ser organizada com gelo reciclável contornando todos os seus lados, sem deixar espaço entre os blocos de gelo. A temperatura da caixa deve ser monitorada e os medicamentos só podem ser transferidos quando a temperatura for igual a 2°C. Na transferência, os medicamentos podem ser mantidos na caixa térmica enquanto a temperatura for mantida entre 2° e 8°C. Antes do retorno para a geladeira de guarda das Insulinas, a geladeira deverá estar na temperatura entre 2° e 8°C.

Reposição do Estoque

Para a reposição de estoque encaminhar solicitação de reposição para a Farmácia Escola, até o dia 05 de cada mês, conforme relatório de Movimentação de estoque – Consumo médio mensal, com intervalo de 30 dias do mês anterior de cada item necessário.

Será encaminhada quantidade baseada na dispensação do Mês, com 25% de margem superior, se houver estoque suficiente na farmácia escola.

Os medicamentos liberados serão:

- Insulina NPH

- Insulina Regular

Os insumos serão:

- Seringas descartáveis para insulina com agulha
- Lanceta com disparo automático (cx com 100 unidades)
- Tiras reativas- teste de glicemia capilar

Recebimento da Insulina

- Ao receber o medicamento, verificar a temperatura em termômetro digital de máxima e mínima, que deve estar entre 2 a 8ºC.
- É vedado o uso de gelo in natura para a manutenção da temperatura interna em caixas térmicas.
- Ao receber o medicamento termolábil, o estabelecimento deve, de imediato, colocá-lo em geladeira ou temperatura indicada pelo fabricante.
- Não devem ser aceitos os medicamentos termolábeis fora das especificações expostas acima.

Dispensação das Insulinas e dos seus insumos para monitorização e aplicação.

- Solicitar ao usuário a apresentação do Cartão SUS, Identificação com foto, solicitação médica do auto monitoramento e receita da insulina com validade máxima de 12 meses e para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia a justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Solicitar a caixa de isopor
- Solicitar as seringas utilizadas para descarte correto;
- Fornecer medicamentos para apenas 30 dias, mediante receita válida por 12 meses.
- Fornecer seringa conforme a quantidade de aplicações diárias, também para um mês de tratamento;
- As tiras reativas para glicemia capilar são entregues conforme o número de monitorização estabelecida pelo médico com limite de 100 unidades por mês, para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia deve apresentar justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Lembrar o usuário que para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem. A falta de adesão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas medicamentosas e não medicamentoso é motivo suficiente para a interrupção do fornecimento do benefício
- Orientar o paciente quanto à forma de conservação dos medicamentos, preferencialmente por escrito.

Obs. Importante: Os aparelhos “Glicosímetros” serão fornecidos apenas na Farmácia Escola e Farmácia Comunitária da PIoneira, pois é necessário cadastro.

15.6 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO SESA Nº 590/2014 (Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14) Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná.

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006 *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.*

Elaborado em 18/04/2016 Por:
Fabiana Trento de Oliveira

Aprovado em 18/04/2016 Enf. Juliana Beux COREN/PR 203233
Assinaturas

VERSÃO 2021
Revisado em 10/11/2021
Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo
Aprovado em 16/11/2021
Por
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260
Enf. Jonatan Schmidt Finkler
Enf. Josiane Ines Albarello Alves

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UBS PORTO ALEGRE

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos
Enf. Claudia Terezinha Frolich

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: ________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: ________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: ________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________
Quantidade do Medicamento: ___________________ Lote: ________________
Prazo de validade: _________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _____________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

______________________________ ______________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi deita a inclusão do item 06	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

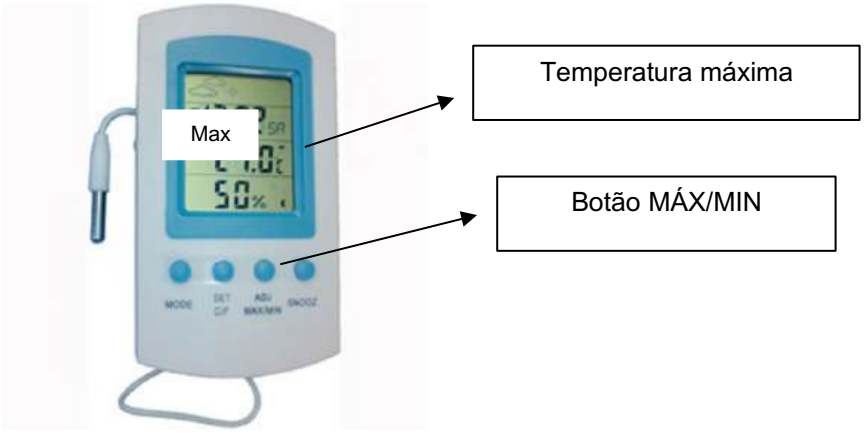
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



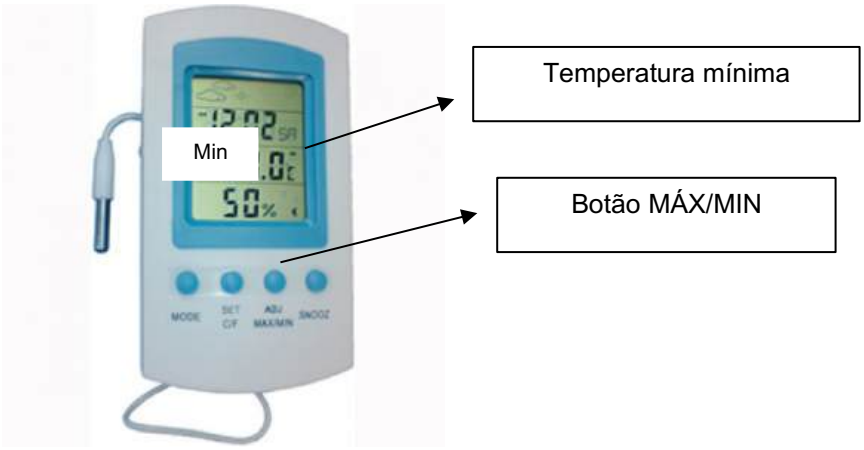
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

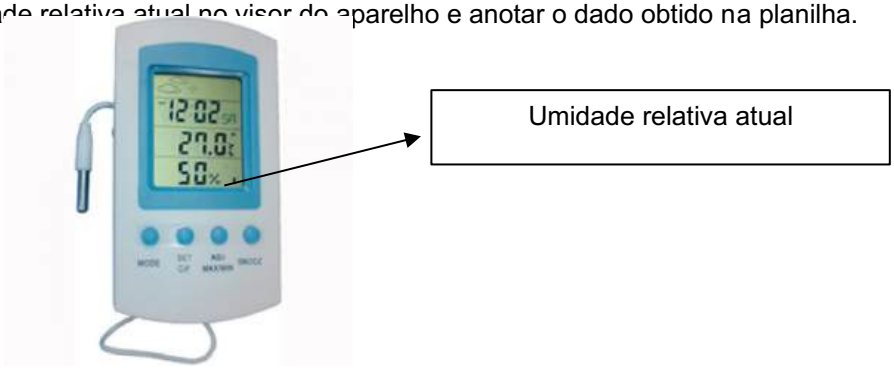


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Andriely Vieira Queiroz dos Santos	
Enf. Claudia Terezinha Frolich	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA ESF DO JARDIM CONCÓRDIA

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Eunice Manoela de Oliveira
Enf. Hans Doner Eric Cintra

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2016	27/07/2016	Entrou mais uma enfermeira na equipe	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem Alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04
DISPENSAÇÃO			

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia …….., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: __________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

________________________ ________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados item 1 e foi feita a inclusão do item 06.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

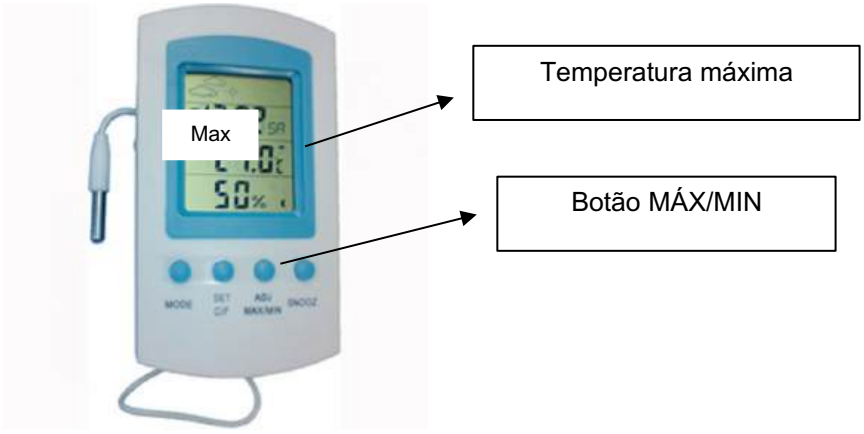
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



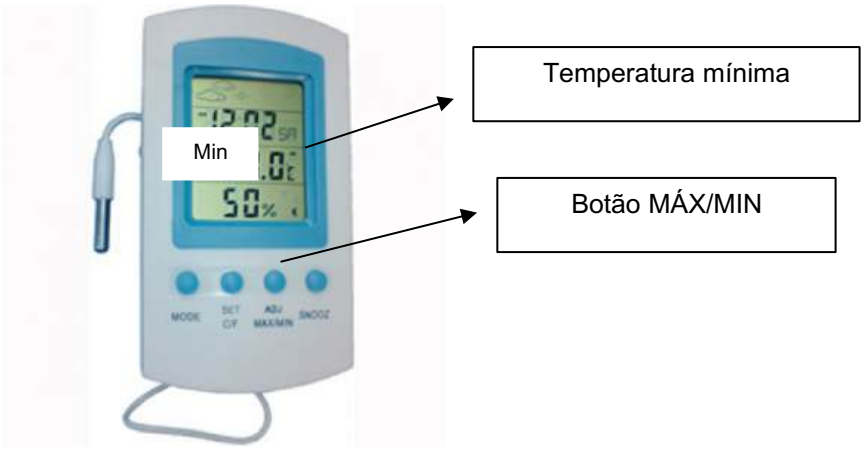
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

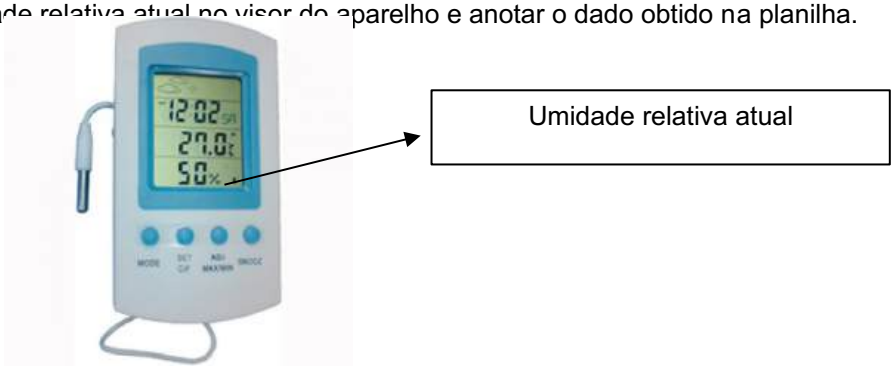


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado item 3 onde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 14/07/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Carla C. C. Moreira
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Eunice Manoela de Oliveira	
Enf. Hans Doner Eric Cintra	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE UBS DA INDUSTRIAL

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella
Enf. Edison Andre Bach
Enf. Claudia Bonifácio Andrade

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem Alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04
DISPENSAÇÃO			

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

__________________________ __________________________
Farmacêutico Responsável   Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado item 1 e incluído item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

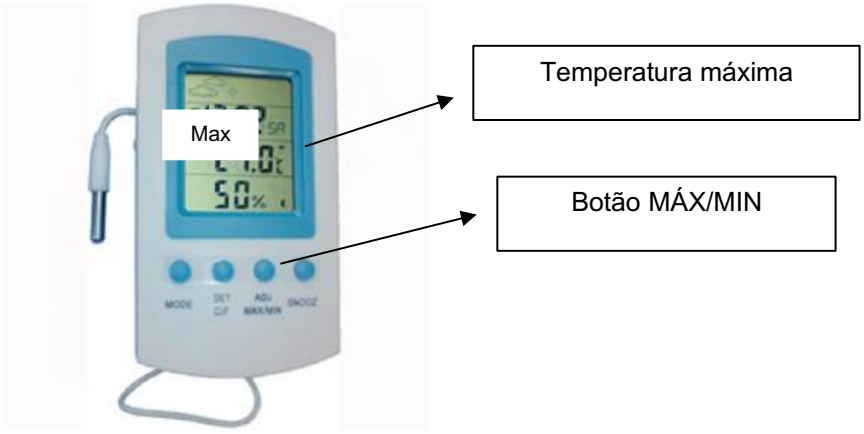
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



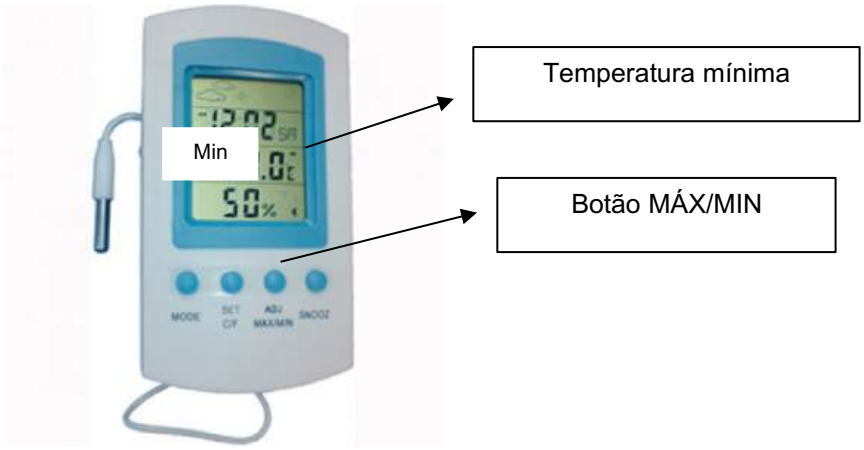
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

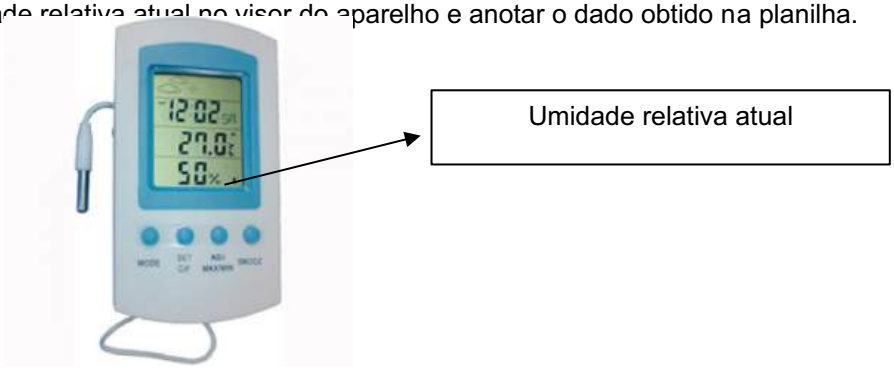


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado item 3 onde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.
A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma

Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of
Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone "Farmácia do Paraná" → "Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná" → Clicar em "Consultar" → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	
Enf. Edison Andre Bach	
Enf. Sandra Xavier do Rego Zanella	
Enf. Claudia Bonifácio Andrade	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JARDIM EUROPA

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Alcione Correia de Lima
Enf. Alex Sandro Pires
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva
Enf. Volmara Fatima Carminatti

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2016	01/09/2016	Alterado o título do departamento de farmácia e nos ajustes foi acrescentado a palavra antibióticos.	
2019	23/01/2019	Sem Alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04
DISPENSAÇÃO			

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Foram alterados os itens 3.5, 3.6.1. , 3.6.3 , 3.6.5 e 3.6.6.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2016	01/09/2016	Alterados itens 1, 3.4.5.6 e7	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2016	01/09/2016	Alterado item 3	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterados Procedimentos 7.5, itens 2,3,4,7e 8	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: ___________________
Condições de armazenamento deste medicamento: (   ) Banheiro (   ) Cozinha
(   ) Quarto (   ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? (   ) sim (   ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _____________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado item 1 e incluído item 06	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado item 3 onde diz de 40 a 70% foi retirada a umidade mínima.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Título, Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.
A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	21/09/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2016	01/09/2016	Alterado o item capacitação continuada	
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma

Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of
Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2019	23/01/2019	Sem alterações	
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone "Farmácia do Paraná" → "Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná" → Clicar em "Consultar" → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Alcione Correia de Lima	
Enf. Alex Sandro Pires	
Enf. Vitor Leonardo Martins da Silva	
Enf. Volmara Fatima Carminatti	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE DE SAÚDE COSMOS

Elaborado em 11/10/2012 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Tainá Moesch Frantz
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman
Enf. Caroline Pizzatto

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em "Relatórios" → "Estoque" → "Movimentação de estoque – Lotes e validades" → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em "Apenas produtos com estoque positivo". Clicar em "imprimir" para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra "*primeiro que vence, primeiro que sai*".
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Confirmação de entrada" → "Buscar". Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em "Finalizar".
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: "Atendimento" → "Movimentação de estoque" → "Saída estoque(Transf.)" → Clicar em "Novo" → Selecionar no tipo de saída: "Transferência de estoque". No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no ítem 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ______________________________
Quantidade do Medicamento: ______________________ Lote: _____________________
Prazo de validade: ____________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local _______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

__________________________ ______________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

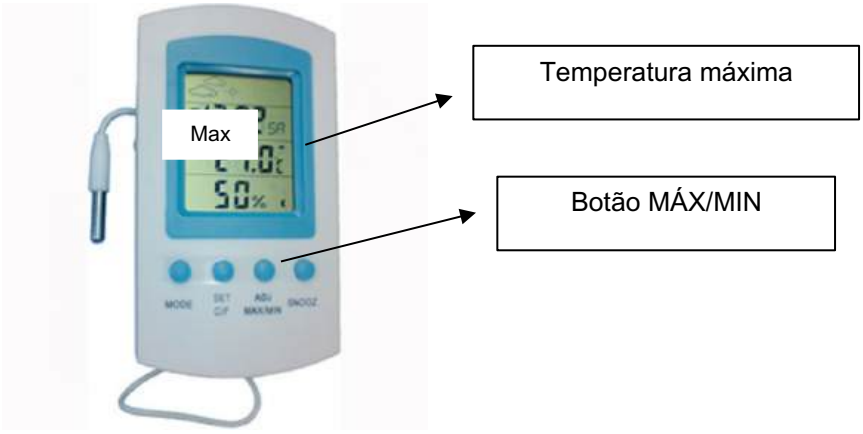
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



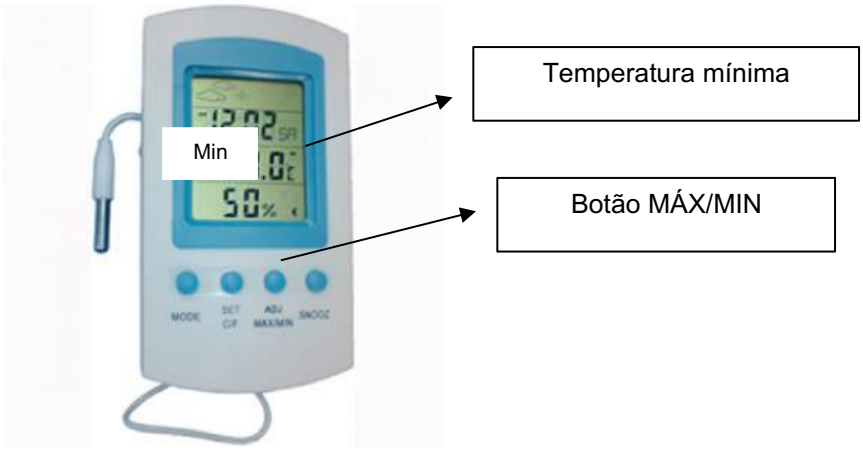
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

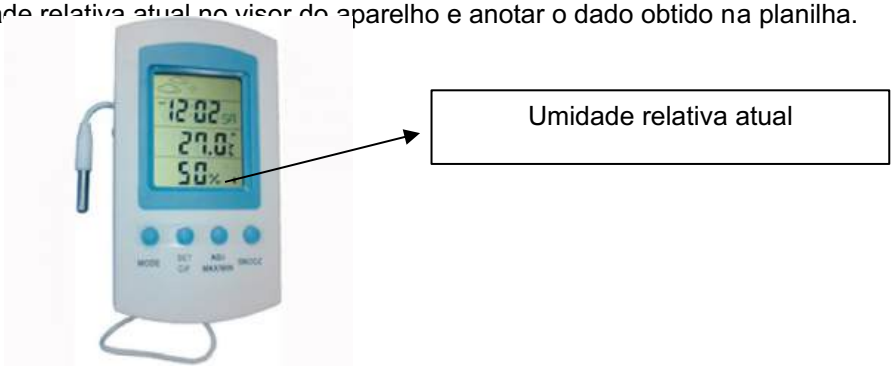


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

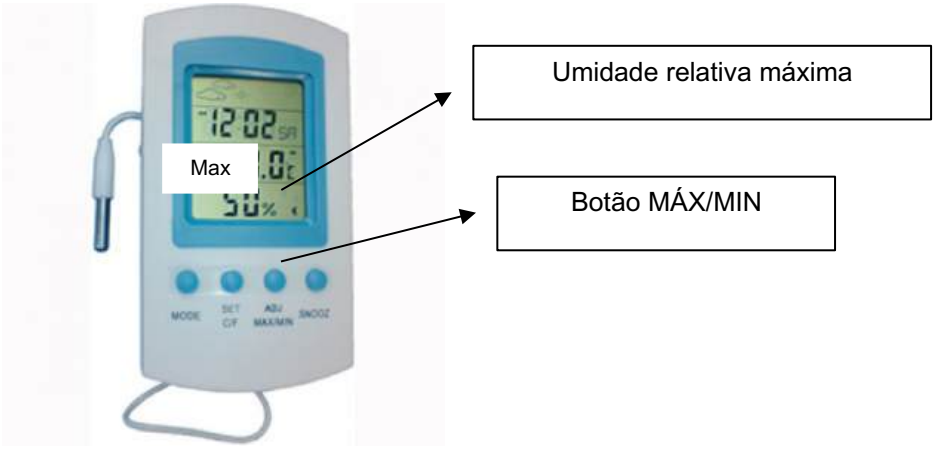
Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

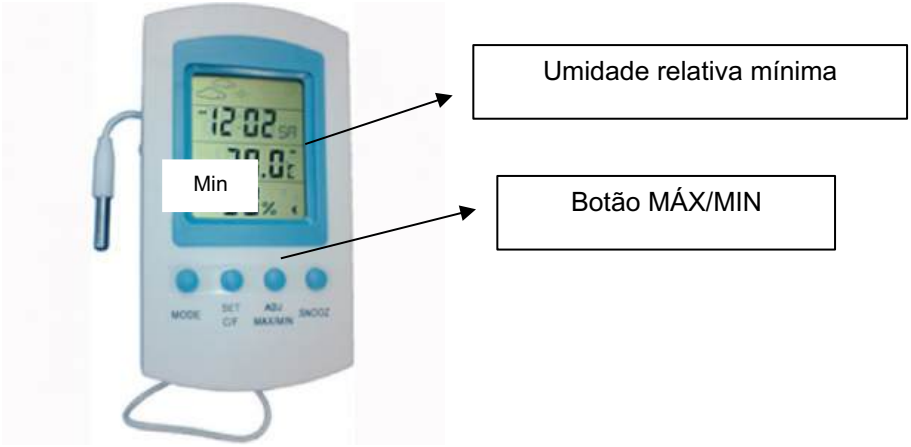
Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021. Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.
A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Ana Carolina Pasini Enf. Rutiane M.F. Morante
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:

   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma

Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of
Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz COREN321879	
Enf. Bruna Bugs COREN 336744	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz	
Enf. Caroline Pizzatto	
Enf. Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ESF CEZAR PARQUE BRESSAN

Elaborado em 30/08/2016 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Cristina Matter

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer , Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

- **Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica**

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura da Farmácia;
- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;

- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e reorganização das responsabilidades dos Funcionários.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingoer , Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e inclusão de novos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do POP, inclusão sucinta dos passos para o pedido	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nomes, estado de conservação, prazo de validade e número de lotes. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, os mesmos são armazenados nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, com controle de lotes e validades (first in / first out), independentes da forma farmacêutica. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar bens de consumo que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, devolver a Central de Abastecimento Farmacêutico.
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: “Atendimento” → “Movimentação de estoque” → “Confirmação de entrada” → “Buscar”. Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em “Finalizar”.
4 Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF), receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado).

7 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop e revisão do procedimento	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento. Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

3 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os ítens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema.

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão da Lista de resíduos como item 6.7 Anexo.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Título, Layout do Pop e revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no ítem 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ____________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de _______________ de _________.

_________________________ _________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

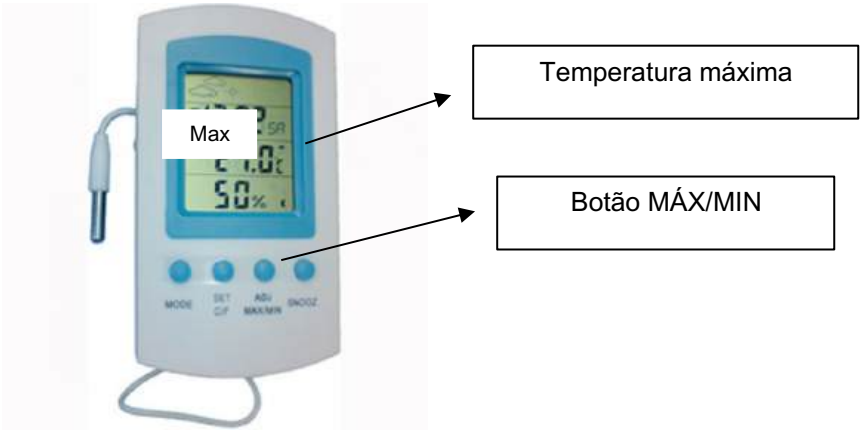
Leitura e registro da temperatura

Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



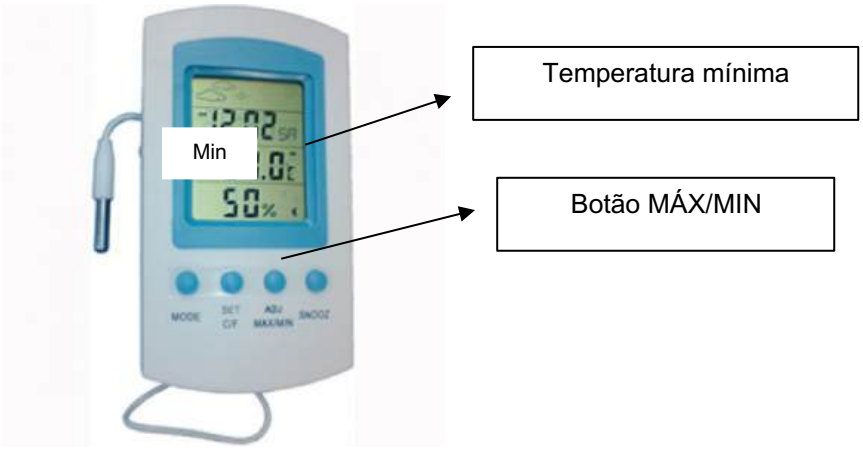
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

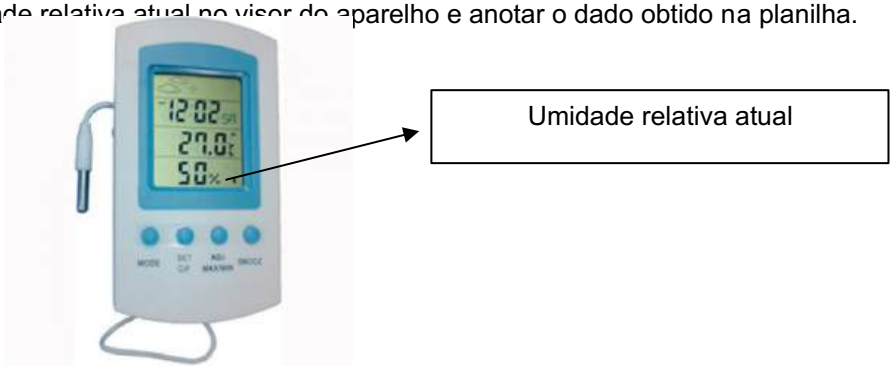


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

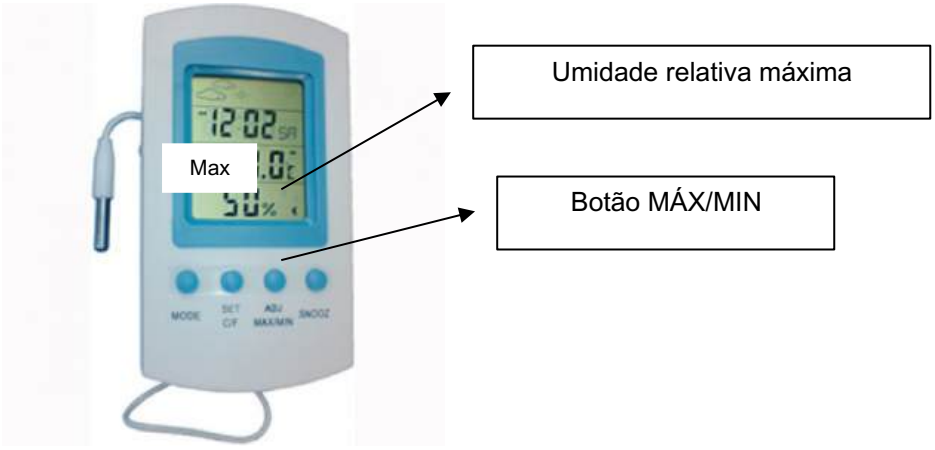
Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

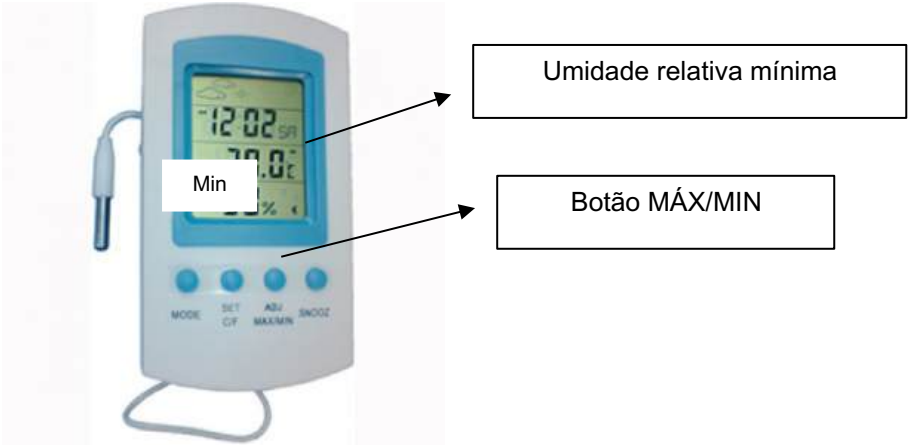
Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Tainá Moesch Frantz COREN321879	
Enf. Bruna Bugs COREN 336744	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	

CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE				
Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021. Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 11/10/2012 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2015	27/08/2015	Layout do Pop, revisão dos procedimentos.	
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:

   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma

Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of
Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Cristina Matter	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

FARMÁCIA DO AMBULATÓRIO MATERNO INFANTIL

Elaborado em 24/04/2013 Por:
Liane T D Szatkowski

Revisado em 10/11/2021 Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo

Aprovado por:
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/PR 27260
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista
Enf. Marcia Lienemann Cassani
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto

VERSÃO 2021

SUMÁRIO

Código 01	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO**	**Página 03**
Código 02	**ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES**	**Página 05**
Código 03	**DISPENSAÇÃO**	**Página 07**
Código 04	**REPOSIÇÃO DE ESTOQUE**	**Página 11**
Código 05	**RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM**	**Página 14**
Código 06	**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS**	**Página 16**
Código 07	**RECEBIMENTO DE DEVOLUÇÕES OU DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AMOSTRAS GRÁTIS**	**Página 20**
Código 08	**CONTROLE DE ESTOQUE**	**Página 23**
Código 09	**VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA**	**Página 25**
Código 10	**LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA**	**Página 31**
Código 11	**PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO**	**Página 32**
Código 12	**CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO**	**Página 33**
Código 13	**CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS**	**Página 35**
Código 14	**CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"**	**Página 37**
Código 15	**ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ**	**Página 41**
Código 16	**PADRONIZAÇÃO DA ADEQUAÇÃO NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PR**	**Página 44**
Código 17	**REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS**	**Página 49**

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 01	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

CONDUTA PROFISSIONAL

1.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NO INÍCIO DA JORNADA DE TRABALHO.

1.2 OBJETIVO:
Informar e orientar o funcionário (a) sobre os procedimentos adotados ao Iniciar a Jornada de Trabalho.

ALCANCE:
Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

1.3 RESPONSABILIDADES:
Funcionário (a) do Dispensário de Medicamento

1.4 PROCEDIMENTO:

1 Ao chegar à farmácia da Unidade Básica de Saúde o funcionário deve guardar seus pertences em lugar seguro.
2 Colocar o jaleco, que deve ser utilizado de forma obrigatória; O jaleco deve estar limpo e em bom estado de conservação; Não é permitida a permanência de pessoas estranhas dentro da Farmácia que não estejam rigorosamente paramentadas;
3 Colocar seu crachá. O uso do crachá de identificação é obrigatório.
4 Prender os cabelos;
5 Lavar muito bem as mãos com água e sabão e principalmente após ausência (da ida aos sanitários, intervalos de refeições, etc.);

Observações importantes a serem consideradas:

- Usar calçados confortáveis, limpos, de preferência com solado aderente e sem ranhuras, estando em bom estado de conservação;
- Homens e Mulheres: manter as unhas curtas e limpas;
- Não é permitido o consumo de alimentos ou bebidas, enquanto estiver executando uma tarefa;
- Não é permitido mascar, fumar e/ou fazer uso de medicação pessoal, dentro da Farmácia;
- Deve ser obedecido o estabelecimento de rotinas individuais, assegurando que cada funcionário tenha seu tempo para alimentação, lanches, descanso etc., previamente determinados e totalmente realizados em ambiente separado das áreas de armazenagem, evitando com isso a possibilidade de contaminação dos alimentos ou mesmo dos medicamentos;
- Não é permitido manter ferramentas, roupas, equipamentos ou qualquer objeto estranho ao setor;
- Qualquer pessoa estranha à área interna da farmácia, que queira visitá-la, deve observar as normas de higiene e se paramentar de acordo com as condições estabelecidas para o setor;
- Toda e qualquer pessoa estranha ao setor, deve estar acompanhada de pessoal autorizado.

1.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingojer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 02	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/02

ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

2.1 AÇÕES: ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS FUNCIONÁRIOS NA FARMÁCIA

2.2 OBJETIVO:
Orientar os funcionários sobre as responsabilidades e atribuições de cada um na Farmácia.

2.3 ALCANCE:

Farmácia.

2.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde

- Dispensação de medicamentos;
- Gerenciamento técnico-administrativo;
- O equipamento que apresentar defeito deve ser identificado como tal e removido da área, para aguardar manutenção;
- Solicitar os serviços de manutenção destes equipamentos e consertos;
- Ajuste de estoque (quebra, vencidos) da sua respectiva Unidade.
- Treinamento dos auxiliares;
- Programa de desratização e desinsetização;
- Aprovar a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.
- Programação de Abastecimento de Medicamentos.
- Estar atento para que os envolvidos estejam em condições de cumprir as atribuições, favorecendo treinamentos, educação continuada, objetivando a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e o atendimento dos pacientes;

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica

- Gerenciamento e supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Controle de estoque
- A supervisão do processo de aquisição de medicamentos
- Desenvolver e promover ações educativas no âmbito sanitário;
- Comunicar a CAF (central de abastecimento farmacêutico) problemas relacionados com a aquisição de medicamentos.
- Fazer a revisão dos POP's a cada dois anos ou sempre que houver necessidade.

Técnico e Auxiliar de Enfermagem

- Dispensação de medicamentos;
- Organizar e operacionalizar as atividades da Farmácia;
- Auxiliar na limpeza do setor;
- Assegurar condições adequadas desde o recebimento até a dispensação dos medicamentos;
- Realizar os Registros diários na planilha de Controle de Temperatura e umidade da Farmácia;

- Manter os medicamentos e demais produtos do dispensário com pleno controle de estoque, garantindo o reconhecimento dos lotes e validades de todos os produtos;
- Comunicar se houver algum equipamento com problemas para o diretor de departamento e/ou ao enfermeiro (a) da Unidade de Saúde;

2.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 2.4 Responsabilidades	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 03	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/04

DISPENSAÇÃO

3.1 AÇÕES: DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA.

3.2 OBJETIVO:
Informar e orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na dispensação de medicamentos que fazem parte da farmácia. Assessorar, gerenciar e responder tecnicamente pelas atividades relacionadas à seleção, armazenamento, aquisição e distribuição de produtos farmacêuticos.

3.3 ALCANCE:

Setor de dispensação de produtos na farmácia.

3.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

3.5 PROCEDIMENTO:

1 No momento em que o paciente chega à Farmácia cumprimentá-lo e solicitar a receita, o documento com foto e o Cartão SUS. *Obs. Nenhum medicamento pode ser dispensado sem receita médica e documento do paciente.*

2 Receber a receita médica e verificar se os dados conferem com a legislação, ou seja, verificar o nome com a identificação do paciente, identificação do emitente (médico, dentista, farmacêutico, enfermeiro), letra legível, sem rasuras e emendas, carimbo, assinatura, CRM, local de emissão, data (a receita terá validade de um ano para medicamentos de uso contínuo e dez (10) dias para antibióticos).

3 Interpretar a prescrição quanto à dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento.

4 Pegar os medicamentos que estão dispostos em ordem alfabética pelo nome do ativo, retirando sempre o vidro ou caixa da sua direita e puxando o de trás para frente, de maneira que sempre fique correta a ordem dos prazos de validade. Obs. *Os medicamentos para hipertensão e diabetes estão dispostos em prateleiras separadas.*

5 De posse dos medicamentos, abrir o sistema Consulfarma no endereço: **saude.toledo.pr.gov.br** **Ir em "Atendimento" → "Movimentação de Estoque" → "Saída de Estoque (Farmácia)"** Opção: NOVO, preencher os campos indicados na Imagem abaixo, Lançar produto por produto, verificando o lote dispensado com o lote selecionado no programa e a quantidade dispensada. Gravar o atendimento e imprimir o recibo de dispensação.

6 Individualmente, medicamento por medicamento, anotar na etiqueta quanto à posologia, e passar essa informação verbalmente. Na hora de repassar as informações da posologia, ou seja, quantas vezes ao dia, sugerir horários de tomadas ao dia (por ex: 3 vezes ao dia pode ser sugerido o seguinte horário - 7:00 hs da manhã, 3:00 hs da tarde e 11:00 hs da noite; 4 vezes ao dia pode ser sugerido - 6:00 hs da manhã, meio dia, 6:00 hs da tarde e meia noite) não colocar o horário como: 7:00, 15:00 e 23:00 hs, pois pode confundir o paciente. *Obs. Orientar também com relação às interações com alimentos, efeitos colaterais, contra indicação e dietas alimentares*.

7 De posse da impressão do recibo, conferir sempre no momento da entrega com o paciente o que está na receita, o que está sendo entregue e o que foi impresso, para verificar se não houve erro de digitação e de entrega de medicamentos.
8 Conferido, pedir para o usuário assinar o recibo.
9 Carimbar a receita com a data da dispensação e assinatura do responsável que dispensou. Para medicamentos antibióticos entregar a primeira via para o paciente e a segunda via fica retida junto com o comprovante de recebimento. Para as receitas do sistema consulfarma, com antibiótico, reter a primeira via (que está identificada “Primeira via – Farmácia”) e devolver ao paciente a segunda via (que está identificada “Segunda via - Usuário”).

3.5.1 DISPENSAÇÃO QUANDO O SISTEMA ESTIVER INDISPONÍVEL:

Quando por algum motivo (queda de luz, de internet, do sistema, etc) não houver possibilidade de lançar a dispensação no sistema no momento da entrega dos medicamentos, deve-se preencher o recibo manual (ítem 3.7 Anexo: RECIBO MANUAL). Assim que o sistema voltar a funcionar, dar a baixa na dispensação, seguindo as informações coletadas com o Recibo Manual.

3.6 OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ORIENTAR OS PACIENTES PARA PEGAREM OS SEUS MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCEM E ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA A FARMÁCIA ESCOLA/FARMÁCIA COMUNITÁRIA SÓ PARA RECEBEREM OS MEDICAMENTOS QUE NÃO ESTEJAM DISPONÍVEIS NA UNIDADE.

3.6.1 Medicamentos sob Controle Especial

- A Notificação de Receita é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "B1" (psicotrópicas) e C1 “Medicamentos sob controle especial”.
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.
- A farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- Encaminhar para a Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro os pacientes que fazem uso deste tipo de medicamentos.

3.6.2 Pacientes Que Fazem Uso De Insulina

- Devem obrigatoriamente ter a receita
- Orientar para que este paciente retire a insulina na farmácia popular ou na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira.
- Na farmácia popular a receita tem validade por seis meses e na Farmácia Escola/Comunitária, por um ano.

3.6.3 Da Receita

- O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia" e "2ª via - Orientação ao Paciente".
- A Receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).
- O aviamento ou dispensação de Receitas de Controle Especial é realizado na Farmácia Escola/Farmácia Comunitária da Pioneira/Farmácia Coopagro.

- As prescrições por cirurgiões dentistas só poderão ser feitas quando para uso odontológico.

3.6.4 Da Receita De Medicamentos Antibióticos

- A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita em duas vias, sendo a 2ª via - Retida na farmácia e a 1ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento. Quando a 2ª via for carbonada a farmácia deverá reter então a 1ª via para efeito de documentação. Os medicamentos somente poderão ser dispensados quando as prescrições forem apresentadas de forma legível e sem rasuras, por profissionais devidamente habilitados e contendo as seguintes informações:
    1 Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;
    2 Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no conselho regional ou nome da instituição, endereço, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
    3 Identificação do usuário: nome completo;
    4 Identificação do comprador: nome completo, número do documento oficial de identificação, endereço completo e telefone (se houver);
    5 Data da emissão;
- As receitas de antimicrobianos terão validade de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial.
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90(noventa dias) a contar da data de sua emissão, sendo que a receita deverá conter a indicação de uso contínuo.

3.7 ANEXO: RECIBO MANUAL

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO	
REQUISIÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	
DATA:	
PACIENTE:	
MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
ENDEREÇO:	FONE:
MEDICAMENTO	QTDADE DISPENSADA
PACIENTE:	ATENDENTE:
MÉDICO:	

3.8 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO ESTADUAL 69 de 01 de abril de 1997.
Norma Técnica quanto ao funcionamento e as condições físicas e sanitárias referentes aos serviços de inalação, pequenos curativos, guarda de medicamentos biológicos.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 09 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição , isoladas ou em associação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

Valtingojer, Walter Hermano , Manual de boas práticas em drogarias.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 3.5 Procedimento; Inclusão do item 3.5.1 Dispensação quando o sistema estiver indisponível; Inclusão do item 3.7 Anexo: recibo manual.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 04	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03

REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

4.1 AÇÃO: REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMÁCIA

4.2 OBJETIVOS:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para reposição de medicamentos que fazem parte da Farmácia, nos casos específicos de abertura de novas unidades, uma vez que para as demais unidades, atualmente é a CAF que faz a distribuição conforme o consumo médio.

4.3 ALCANCES:

Farmácia

4.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia.

4.5 PROCEDIMENTOS:

Para realizar o pedido, primeiramente, deve-se imprimir o relatório de estoque para saber o estoque atual da Farmácia.

Para realizar a impressão do relatório deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.
2 Relatórios de estoque.
3 Lotes e validades por unidade.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia …..”.
2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.
3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem ser estendidas para abranger todo o período de validade dos medicamentos disponíveis na Farmácia.
4 Selecionar “todos produtos”.
5 Visualizar e imprimir o relatório.

Após a impressão do relatório, deve-se verificar os medicamentos faltantes e aqueles com quantidade insatisfatória de suprir a demanda de no mínimo 15 dias da Farmácia ……., com base no relatório de consumo médio mensal. Depois, deve-se anotar a quantidade necessária ao lado de cada medicamento da lista.

Para realizar a impressão do relatório de consumo médio mensal deve-se entrar no sistema SigSaúde e realizar os seguintes passos:

1 Relatórios.

2 Relatórios de estoque.

3 Movimentação de estoque – consumo médio mensal.

Preencher os seguintes campos:

1 Origem: selecionar “Farmácia ….”.

2 Grupo: selecionar “medicamentos”. Caso haja necessidade de consultar um medicamento específico, deve-se selecionar “produto” e pesquisar o medicamento desejado.

3 Intervalo de datas: preencher com “data inicial” e “data final”. As datas devem compreender o período de no mínimo um mês.

4 Selecionar “todos produtos”.

5 Visualizar e imprimir o relatório.

Realizada esta etapa, deve-se fazer o pedido através do sistema SigSaúde, seguindo os passos abaixo:

1 Atendimento.

2 Movimentação de estoque.

3 Pedido on-line - solicitação.

4 Novo.

Preencher os seguintes campos:

1 Solicitante: selecionar “Farmácia ….”.

2 Distribuidora: exemplo: CAF.

3 Gravar.

4 Selecionar o código ou pesquisar o medicamento desejado.

5 Quantidade necessária.

6 Selecionar o ícone “Incluir”.

7 Seguir para o próximo medicamento.

.

Quando todos os medicamentos do pedido estiverem incluídos, deve-se ir à opção “gravar”. Após gravar o pedido, este não pode ser mais alterado.

4.6 **REFERÊNCIAS:**

Procedimento Operacional Padrão Farmácia Comunitária da Pioneira – Versão 06. 2021.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão com atualização dos itens 4.2 Objetivos e 4.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 05	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM			

5.1 AÇÕES: RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM DOS MEDICAMENTOS

5.2 OBJETIVOS:
Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados na armazenagem de medicamentos que fazem parte da farmácia.

5.3 ALCANCE:

Farmácia/Setor de armazenagem de produtos.

5.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários das farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

5.5 PROCEDIMENTO:

1 O profissional responsável pelo transporte e descarga de posse da guia de transferência procura o profissional da Farmácia, para que este faça o recebimento, que é feito sobre um pallet ou superfície sem contato direto com o chão.
2 Através das guias de recebimento conferem-se as quantidades e seus respectivos nome do medicamento, concentração, lote, validade, estado de conservação. Caso haja divergência de quantidades entre guia de acompanhamento e os bens recebidos, a farmácia deverá comunicar de imediato a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para providenciar a devida correção. Havendo convergência dos medicamentos recebidos, comunicar a CAF para disponibilizar a transferência no sistema. Confirmar o recebimento no sistema (Ir em “Atendimento” → “Movimentação de estoque” → “Confirmação de entrada” → Destino: Farmácia… → Buscar. Selecionar a transferência. Conferir se os itens estão de acordo com a guia impressa → Clicar em Finalizar. Gerar relatório de Lotes e Validades (Ir em “Relatórios” → “Estoque” → “Movimentação de estoque – Lotes e validades” → Filtrar data (colocar data final que contemple a validade de todos os medicamentos (30/12/2030 por exemplo) → Clicar em “Apenas produtos com estoque positivo”. Clicar em “imprimir” para gerar o Relatório. Então armazenar os medicamentos nas prateleiras na ordem alfabética sob o nome do sal, seguindo sempre a regra “*primeiro que vence, primeiro que sai*”.
3 Depois de conferidos estes medicamentos, se estiver tudo correto, entrar em contato com a CAF, para que a Transferência seja disponibilizada no sistema da farmácia. Deve-se entrar no sistema saude.toledo.pr.gov.br, ir em: “Atendimento” → “Movimentação de estoque” → “Confirmação de entrada” → “Buscar”. Selecionar a transferência. Conferir se os itens da guia impressa conferem com os do sistema. Se sim, clicar em “Finalizar”.
4 *Obs. nunca usar o navegador explorer, pois pode acontecer de duplicar, triplicar a quantidade recebida/estoque.*
5 Os responsáveis pelo recebimento/conferência devem assinar a guia de transferência e arquivar na Farmácia.
6 Quando a Central de abastecimento Farmacêutico (CAF) enviar produtos que não serão utilizados pela farmácia, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, comunicar e fazer a devolução do produto, com transferência no sistema para a CAF. Para fazer a transferência ir em: “Atendimento” → “Movimentação de estoque” → “Saída estoque(Transf.)” → Clicar em “Novo” → Selecionar no tipo de saída: “Transferência de estoque”. No destino da saída digitar o local para onde

vai transferir, exemplo: Central de Abastecimento Farmacêutico. Digitar o produto e a quantidade. Clicar em gravar.

7 Manter arquivado na farmácia: as guias de transferência dos medicamentos (1 ano após o recebimento e depois são encaminhadas a CAF). receitas médicas, recibos e demais documentos, para eventuais conferências e prestação de informações solicitadas por pessoas ou autoridade de direito. Acondicionar em arquivos estes documentos com a devida identificação (mês e ano do material que está guardado). Arquivar por 2 anos.

8 Após a conferência dos medicamentos que chegam da Central de Abastecimento Farmacêutico, o colaborador responsável deverá guardar os medicamentos nas prateleiras de estoque, separando por lotes e estocando os medicamentos conforme as informações a seguir:

- A estocagem não pode ser efetuada diretamente em contato com o solo e nem em lugar que incida luz direta.
- Os produtos deverão estar dispostos com a data do prazo de validade menor a frente daqueles cujo prazo de validade é maior.
- Os medicamentos são alinhados nas prateleiras e quando retirado e não dispensado, estes são colocados novamente no mesmo lugar na prateleira.
- Não fazer reposição de estoque se não for do mesmo lote, para não misturar lotes diferentes na prateleira.
- Os medicamentos antibióticos devem ter uma identificação diferenciada nas prateleiras para não haver erro de dispensação.

5.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Valtingoer, Walter Hermano, Manual de boas práticas em drogarias.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974. Regulamenta a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jun. 1974.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 5.5 Procedimento	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 06	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/04
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS			

6.1 AÇÃO: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

6.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários e funcionários sobre os procedimentos adotados para o armazenamento dos medicamentos próximos ao vencimento e no descarte de medicamentos vencidos da Farmácia.

6.3 ALCANCE:

Farmácia

6.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Farmácia

6.5 PROCEDIMENTOS:

1 No início do mês imprimir o relatório de lotes e Validades: “Relatórios” → “Estoque” → “Lotes e validades” → “ Selecionar a unidade, o grupo “medicamentos” e o intervalo de datas colocar intervalo dos quatro meses próximos.

Movimentação de Estoque - Lotes e Validades por Unidade

Filtros: Data Inicial de Validade: 01/11/2021 Data Final de Validade: 01/03/2022
Origem: FARMACIA
Grupo: MED - MEDICAMENTOS
Mostrar Produtos: Todos os Produtos

Estoque: FARMACIA [redacted]

Código - Produto	Apres.	Lote - Fabricante	Validade	Qtde Corrente	Vlr Unit. R$	Vlr Total R$
11 - AMOXICILINA 250mg/5mL - SUSPENSAO ORAL	FR	20A43R - PRATI DONADUZZI	31/01/2022	37	4,3845	162,23
468 - CARVEDILOL 3,125mg - COMP	CPR	1L8466 - EMS	31/01/2022	60	0,0824	4,94
10987 - COMPLEXO B - SOLUÇAO ORAL	FR	20530L - MEDQUIMICA	31/01/2022	5	2,4000	12,00
12868 - FENOTEROL 5mg/mL - GOTAS	FR	1240/19 - HIPOLABOR	30/11/2021	27	3,1042	83,81
219 - IPRATROPIO 0,25mg/mL - FRASCO 20 ML	FR	2433163 - TEUTO NÃO USAR	31/12/2021	14	0,8106	11,35
419 - NISTATINA SOLUCAO ORAL	FR	20E19M - PRATI, DONADUZZI	30/11/2021	27	3,6946	99,75
105 - NORETISTERONA 0,35mg - CARTELA	CRT	1047203 - BIOLAB	28/02/2022	4	4,2508	17,00
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020214 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	30	3,0478	91,43
863 - OSELTAMIVIR 75mg - CAPSULAS	CPS	21020181 - FARMANGUINHOS	28/02/2022	200	1,6472	329,43
272 - SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIMA 40+8mg/mL - SUSPENSAO ORAL	FR	2753167 - TEUTO	31/01/2022	13	3,9758	51,68
Quantidade de Produto/Fabricante: 10			Total da Unidade:	417		863,64
Quantidade Geral de Produto/Fabricante: 10			Geral das Unidades:	417		863,64

2 De posse do relatório identificar nas caixas de acondicionamento e nas prateleiras o prazo de validade dos medicamentos que faltam quatro (4) meses para o seu vencimento, conforme modelo a seguir:

Atenção! OSELTAMIVIR 75 MG Lote XXX Vence em XX/XX/XXXX

3 Obs. *A dispensação destes somente deve acontecer até o prazo de validade expirar.* ***DEVE-SE OBSERVAR O TEMPO DE TRATAMENTO DO PACIENTE PARA QUE NÃO HAJA RISCO DE O MESMO UTILIZAR MEDICAMENTO VENCIDO.***

4 Os medicamentos vencidos devem ser descartados da seguinte maneira:

- Em caixas de papelão identificadas com o símbolo de resíduo químico.
- Deve-se anotar na Lista de Resíduos de Serviços de Saúde (anexo deste POP) todos os itens que estão sendo descartados e fixar na caixa de descarte em duas vias;
- O procedimento para descarte de medicamentos segue o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- A empresa contratada recolhe estes medicamentos para fazer o descarte de acordo com a legislação vigente. O responsável pela Unidade assina as duas vias e o responsável pela empresa também. Uma via da relação destes medicamentos o responsável pela empresa leva e a outra via fica arquivada na farmácia.
-
- Quando houver quebra de algum frasco de medicamento, deve-se descartá-lo e realizar o registro (Acerto do estoque) no sistema. Se for medicamento sujeito a controle especial (antibióticos por exemplo), deve-se preencher a ficha de “Notificação de Perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos (Anexo 6.8 deste POP), com o nome completo do responsável pela ocorrência, data e assinatura. Após o preenchimento da ficha, entregar ao responsável que deverá fazer a conferência dos dados e consistência das informações prestadas e fazer o acerto de estoque no sistema, pelo caminho: Atendimento / Movimentação de estoque / Acerto de estoque / Novo / Tipo de acerto: diminuir estoque por perda / Descrição do motivo do acerto: descrever a justificativa da ocorrência (ex.: perda ou quebra no manuseio, etc.). Por fim, preencher a Lista de Resíduos (Anexo 6.7).

6.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL,

Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 014, versão 5. 2021.

6.7. ANEXO – LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO GRUPO "B" COLETADOS (RESÍDUOS QUÍMICOS)

RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Toledo				
NOME/FANTASIA:				*Data: / /*
CNPJ:76.205.806/0001-88	*CEP*		*FONE:*	*(45)30558800*
AV. /R:( ) Rua Raimundo Leonardi		*Nº 1586*	*E-mail:*	
CIDADE: TOLEDO				*ESTADO: PARANÁ*

FARMÁCIA/HOSPITAL/DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS/VETERINÁRIA.						
Qtde	**Espécie** (frasco, caixa, cartela, etc.)	**Peso ou Volume por Espécie**	**Medicamento - Princípio Ativo**	**Laboratório**	**Lote**	**Validade**

TOTAL COLETADO (GRUPO B) em Kg: _____

Ass._____ Ass._____

Coletor **Nome:**

Servioeste Soluções Ambientais Ltda **Responsável Técnico (a)**

CNPJ:03.392.348/0001-60 **(CRF, CRQ, CREA, CRM, CRMV,ETC.): (_____UF____).**

___. Chapecó- SC

Data da Coleta: _____/_____/_____. **Lista tríplice: 1- Fica com o Gerador. – 1 – Fica com a empresa Coletora. – 1 – Deve ser entregue na Vig. Sanitária do Município.**

6.8 ANEXO – Notificação de perda ou quebra de medicamentos sujeitos a controle especial/antibióticos

NOTIFICAÇÃO DE PERDA OU QUEBRA DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL / ANTIBIÓTICOS	
Funcionário	
Medicamento	
Concentração	
Forma Farmacêutica	
Lote	
Validade	
Justificativa da ocorrência	
Data	
Assinatura	

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 15/07/2013 por:** Enf. Adriana R.L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 Por: Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 Por	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 6.5 Procedimento, inclusão do item 6.7 Anexo: Lista de resíduos e 6.8 Anexo: Notificação de perdas.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 07	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/03
RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			

7.1 AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DO RECEBIMENTO, REGISTRO E DESTINO DE DEVOLUÇÕES DE MEDICAMENTOS.

7.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar funcionários e estagiários sobre os procedimentos adotados para o recebimento de medicamentos devolvidos ou doados pelos pacientes.

7.3 ALCANCE:

Farmácia.

7.4 RESPONSABILIDADES:

Estagiários e funcionários da Farmácia.

7.5 PROCEDIMENTOS:

Os pacientes devem ser orientados a devolver para o dispensário de medicamentos ou nas farmácias, os medicamentos que não estão mais usando, vencidos e bem como em casos de óbito.

Todas devoluções de medicamentos devem ser descartados conforme POP nº 6 (**ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS).** O descarte deve ser registrado na lista de resíduos, conforme anexo do POP nº 6).

Quando houver devolução de medicamentos psicotrópicos (constantes na Portaria 344/98) deve ser realizado o preenchimento do Termo de Devolução para controle interno, e o medicamento ser descartado. (item 7.7 Anexo – Termo de Devolução).

ATENÇÃO: não é permitido receber doação de "Amostras grátis" de clínicas ou prescritores. Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada clínica, é obrigação de cada instituição dar o destino correto ao seu resíduo. O município faz o devido descarte de seus próprios resíduos, bem como das devoluções dos pacientes, conforme PGRSS.

7.6 REFERÊNCIAS:

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 007, versão 5. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

BRASIL.Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução-RDC Nº 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Elaborado em 14/05/2014 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira.	**Aprovado em 21/07/2021 por:** Farm. Jaqueline A.L. Valério.
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão com alteração no título do POP; atualização no item 7.1 Ações; Atualizações no item 7.5 Procedimento: exclusão de dispensação de medicamentos devolvidos, exclusão de recebimento de amostras grátis; Inclusão de Referência (POP Farmácia Comunitária Pioneira).	

7.7 ANEXO: Termo de Devolução

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

(Portaria nº. 344 de 12 de maio de 1998)

Nº ________________
Nome do Paciente: ____
Endereço Completo: ____
____

Estou devolvendo a este estabelecimento o(s) medicamento(s) abaixo, pelo motivo:
____
____

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Nome do medicamento (princípio ativo) e dosagem: ____________________________
Quantidade do Medicamento: ____________________ Lote: ___________________
Prazo de validade: __________________
Condições de armazenamento deste medicamento: ( ) Banheiro ( ) Cozinha
( ) Quarto ( ) Outro local ______________
Este medicamento foi exposto à luz direta do sol? ( ) sim ( ) Não

Toledo, ______ de ______________ de _________.

________________________ ________________________
Farmacêutico Responsável Paciente ou Responsável
CRF nº

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 08	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE DE ESTOQUE			

8.1 AÇÃO: CONTROLE DE ESTOQUE

8.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar sobre os procedimentos adotados para contagem de medicamentos que fazem parte da Farmácia.

8.3 ALCANCE:

Farmácia.

8.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

8.5 PROCEDIMENTOS:

CONTAGEM DE MEDICAMENTOS

1 No encerramento de cada mês realizar a contagem física de todos os medicamentos existentes na Unidade de Saúde, caso não seja possível esta contagem deverá ser encaminhada uma justificativa da não realização ao Departamento de Assistência Farmacêutica. Esta contagem deverá acontecer entre os dias 1º (primeiro) e 15º (décimo quinto) dia de cada mês. Deverá ser realizada da seguinte forma: Imprimir o relatório de estoque atual da Farmácia (entrar no sistema SigSaúde, clique em "Relatórios" → "Estoque" → "Relatório: Movimentação de Estoque – lotes e validades por Unidade". Clique em ORIGEM, e procure o nome da Unidade a que você pertence, clique em GRUPO e selecione "medicamentos" e em INTERVALO DE DATAS, data inicial, digite uma data de uns dez anos atrás e na data final digite uns dez anos adiante do ano em que você se encontra. Deixe selecionada a opção "Apenas produtos com estoque positivo". Clique em imprimir.

2 Após imprimir o relatório, não movimentar mais o estoque no sistema, até finalizar a contagem, para que não haja divergências no relatório, bem como não dispensar nenhum produto durante a contagem do estoque. Contar o estoque físico (prateleiras + estoque). Ver no relatório impresso o estoque do sistema e anotar a diferença no relatório. *Obs: toda vez que for contar o estoque verifique no sistema o estoque atual.*

3 Quando o estoque estiver a menos na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de menos (-) e a quantidade do medicamento que está a menos.

4 Quando o estoque estiver a mais na prateleira colocar no impresso (relatório) o sinal de mais(+) e a quantidade que está a mais.

5 Assinar o relatório e encaminhar para a Enfermeira Chefe ou funcionário autorizado para fazer os devidos ajustes no sistema.

8.6 REFERÊNCIAS:

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº1/2009-SCI, 1 de abril de 2009

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 8.5 Procedimentos	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 09	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/06
VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA			

9.1 AÇÕES: VERIFICAÇÃO E CONTROLE DE TEMPERATURA

9.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para verificação e controle de temperatura da Farmácia.

9.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

9.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

9.5 PROCEDIMENTO:

Definição: termohigrômetro - instrumento que permite a leitura da temperatura e umidade relativa de um ambiente.

A leitura da temperatura e umidade relativa do ar deve ser realizada na parte da manhã utilizando o termohigrômetro entre as sete (7:00) e oito (8:00) horas e na parte da tarde entre as treze (13:00) e quatorze (14:00) horas, de segunda a sexta-feira. Não será realizada leitura aos sábados, domingos e feriados, exceto quando houver atividades no setor.

A leitura deve ser realizada pelos funcionários devidamente treinados e os dados obtidos devem ser registrados nas planilhas de temperatura e umidade relativa. Deve se tomar cuidado ao preencher os registros para não rasurá-los.

Leitura e registro da temperatura

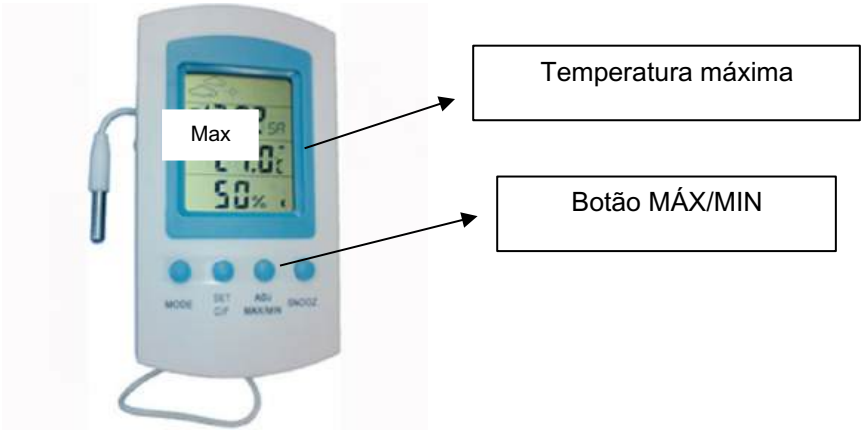
Realizar a leitura da temperatura atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha de temperatura.



Temperatura atual

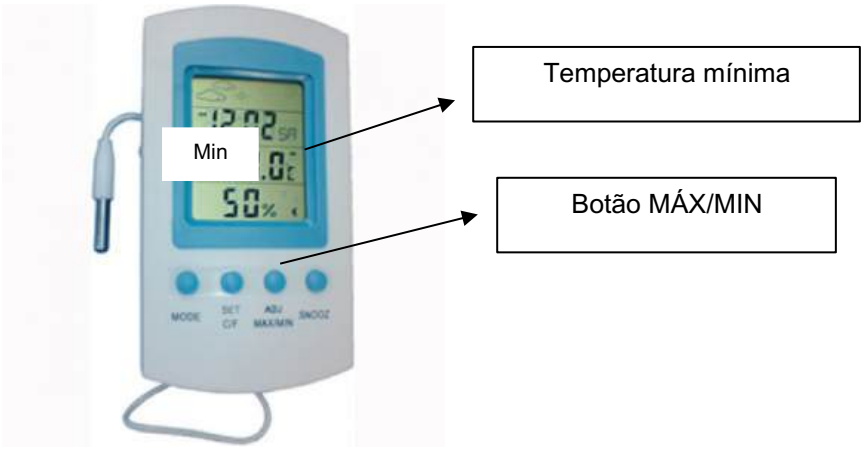
Para realizar a leitura da temperatura máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da temperatura máxima no visor do aparelho e anotar na planilha.Para realizar a leitura da temperatura mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à temperatura deve aparecer a descrição “Min”.

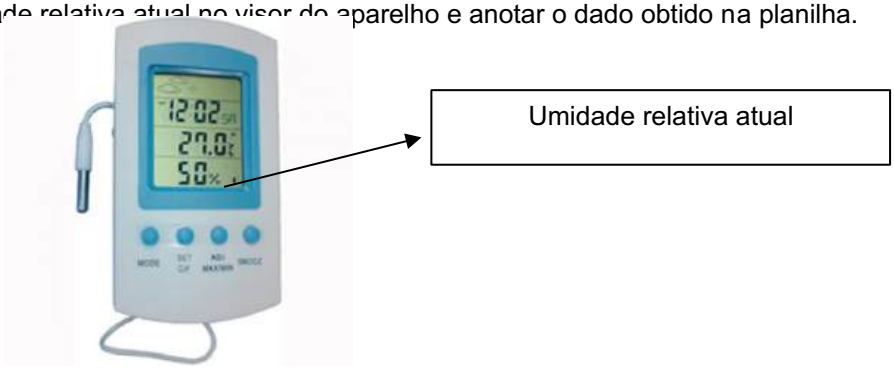


Realizar a leitura da temperatura mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

A temperatura deve estar entre 15 e 30 ºC.

Leitura e registro da umidade relativa do ar

Realizar a leitura da umidade relativa atual no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.



Para realizar a leitura da umidade relativa máxima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte superior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Max”.



Realizar a leitura da umidade relativa máxima no visor do aparelho e anotar o dado obtido na planilha.

Para realizar a leitura da umidade relativa mínima deve se pressionar o botão MÁX/MIN.

Na parte inferior esquerda do campo correspondente à umidade relativa deve aparecer a descrição “Min”.



Realizar a leitura da umidade relativa mínima no visor do aparelho e anotar o dado obtido, a data e o responsável na planilha.

Limite de alerta 70%.

Após a finalização das leituras, apertar e manter pressionado o botão MÁX/MIN por alguns segundos até que se ouça um bipe. A temperatura/umidade relativa máxima e mínima deve se igualar à atual para que seja possível realizar a próxima leitura adequadamente.

Quando as planilhas estiverem completamente preenchidas, as mesmas devem ser entregues ao farmacêutico ou enfermeiro chefe para analisá-los e arquivá-los. Após, deve-se disponibilizar novos registros para leitura.

Plano de contingência

Caso o aparelho apresente algum defeito no momento da leitura dos dados, o responsável deve comunicar imediatamente o farmacêutico ou enfermeiro chefe para que o mesmo tome as devidas providências.

Em caso de esquecimento, realizar a leitura de temperatura e umidade relativa no momento que lembrar, anotar na planilha.

Caso a temperatura do ambiente esteja fora da especificação, ajustar a temperatura do ar condicionado até que a mesma atinja o valor ideal (15 e 30 °C).

Quando a umidade atingir 70% (limite de alerta), colocar o ar condicionado no modo “desumidificar’.

Após o ajuste, esperar o ambiente se estabilizar (em torno de 1 hora) e realizar uma nova leitura. Se continuar com problemas, comunicar o farmacêutico.

Evitar deixar as janelas/portas abertas para que não ocorram oscilações de temperatura e umidade relativa, bem como evitar entrada de poeira, insetos e pequenos roedores.

Registrar as intercorrências no campo “observações”.

9.6 REFERÊNCIAS

Procedimento Operacional Padrão – Farmácia Comunitária da Pioneira. POP n° 003, versão 7. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Desenvolvimento local e Manual do Fabricante.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1131/GM Em 18 de junho de 2002. Regulamento Técnico Mercosul Sobre Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Resolução SESA Nº 590/2014. Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14.

Elaborado em 25/10/2013 Por: Farm. Gilmar A. Ferreira	**Revisado/Aprovado em 20/07/2021 por:** Farm. Francieli F. Schmidt Farm. Jaqueline A. L. Valério
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização no item 9.5 Procedimento; inclusão das planilhas de temperatura e umidade, utilizando-se como Referência o POP da Farmácia Comunitária da Pioneira.	
CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE			

Local:				
Data da aferição	Temperatura atual (°C)	Temperatura máxima (°C)	Temperatura mínima (°C)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
T				
M				
T				
M				
T				
Especificação: Entre 15 e 30 °C			Legenda: M= Manhã T= Tarde	
Observações				

CONTROLE DE UMIDADE RELATIVA DO AR	
Local:	

Data da aferição	Umidade relativa atual (%)	Umidade relativa máxima (%)	Umidade relativa mínima (%)	Responsável pela leitura
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
M				
T				
Limite de alerta: ≤ 70% Especificação: ≤ 75%			Legenda: M= Manhã T= Tarde	

Observações	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 10	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA			

10.1 AÇÕES: procedimento sobre a limpeza da área física.

10.2 OBJETIVOS: PADRONIZAR OS PROCEDIMENTOS PARA GARANTIR A LIMPEZA DA ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA

10.3 ALCANCE:

Toda área da Farmácia.

10.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários da Limpeza e funcionários da farmácia

10.5 PROCEDIMENTO:

- Ao iniciar o turno realizar a limpeza e sanitização com álcool 70% nas mesas, guichês e balcões, ou quando houver necessidade. A limpeza é efetuada pelos funcionários.
- Retirar o lixo e repor o saco para depósito de resíduos
- Nas prateleiras onde estão dispostos os medicamentos deve-se realizar a limpeza retirando os mesmos da prateleira. Passar pano úmido, secar e retornar estes medicamentos em seus lugares. Esta limpeza deve ser realizada pelos funcionários durante a contagem de medicamentos e sempre que houver necessidade.

10.6 REFERÊNCIAS:

Desenvolvimento local

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 11	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/01
PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO			

11.1 AÇÃO: PROGRAMA DE DESRATIZAÇÃO E DESINSETIZAÇÃO

11.2 OBJETIVOS:

Informar e orientar estagiários, e funcionários sobre os procedimentos adotados para desratização e desinsetização.

11.3 ALCANCES:

Farmácia das Unidades de Saúde

11.4 RESPONSABILIDADES:

Enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde

11.5 PROCEDIMENTOS:

1 O enfermeiro(a) responsável pela Unidade de Saúde deverá fazer a solicitação para a desratização e/ou desinsetização da farmácia.

2 É realizado a cada seis meses através de empresa especializada com licença sanitária.

3 A Empresa emite um certificado de execução do serviço, que é arquivado como registro de execução do serviço.

11.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 12	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO			

12.1 AÇÕES: CONTROLE AMBIENTAL DO AR CONDICIONADO

12.2 OBJETIVOS:

Padronizar os procedimentos para limpeza e manutenção do filtro de ar.

12.3 ALCANCE:

Área da Farmácia.

12.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

12.5 DEPARTAMENTOS ENVOLVIDOS:

Técnicos de Empresa Terceirizada

12.6 PROCEDIMENTO:

LIMPEZA E MANUTENÇÃO DO FILTRO DE AR (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente Desloque a grade frontal e puxe para frente até a retirada total da grade.
2 Retire os filtros estando eles posicionados na esquerda e direita do condicionador.
3 Lave-o com água e sabão neutro, seque-o e encaixe-o novamente na grade frontal.
4

LIMPEZA DA GRADE FRONTAL (PERIODICIDADE MENSAL)

1 Mensalmente com um pano macio e seco limpe toda a parte frontal do ar, se isso não for suficiente, é realizado com um pano úmido e sabão neutro.
2 Nunca jogue a água diretamente na grade nem use produtos químicos.
3 Registre na Ficha de controle de limpeza do condicionador de ar, datar e assinar.

LIMPEZA INTERNA (PERIODICIDADE ANUAL)

Uma vez por ano, o aparelho é submetido a uma limpeza interna, face ao acúmulo de pó e resíduos no evaporador e condensador. Estas condições prejudicam a eficiência do produto podendo causar danos ao aparelho. Este trabalho é realizado por empresa contratada e credenciada para tal fim. O(a) enfermeiro(a) responsável deve solicitar este tipo de serviço.

Registrar a limpeza do filtro e a manutenção na Ficha de controle de limpeza conforme modelo abaixo, data do procedimento, tipo de procedimento e visto do executor.

FICHA DE CONTROLE DE LIMPEZA DO AR CONDICIONADO DA FARMÁCIA AR CONDICIONADO

DATA	LIMPEZA/MANUTENÇÃO	VISTO DO EXECUTOR

12.7 REFERÊNCIAS: Desenvolvimento local e Manual do Fabricante

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 13	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS			

13.1 AÇÕES: CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

13.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia.

13.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

13.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia

13.5. PROCEDIMENTO:

1 Em função da chegada de um novo atendente, deve-se apresentar a farmácia e a forma como são armazenados os medicamentos;
2 Em seguida deve-se fornecer os Procedimentos Operacionais Padrão e uma apostila que consta os medicamentos que fazem parte da REMUME para leitura.
3 Depois da leitura o farmacêutico faz as explicações de cada procedimento.
4 Em seguida é realizada uma avaliação deste funcionário através de uma prova valendo 10 pontos. A nota deve ficar acima de 7,0 pontos. Caso o mesmo não atinja a média é solicitado para que este releia estes POP'S num prazo de uma semana. São tiradas as dúvidas pelo farmacêutico responsável pelo treinamento e realizado uma nova avaliação.
5 Os treinamentos são efetuados novamente quando há alguma alteração nos procedimentos. Os registros são feitos em ATA. Uma cópia fica com a enfermeira responsável pela unidade e a outra com o farmacêutico que realizou o treinamento.

Obs. Quando se escala novo atendente para a Farmácia, a Enfermeira responsável pela UBS solicita através de Pedido de Providência ao Diretor da Assistência Farmacêutica, a capacitação do mesmo, com prazo de até sete dias para realizar a capacitação ou elencar farmacêutico responsável para o fim.

Capacitação continuada

Conforme Projeto aprovado para capacitações, será disponibilizado através da Escola de Administração, sendo que os servidores que atuam nas Farmácias devem participar e assim que retirado o certificado de conclusão, anexar cópia do certificado aos documentos de fiscalização.

A primeira capacitação pela Escola de Administração ocorreu durante o ano de 2014.

13.6 REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 44,17de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Brasília. M.S., 2006.

Elaborado em 24/04/2013 Por: Farm. Liane T D Szatkowski	**Aprovado em 24/04/2013 por:** Enf. Adriana R. L. Cadoura
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 14	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	01/02
CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR			

14.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS GRATUITAMENTE PELO CONVÊNIO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

14.2 OBJETIVO:

Orientar funcionários sobre os procedimentos adotados ao dispensar medicamentos que também são distribuídos gratuitamente pelo convênio "Aqui Tem Farmácia Popular".
O Programa "Aqui Tem Farmácia Popular" tem como objetivo ampliar o acesso de toda população aos medicamentos e a intenção do Município é estar deliberando aos poucos a dispensação destes itens a estas Farmácias, ampliando o acesso e atendendo uma reivindicação por parte dos comerciantes.
Na dispensação pela Farmácia Popular o Tratamento de Dislipidemias, Rinites, Doenças do Parkinson, Osteoporose, Glaucoma, bem como Anticoncepcionais e fraldas Geriátricas o Ministério da Saúde paga a Farmácia até 90% do valor e o Usuário paga o restante (10%). Tratamento da Hipertensão, Diabetes e Asma o MS paga 100% do valor.

14.3 ALCANCE:

Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde, Farmácia Escola, Farmácia Comunitária da Pioneira, Farmácia do Coopagro.

14.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários dos dispensários e das Farmácias

14.5 PROCEDIMENTO:

1. No momento de identificação do medicamento a ser dispensado, observar a identificação de entrega (Carimbo, etiqueta) por alguma Farmácia conveniada;
2. Solicitar ao Usuário se os medicamentos foram retirados em alguma Farmácia conveniada, caso não veja nenhuma identificação;
3. Informar o usuário a respeito do programa orientando os requisitos abaixo que regem o programa se acaso o mesmo nunca retirou pelo Programa lembrando sempre que a escolha é dele em retirar na farmácia pública ou na farmácia conveniada;
4. Lembrar sempre que a escolha é do Usuário. Em hipótese alguma obrigar o mesmo a retirar ou na Farmácia Pública ou na Conveniada. Porém, se foi observada a entrega pela Farmácia Conveniada, não realizar a dispensação pelo Município.
5. Colher declaração perante qualquer das irregularidades observadas pelos Usuários em relação ao Programa, colher a assinatura do mesmo e encaminhar aos cuidados do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica.
6. Dispensar apenas os medicamentos que não foram dispensados, referente aos que contemplam os distribuídos gratuitamente pelo programa.

   Requisitos para a Dispensação pelas Farmácias conveniadas:
   - O titular da receita ou laudo ou atestado médico deverá comparecer ao estabelecimento portando seu CPF, cuja titularidade será averiguada pelo funcionário antes de dispensar o medicamento com apresentação de documento com foto.

- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da receita médica, SOMENTE quando se enquadrar nas seguintes condições:
- Pessoa considerada incapaz, desde que comprovado;
- Pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 anos.

- O usuário deverá apresentar receita médica válida:
  - Para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, validade de 180 dias, Dispensação para 30 dias.
  - Para anticoncepcionais, validade de 1 ano;
  - Para fraldas geriátricas, as receitas médicas e/ou laudos e/ou atestados médicos terão validade de 180 dias.

- As receitas deverão conter os itens obrigatórios tais como:
  - Dados legíveis do médico (nome, CRM e assinatura), endereço do consultório;
  - Data de emissão e nome e endereço residencial do paciente;

Lista dos Medicamentos que são distribuídos Gratuitamente:

Gratuitos Hipertensão
Atenolol 25mg
Captopril 25mg
Cloridrato de propranolol 40mg
Hidroclorotiazida 25mg
Losartana potássica 50mg
Maleato de enalapril 10mg

Gratuitos Diabetes
Cloridrato de metformina 500mg
Cloridrato de metformina 850mg
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada xr
Glibenclamida 5mg
Insulina humana nph 100 ui/ml
Insulina humana regular 100ui/ml

Gratuitos Asma
Brometo de ipratrópio 0,02mg
Brometo de ipratrópio 0,25mg
Dipropionato de beclometsona 200mcg
Dipropionato de beclometsona 250mcg
Dipropionato de beclometsona 50mcg
Sulfato de salbutamol 100mcg
Sulfato de salbutamol 5mg

Lista dos Medicamentos que são vendidos por 10% do valor:

Dislipidemias
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg

Rinite
Budesonida 50 mcg Nasal
Budesonida 32 mcg Nasal

Anticoncepcional
Enantato de Norestisterona 50 mg + Val. Estradiol 5 mg Ampola
Norestisterona 0,35 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml

Parkinson
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg

Osteoporose
Alendronato de Sódio 70 mg

Glaucoma
Maleato de Timolol 0,25 % Sol. Of

Maleato de Timolol 0,50 % Sol. Of
Incontinência
Fralda Geriátrica

Não será permitido, segundo as regras do Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias comercias conveniadas, em hipótese alguma:

a) Dispensar medicamentos para terceiros sem o cumprimento do exigido nos requisitos;
b) Entrega de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular em domicílio;
c) Realizar qualquer tipo de cadastramento de usuários para recebimento dos medicamentos pelo Aqui Tem Farmácia Popular;
d) Realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a legislação vigente;
e) Substituição de medicamentos em concentrações de números divisores da concentração prescrita originalmente. Por exemplo, o profissional médico prescreve 30 comprimidos (01 caixa) do medicamento Maleato de Enalapril 20mg, medicamento este que não integra o elenco do Programa Farmácia Popular, e a empresa dispensa livremente 02 caixas de Maleato de Enalapril 10mg
f) Apresentação de receita médica sem data de emissão, impossibilitando, assim, o controle sobre a periodicidade de compra;
g) Dispensação de medicamentos em quantidade superior à posologia prescrita na receita;
h) Deixar de colher a assinatura do paciente no cupom fiscal;
i) Dispensação de medicamentos sem a cobrança do valor que cabe ao usuário, de forma gratuita, exceto nos casos de medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma.

14.5 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Decreto nº 5.090**, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria Nº 971**, de 15 de Maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 111**, de 28 de Janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Elaborado em 01/11/2014 Por: Farm. Fabiana Trento de Oliveira Angelo CRF/PR 14341	**Aprovado em 08/04/2015 por:**
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Atualização do item 14.5 Procedimento (validade das prescrições). Inclusão da Portaria n° 111 nas Referências.	

Secretaria de Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Eu _____ declaro que observei a(s) seguinte irregularidade da:
Farmácia _____
Endereço_____
Conveniada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

( ) Recebi os medicamentos gratuitos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” em minha casa.
( ) Quero devolver os medicamentos que recebi da Farmácia porque não preciso utilizar, já recebi da Farmácia Pública.
( ) Preenchi cadastro na Farmácia para receber os medicamentos do Programa
( ) Substituíram a dosagem do medicamento
( ) Outro

Descrever no campo a reclamação:
_____
_____
_____
_____
_____

Nome: _____

Endereço: _____

CPF: _____

Assinatura do Declarante: _____

Servidor e/ou Estagiário que colheu a informação: _____

Toledo, _____ de _____ de _____

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		
Código: 15	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/03
ORIENTAÇÕES PARA ACESSO À MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO E PROGRAMAS ESPECIAIS SESA PARANÁ			

15.1 AÇÕES: CONDUTA DOS FUNCIONÁRIOS NA ORIENTAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

15.2 OBJETIVO:
Informar e orientar os funcionários sobre os procedimentos adotados para encaminhamento de solicitação de medicamentos do componente especializado.

15.3 ALCANCE:
Farmácias e Dispensários de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde

15.4 RESPONSABILIDADES:
Funcionários do Dispensário de Medicamento

15.5 PROCEDIMENTO:
Para verificar se o medicamento prescrito pertence à lista de medicamentos disponíveis no componente especializado, o funcionário devera acessar a RENAME ou no site da SESA Paraná.

Para pesquisar os medicamentos disponíveis deverá acessar:
http://www.saude.pr.gov.br/ → Clicar no ícone “Farmácia do Paraná” → “Consultar medicamentos da Farmácia do Paraná” → Clicar em “Consultar” → digitar o nome do princípio ativo do medicamento e clicar em consultar. Se o medicamento fizer parte do elenco do componente especializado, abrirá uma tabela, contendo o nome do medicamento e sua concentração, o Protocolo Clínico ao qual este medicamento se enquadra. O CID referente a este protocolo e uma lista com os documentos necessários para solicitação deste medicamento via Farmácia do Paraná.

Documentos pessoais necessários e obrigatórios:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade;
- São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;

Documentos específicos preenchidos por médicos:

- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor (disponível no site).
- Prescrição médica;

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável, de acordo com a condição clínica (disponível no site).
- Exames exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), conforme a doença e o medicamento solicitado (disponível no site).

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Além dos medicamentos padronizados nos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas Especiais da SESA/PR que são **PARANÁ SEM DOR e ANÁLOGOS DE INSULINA – DIABETES TIPO 1**

Documentos específicos para medicamentos do Programa Paraná sem Dor

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo médico e pelo usuário ou seu responsável.

Documentos específicos para Análogos de Insulina – Diabetes Tipo 1

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia de documento de identidade; São aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho.
- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia do CPF;
- Prescrição médica;
- Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos – LME devidamente preenchido carimbado e assinado pelo médico prescritor;
- Relatório médico específico para Diabetes Mellitus tipo 1, totalmente preenchido e assinado por endocrinologista.
- Cópias dos Exames sendo no mínimo 2 exames consecutivos, com intervalo máximo de 6 meses, referentes aos últimos 12 meses, sendo o último exame realizado no máximo há 60 dias:

I. Glicemia de jejum;

II. Glicemia pós prandial;

III. Hemoglobolina glicada

Importante: Todos os documentos devem estar preenchidos e carimbados pelo mesmo médico; os exames médicos devem ser de até 3 meses anteriores a data de solicitação (exceto para insulina e análogos). As solicitações de medicamentos do componente especializado deverão ser encaminhadas pelo próprio paciente ou responsável na Farmácia do Paraná que está localizada junto à 20ª Regional de Saúde na Rua Rui Barbosa, 1858, centro. Atendimento ao público das 7:30 às 12:00.
As solicitações encaminhadas devem atender as exigências dos protocolos. Em alguns casos as avaliações e liberações das medicações podem ser de 30 dias ou mais.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Mariana C. Maccari Müller CRF/Pr:22995	Aprovado em 10/01/2019 por: Adriane Monteiro Santana CRF/PR: 19529
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão com atualização do item 15.5 Procedimento: nos caminhos para acesso nos endereços eletrônicos para os medicamentos e documentos necessários para solicitação dos medicamentos do componente especializado, conforme versão do site da SESA em 2021.	

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP **DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica**		
Código: 16	Versão: 2021	Próxima revisão: 2023	Página 01/05
PADRONIZAR A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO DE TOLEDO DE ACORDO COM A RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)			

16.1 AÇÕES:

Devido à indisponibilidade de algumas concentrações não previstas na REMUME, ou caso ocorra a falta de alguma concentração de medicamento no Município é necessário a adequação da dispensação para todos locais que dispensam o medicamento, visando a padronização e otimização da dispensação e promovendo o uso racional de medicamentos, garantindo a qualidade da farmacoterapia.

16.2 ALCANCE:

Profissionais de dispensação de medicamentos do Município de Toledo.

16.3.RESPONSABILIDADES:

Farmacêuticos, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

16.4 INFORMAÇÕES GERAIS:

O procedimento visa padronizar a dispensação de medicamentos, quando a concentração deste não está previsto na REMUME ou quando uma das concentrações ou forma farmacêutica está em falta no município, nesses casos poderão ser feitas adequações respeitando sempre as regras abaixo citadas:

A- FRACIONAMENTO (CORTE) DE COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS - Não poderão ser partidos (cortados) estes medicamentos, com exceção as receitas que virem com prescrição médica para tomar metade do comprimido. Nestes casos a dispensação poderá ser realizada desde que os comprimidos sejam sulcados, caso contrário não será permitida a dispensação. Os demais medicamentos deverão ser dispensados conforme a prescrição médica e na falta da dosagem orientar o paciente a comprar a medicação.

O procedimento de partir comprimidos ao meio não é recomendado, influência em testes de dosagem de teor do fármaco e uniformidade de doses. Também existe a possibilidade de degradação do fármaco, pois estará fora da embalagem original. Todos esses fatores comprometem a terapia medicamentosa. (FERREIRA et al, 2011)

B- Comprimidos ou cápsulas - Prescritos em dosagem maior da que está disponível na farmácia poderá ser feita adequação dobrando a quantidade de comprimidos ou cápsulas ficando a dispensação limitada a fornecer no máximo dois comprimidos ou cápsulas para substituir, respeitando sempre os horários prescritos pelo médico. A dobra da dose deve sempre ser calculada e realizada para todos os princípios ativos do medicamento.
Exceção: Metronidazol 2g dose única(entregar 8 comprimidos de 250mg ou 5 comprimidos de 4mg) de acordo com o Protocolo de Enfermagem Abordagem Sindrômica IST.

B1- Comprimidos ou cápsulas não passíveis dobra: Os medicamentos de baixo índice terapêutico são drogas com pequenas diferenças entre a dose terapêutica e a dose tóxica (FONTANA, V,B, 2013). Esses medicamentos

devem ter um maior controle devido à ocorrência de muitos efeitos adversos para o paciente, em alguns casos esses efeitos podem ser graves. Os medicamentos requerem maior cautela na dispensação, por isso não deve ser feita a dobra de dosagem O prescritor deve analisar e ajustar a dose para cada paciente. Os principais medicamentos disponíveis na rede pública e presentes na REMUME são:

Medicamento	Reações adversas
Aminofilina	Insônia, náusea, palpitação, urticária
Digoxina	Anorexia, diplopia, arritmias
Verapamil	Tonturas, bradicardia, rash
Varfarina	Anorexia, hematúria, febre, dermatite, urticária

Fonte: SENA, G; DIAS, M; VALE,E. Risco quanto ao uso de medicamentos de índice terapêutico estreito.Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), 2004.

C- Soluções e/ou suspensões – Poderão ser feitas as adequações desde que a diminuição ou aumento da dose seja passível de mudar os valores de todos os princípios ativos do medicamento.

D- Sprays – Os medicamentos em spray disponíveis na farmácia poderão ter sua dispensação adequada para poder suprir a falta do mesmo, essa adequação da dose só poderá ser feita de maneira a substituir um medicamento de dosagem maior por outro de dosagem menor, sendo que para essa substituição deverá ser dobrado o número de jatos em cada narina. No caso de prescrições de dosagem menor não será possível dispensar a dosagem maior, pois não tem possibilidade de dividir o jato aplicado em cada narina.

E- Xaropes – Poderão ser substituídos xaropes adultos por xaropes pediátricos para isso deverá ser efetuado o cálculo da dose, e orientar o paciente da troca. O inverso não será permitido.

Exemplos : Receita de ambroxol xpe adulto 5ml de 8/8 horas , pode ser substituído por ambroxol xpe pediátrico mudando-se a dose para 10 ml de 8/8 horas.

F- Gotas – Poderão ser realizados a substituição de comprimidos por gotas quando necessário e quando possível, para isso deverá ser feito o cálculo da dose e ser orientado o paciente.

Medicamento forma farmacêutica comprimido	Substituição da forma farmacêutica para gotas
Bromoprida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml
Butilbrometo de escopolamina 10mg + dipirona 250 mg	**Não passível de substituição**
Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 25mg dim/5mg pirid/ml
Dipirona 500 mg	1 comprimido equivale 20 gotas 500mg/ml
Metoclopramida 10 mg	1 comprimido equivale a 50 gotas 4mg/ml

Nimesulida 100 mg	1 comprimido equivale a 40 gotas 50mg/ml
Paracetamol 500 mg	1 comprimido equivale a 35 gotas 200mg/ml

G- Injetáveis – Adequações poderão ser feitas para suprir as faltas porém sempre respeitar a via de administração sem jamais trocar uma pela outra(IV e IM), respeitando-se também o volume final para aplicação, conforme tabela abaixo:

Segundo RANGEL e CASSIANI os volumes permitidos para a aplicação intramuscular são:

Glúteo - 5mL

Deltóide - 3mL

Vasto lateral – 4mL

Ventro glúteo – 5mL

O volume de medicamento injetado está relacionado ao músculo escolhido para realização da aplicação e a característica da droga a ser introduzida. O deltóide é considerado um músculo pequeno, por isso deve receber doses menores, ou seja, até 3 mL; enquanto o glúteo e ventro glúteo, consegue absorver até 5 mL, embora seja aconselhável dividir essa dose desse volume em dois locais diferentes.

H – PSICOTRÓPICOS - Os medicamentos psicotrópicos não devem ter sua dosagem e forma farmacêutica alteradas para adequar a posologia, todas as receitas devem ser dispensadas conforme a prescrição médica.

I- ANTIBIÓTICOS - Adequações poderão ser feitas respeitando a prescrição médica e regra acima citada para comprimidos, cápsulas, soluções e suspensões.

1.5 PROCEDIMENTO:

O servidor que atende na Farmácia deve verificar se o medicamento solicitado no receituário médico tem o mesmo nome/concentração/forma farmacêutica que o disponível na Farmácia. Na falta de uma forma farmacêutica ou concentração essa poderá ser avaliada e realizada a troca conforme as regras acima descritas e solicitar quando possível a avaliação do profissional farmacêutico .

Para realizar a troca na dispensação é necessário:

- Comunicar verbalmente o paciente ou o acompanhante;
- Registrar na guia de saída a troca;
- Usar etiqueta padrão para evitar confusão na dosagem;

Segue abaixo etiqueta padrão:

ATENÇÃO! **MEDICAÇÃO ADEQUADA**	
	comprimido por gotas
	xarope adulto por pediátrico
	Dois comprimidos de dosagem menor equivalente a um de maior dosagem

1.6 – EXEMPLOS DE ADEQUAÇÃO DE DOSAGEM MAIS FREQUENTES NAS FARMÁCIAS DA PREFEITURA

Descrição	Concentração	Apresentação	Padronização da entrega
Azitromicina	40 mg /ml	Suspensão oral	Passível de ajuste de dose de acordo com o volume do frasco. 600 mg = 15 ml 900 mg = 22,5 ml 1500 mg = 37,5ml Observação: Todos volumes equivalem 200 mg de azitromicina base.
Carvedilol	3,125 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 6,25 mg
Carvedilol	6,25 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 12,5 mg
Carvedilol	12,5 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 25,0 mg
Cefalexina	500 mg	Cápsula	Passível de dobrar dose para concentração de 1 G.
Ibuprofeno	50mg/ml	Gotas	Passível de dobra para concentração de 100mg/ml
Ibuprofeno	300 mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 600 mg
Isossorbida	5/10/20/40mg	Comprimidos	Não passível de adequação pois não possuem o mesmo princípio ativo(dinitrato sl, dinitrato, mononitrato)
Levotiroxina	25/50/100mg	Comprimidos	Passível de adequação fornecendo **duas** concentrações para chegar a dose prescrita
Losartana	50mg	Comprimidos	Passível de dobra para concentração de 100 mg
Sulfametoxazol +trimetoprima	400+80	Comprimidos	800+160 – equivale ao bactrim F
Sulfametoxazol +trimetoprima	200+40	suspensão	400+80 – equivale ao bactrim F

1.7 REFERÊNCIA:

FERREIRA, A ET AL. Avaliação do efeito da partição de comprimidos de furosemida sobre a uniformidade da dose. Revista de Ciências Farmacêuticas básica e aplicada, São Bernardo do Campo, SP, 2011.

RANGEL, S. M; CASSIANI, S. H. De B. Administração de medicamentos injetáveis por via intramuscular: conhecimento dos ocupacionais de farmácias. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 2, p..138-44, jun. 2000.

Elaborado em 10/01/2019 Por: Farm. Francieli F. Schmidt; Gilmar A. Ferreira; Ivanete M. Pizzato	Aprovado em 10/01/2019 por: Farm. Adriane Monteiro Santana
VERSÃO 2021	**Assinaturas**
Revisado em 10/11/2021 **Por:** Comissão de Farmácia do Município de Toledo	
Aprovado em 16/11/2021 **Por**	
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260	
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista	
Enf. Marcia Lienemann Cassani	
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto	

HISTÓRICO DE REVISÃO			
VERSÃO	**DATA**	**NATUREZA DA MUDANÇA**	**ASSINATURAS**
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Código: 17 Versão: 2021 Próxima revisão: 2023 01/02

REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.1 AÇÕES: REPOSIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E SEUS INSUMOS.

17.2 OBJETIVOS:

Capacitar e treinar os funcionários da Farmácia para a organização, reposição e dispensação de Insulinas e insumos.

17.3 ALCANCE:

Todos os funcionários e Estagiários da Farmácia.

17.4 RESPONSABILIDADES:

Funcionários e estagiários da Farmácia.

17.5. PROCEDIMENTO:

Disposição da Geladeira

- No evaporador (congelador) colocar gelo reciclável (gelox ou bobinas com água) na posição vertical, o que contribui para a variação lenta da temperatura, oferecendo proteção aos medicamentos na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;
- Na primeira prateleira só podem ser armazenados medicamentos que podem ser submetidos à temperatura negativa, dispostas em bandejas perfuradas para permitir a circulação de ar. Como não é o caso das Insulinas, deixar o espaço vago;
- Na segunda e terceira prateleiras dispor as insulinas em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens do laboratório produtor, separadas entre si, permitindo a circulação do ar. Os diferentes tipos de insulinas devem ser armazenados de modo a facilitar a sua identificação no momento da dispensação, evitando a troca de tipos de insulinas entre si, devendo ainda ser assegurada sua conservação em temperatura de 2º a 8ºC, não podendo ser congeladas.
- Fixar o sensor do termômetro digital, de máxima e mínima, suspenso no centro da segunda prateleira na posição vertical, em pé.
- Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta, manter a porta do evaporador (congelador) fechada.
- Preencher a gaveta de legumes com um número suficiente de garrafas com água e corante (tampadas) para que a temperatura se mantenha o mais estável possível. Recomenda-se que as

garrafas estejam com identificação “impróprio para o consumo” e sejam colocadas em pé, lado a lado, até completarem totalmente o espaço da gaveta. Não devem ser usadas bobinas de gelo reciclável como substitutos das garrafas.

- Fazer a leitura da temperatura, diariamente, no mínimo duas vezes ao dia (no início e no final da jornada de trabalho), por meio de termômetro digital de máxima e mínima, e anotar os valores no formulário de controle diário de temperatura.
- Certificar-se de que a porta está vedando adequadamente toda vez que for fechada.
- Fazer o degelo a cada 15 dias ou quando a camada de gelo for superior a 0,5cm.

Os cuidados básicos para o armazenamento dos produtos de que trata esse procedimento

- É vedada a guarda de alimentos, bebidas e outros materiais na geladeira destinada a medicamentos.
- Manter afixado na porta aviso para que esta seja aberta apenas para retirada e/ou guarda dos medicamentos.
- Usar tomada exclusiva para cada geladeira, se houver mais de uma. A tomada deve estar a 1,20 m da altura do piso para evitar desligamento durante a limpeza do ambiente.
- Instalá-la em local arejado, distante de fonte de calor, sem incidência de luz solar direta, bem nivelada e afastada 20 cm da parede.
- Colocar na base da geladeira suporte com rodas.
- Não permitir o armazenamento de outros materiais (alimentos, bebidas).
- Não armazenar absolutamente nada na porta.
- Não colocar qualquer elemento na geladeira que dificulte a circulação de ar.
- Não utilizar a serpentina para fins diversos como secagem de panos e outros.

Limpezas rotineiras da geladeira

- Transferir as Insulinas para outra geladeira ou caixa térmica com controle de temperatura previamente à sua limpeza. A caixa térmica, quando da transferência, deve ser organizada com gelo reciclável contornando todos os seus lados, sem deixar espaço entre os blocos de gelo. A temperatura da caixa deve ser monitorada e os medicamentos só podem ser transferidos quando a temperatura for igual a 2°C. Na transferência, os medicamentos podem ser mantidos na caixa térmica enquanto a temperatura for mantida entre 2° e 8°C. Antes do retorno para a geladeira de guarda das Insulinas, a geladeira deverá estar na temperatura entre 2° e 8°C.

Reposição do Estoque

Para a reposição de estoque encaminhar solicitação de reposição para a Farmácia Escola, conforme relatório de Movimentação de estoque – Consumo médio mensal, com intervalo de 30 dias do mês anterior de cada item necessário.

Será encaminhada quantidade baseada na dispensação do Mês, com 25% de margem superior, se houver estoque suficiente na farmácia escola.

Os medicamentos liberados serão:

- Insulina NPH
- Insulina Regular

Recebimento da Insulina

- Ao receber o medicamento, verificar a temperatura em termômetro digital de máxima e mínima, que deve estar entre 2 a 8ºC.
- É vedado o uso de gelo in natura para a manutenção da temperatura interna em caixas térmicas.
- Ao receber o medicamento termolábil, o estabelecimento deve, de imediato, colocá-lo em geladeira ou temperatura indicada pelo fabricante.
- Não devem ser aceitos os medicamentos termolábeis fora das especificações expostas acima.

Dispensação das Insulinas e dos seus insumos para monitorização e aplicação.

- Solicitar ao usuário a apresentação do Cartão SUS, Identificação com foto, solicitação médica do auto monitoramento e receita da insulina com validade máxima de 12 meses e para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia a justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Solicitar a caixa de isopor
- **Fornecer insulinas e insumos para 30 dias de tratamento**, mediante receita válida por 12 meses.
- Fornecer seringa conforme a quantidade de aplicações diárias, também para um mês de tratamento (Deve-se calcular 1 seringa por dia; ou 1 agulha por dia para quando fornecer caneta de insulina).
- As tiras reativas para glicemia capilar são entregues conforme o número de monitorização estabelecida pelo médico com limite de 100 unidades por mês, para monitorizações acima de 3 Vezes ao dia deve apresentar justificativa médica com prazo limite dessa monitorização.
- Lembrar o usuário que para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem.
- Orientar o paciente quanto à forma de conservação dos medicamentos, preferencialmente por escrito.

Obs. Importante: Os aparelhos "Glicosímetros" serão fornecidos por meio de EMPRÉSTIMO, com preenchimento de um Termo de Compromisso (anexo). Após finalizar o uso, a paciente deve devolver o aparelho à farmácia do AMI, para que este seja fornecido para outra paciente.

15.6 REFERÊNCIAS:

RESOLUÇÃO SESA Nº 590/2014 (Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9287, de 10/09/14) Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná.

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006 *Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.*

15.7 ANEXO – Termo de Compromisso para Retirada e Uso de Glicosímetro por Gestante

Termo de Compromisso – EMPRÉSTIMO de Glicosímetro

Usuária _____DN_____

Médico: _____

UBS que pertence: _____

Possui UBS próximo a casa? ( ) Sim ( ) Não

Existe algum problema de locomoção? ( ) Sim ( ) Não

Orientação médica: Insulina Regular _____ Insulina NPH _____

Medir : ( ) 2 vezes ao dia ( ) 3 Vezes ao dia ( ) 4 Vezes ao dia ( ) + do que 4 vezes ao dia

Quantidade de Tiras Mensais: _____ Lancetas Mensais _____

Glicômetro: Marca _____ Nº Série _____

Data da previsão do parto:_____

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ , portador do Cartão Nacional de Saúde número _____, morador da _____, nº _____, Bairro_____, CEP _____, fone _____, Toledo – PR, declaro que sou Gestante mas que necessito do aparelho por não ter condições financeiras para adquirir o mesmo para o controle glicêmico e que estou ciente que recebi da unidade de Saúde AMBULATÓRIO MATERNO INFANTIL, EM CARÁTER ESPECIAL, TEMPORÁRIO, 1 (um) glicosímetro da marca _____ nº de série _____ para o controle e tratamento do Diabetes Gestacional. Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que pertence a Secretaria Municipal da Saúde de Toledo. Do mesmo modo também estou ciente que este aparelho destina-se a meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade de saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. Em caso de perdas ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência. **Comprometo-me a devolvê-lo após alta médica.**

Data:_____/_____/_____

Obs: Acrescentar Xérox da solicitação médica do aparelho e insumos , contendo quantas vezes ao dia será realizado as medições.

Assinatura da Paciente:_____

Elaborado em 18/04/2016 Por:
Fabiana Trento de Oliveira

Aprovado em 18/04/2016 Enf. Juliana Beux COREN/PR 203233
Assinaturas

VERSÃO 2021
Revisado em 10/11/2021
Por:
Comissão de Farmácia do Município de Toledo
Aprovado em 16/11/2021
Por
Farm. Taylon Eduardo Pereira CRF/Pr 27260
Enf. Marcia Ines Malmann Baptista
Enf. Marcia Lienemann Cassani
Enf. Viviane Carnelossi Benvenuto

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	NATUREZA DA MUDANÇA	ASSINATURAS
2021	10/11/2021	Revisão sem alteração	

CENTRAL DE ESPECIALIDADES
Osvaldo Luiz Ricci
SECRETARIA DE SAÚDE – TOLEDO

SUS

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS E AGENDAMENTOS DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

1) INTRODUÇÃO

Como acessar os Serviços da Rede de Atenção Especializada

Todas as pessoas que precisarem de assistência médica no Município de Toledo, através do Sistema Único de Saúde devem acessar o serviço através da Unidade Básica de saúde de referência e passar em consulta pelo médico clínico/médico da família ou pediatra da Unidade. A Atenção Primária em Saúde é a ordenadora do cuidado, portanto a maioria das patologias podem e devem ser tratadas na própria Unidade de Saúde, que, primeiramente, conforme seus fluxos de atendimento poderá avaliar o paciente, solicitar exames, medicar e indicar o tratamento adequado para cada situação.
Após avaliações e tratamentos realizados na Atenção Primária em Saúde, se houver a necessidade de encaminhamento para especialistas, esse processo é realizado pelos médicos assistentes, ***via sistema informatizado da Rede de Saúde,*** *utilizado no Município.*

Como funciona os encaminhamentos?

O médico solicitante poderá realizar o(s) encaminhamento(s) via sistema (Sigss Saúde - MV) de duas formas: Encaminhamento ***Normal ou*** *com* ***Prioridade.***
- Solicitação Normal: *Quando o médico constata que é um caso eletivo normal para especialidade, insere o paciente na respectiva fila de espera normal.*
Se no entanto, o médico julgar que é um ***caso prioritário,*** *ele indicará isso no sistema e um segundo médico (regulador) analisará o pedido de prioridade. Após análise e confirmando ser prioridade, é autorizado o agendamento com prioridade sobre os demais pacientes da respectiva fila de espera.*

Esse cuidado é uma regra do SUS. Para garantir que todos tenham o acesso aos serviços SUS de forma justa pois, todos têm os mesmos direitos.

Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

A central de Especialidades trabalha com casos ***eletivos.*** *Isso significa que, mesmo os pacientes considerados prioritários podem aguardar as vagas sem correr maiores riscos de saúde.* ***O prazo para agendamento de casos considerados prioritários é de até 40 dias,*** *podendo ocorrer antes. Já, os casos de* ***fila de espera normal,*** *são agendados conforme a respectiva fila, cotas mensais e vagas disponibilizadas pelos prestadores.*

Se no entanto, paciente tiver sua situação agravada que não possa esperar, deixa de ser um caso eletivo e torna-se urgência e emergência. Nessa situação, deve buscar atendimento na Rede de Urgência e Emergência (UPA e PAM).

2- SERVIÇOS OFERECIDOS PELA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA AGENDAMENTOS, ATENDIMENTOS E/OU ENCAMINHAMENTOS.

✅**Consultas – Especialidades Médicas:**
Alergista pediátrico (Município)
Anestesiologia (Município)
Angiologia/vascular (Município e Consórcio)
Cardiologia (Município e Consórcio)
Coloproctologia (Consórcio)
Dermatologia (Município e Consórcio)
Endocrinologia (Município e Consórcio)
Endocrinologia pediátrica (UFPR e MACC)
Gastroenterologia (Município)
Gastroenterologia pediátrica (Município)
Hematologia (UFPR)
Infectologia (Município e Consórcio)
Médico cirurgião geral (Município e Consórcio)
Nefrologia (Consórcio)
Neurologia (Município e Consórcio)
Neuropediatria (Município)
Nutrição (Consórcio)
Oftalmologia (Município e Consórcio)
Oncologia (Serviço Estadual)
Ortopedia (Município, Consórcio, Serviço Estadual)
Otorrinolaringologia (Município e Consórcio)
Pneumologia (Município e Consórcio)
Pneumologia pediátrica (Ministério da Saúde e Consórcio)
Reumatologia (Município e Consórcio)
Urologia (Município e Consórcio)

Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

CENTRAL DE ESPECIALIDADES
Osvaldo Luiz Ricci
SECRETARIA DE SAÚDE – TOLEDO

SUS

Agendamento e atendimentos na Rede própria, Consórcio Ciscopar e Hospitais para atendimento ambulatorial.

✅ **Encaminha** consultas para Tratamento fora de domicílio ao Estado (20ª Regional de Saúde) Consultas e tratamentos em Curitiba, Campo Largo e Interestaduais (Serviço Estadual).

✅ **Agenda** consultas e exames de média e alta complexidades.
(Em Toledo, Cascavel, região e Curitiba) para vagas do Estado (Serviço Estadual).

✅**Exames, terapias, procedimentos e outros encaminhamentos e serviços:**

✅ Realiza exames de ultrassonografia e Eletrocardiograma
✅ Pequenas cirurgias (Pequenos procedimentos cirúrgicos)
✅ Pequenas cirurgias ginecológicas (Pequenos procedimentos ginecológicos)

✅ Agenda uma grande variedade de exames de diagnóstico por imagem, exames oftalmológicos, sessões de fisioterapia, hidroterapia e equoterapia via Ciscopar.

✅ Agenda procedimentos como: Tratamento de varizes com espuma e procedimentos ortopédicos.

✅ Atendimento exclusivo em fisioterapia pós operatória no Centro de Fisioterapia, reabilitação e terapias complementares.

✅ Realiza Infiltração articular, pequenos procedimentos oftalmológicos, pequenos procedimentos dermatológicos para pacientes vinculados em atendimento na Rede própria.

✅ Realiza tratamento dermatológico com Nitrogênio Líquido (Crioterapia) após avaliação dermatológica, para pacientes vinculados em atendimento na Rede própria.

✅ Fisioterapia em estimulação precoce para bebês e crianças e protocolo PediaSuit no Centro de Fisioterapia, reabilitação e terapias complementares.

✅ Terapias complementares (PICS) e Atividades técnicas desportivas no Centro de Fisioterapia, reabilitação e terapias complementares.

✅ **Encaminha** cirurgias na região e Estado (Serviço Estadual).

✅ Agenda Avaliação para aparelho auditivo e Órteses e próteses (Serviço Estadual).

✅ Dispensação de passagens e diárias de pensão para pacientes em Tratamento Fora de Domicílio em Curitiba e Campo Largo.

Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

✅ Encaminha processos de Oxigenoterapia domiciliar prolongada ao Estado (Serviço Estadual).

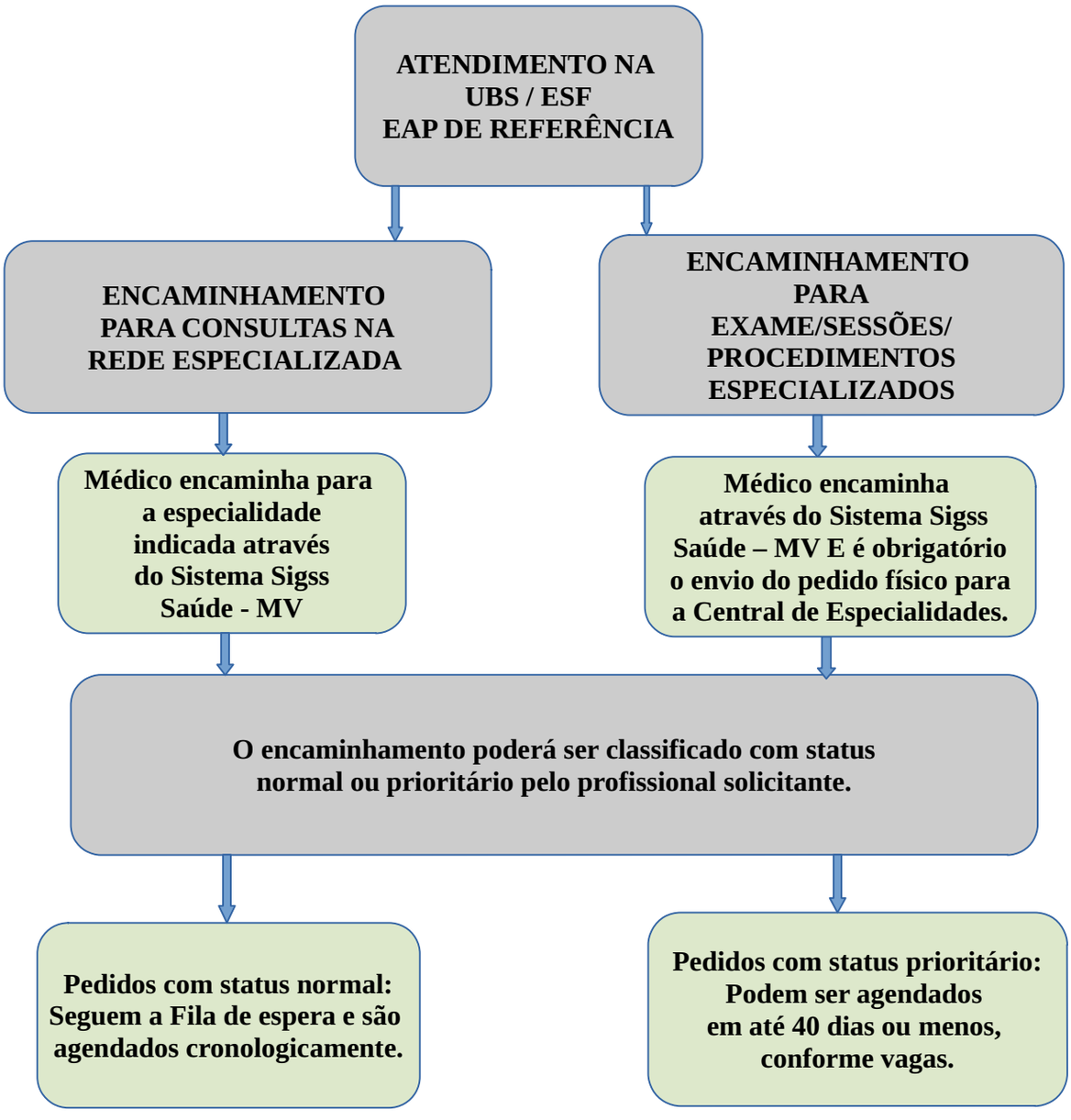
✅ Atendimento de Enfermagem e orientações técnicas de enfermagem.

✅ Oferece campo de estágio para jovens estudantes de cursos técnicos e graduação.

✅ Campo de estágio em Parceria com a UFPR, professores médicos e Acadêmicos de Medicina.

✅ Equipes: Setor de agendamentos e atendimento ao público, equipe administrativa, equipe de enfermagem, equipe de fisioterapia, equipe médica, equipe de Serviço Social e equipe de Serviços Gerais. Direção e Coordenação.

3) Fluxograma de encaminhamento da Atenção Básica para Especializada:



Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

CENTRAL DE ESPECIALIDADES
Osvaldo Luiz Ricci
SECRETARIA DE SAÚDE – TOLEDO

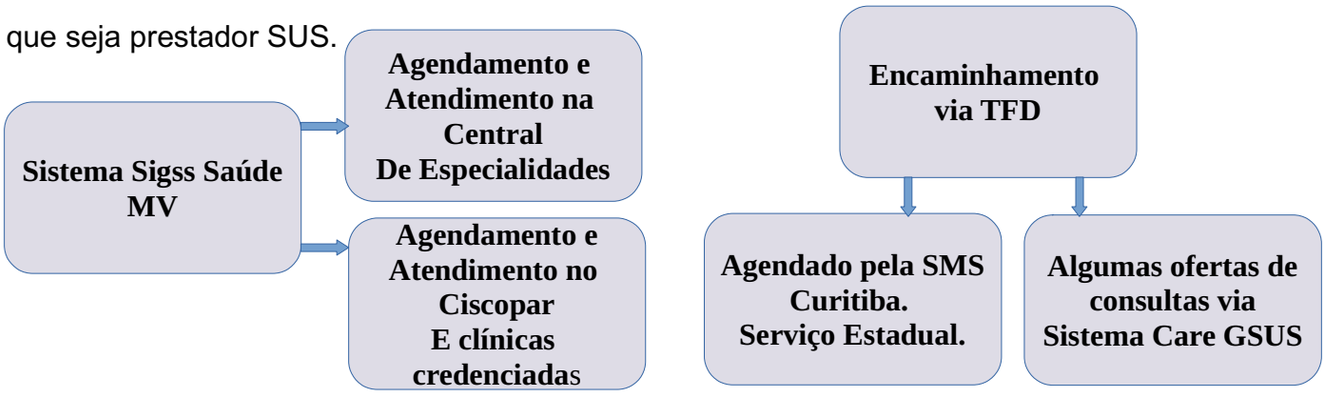
SUS

ANEXO I

FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS E AGENDAMENTOS DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS

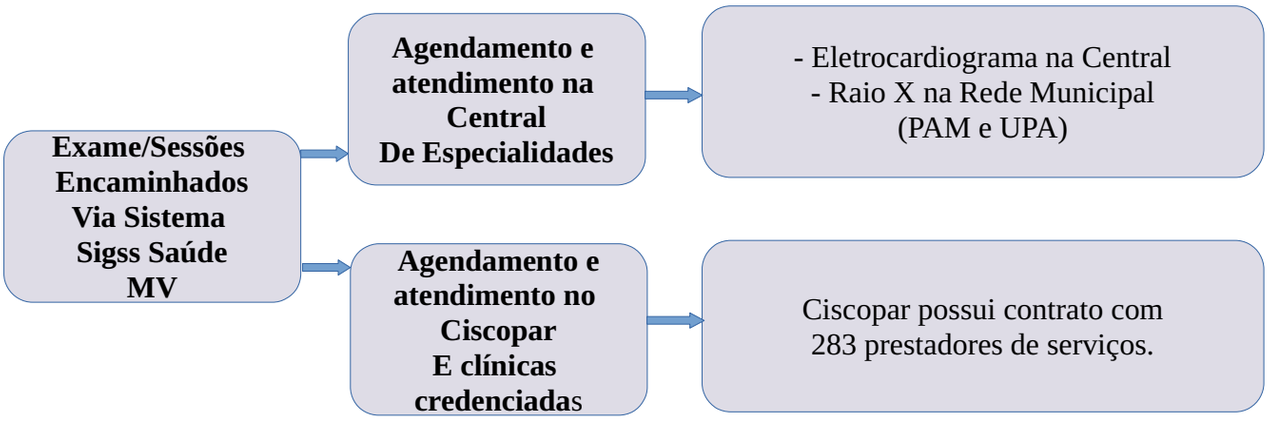
1) Os encaminhamentos para **consultas especializadas** são realizados através de pedidos médicos no sistema Sigss Saúde MV ou ainda, para aquelas especialidades sem oferta de serviços no Município e região, através do preenchimento de Laudo TFD (Tratamento fora de domicílio). Para solicitações oriundas de prestadores que não utilizam o Sistema Sigss MV, aceita-se pedidos físicos com a logo do prestador solicitante, desde que seja prestador SUS.

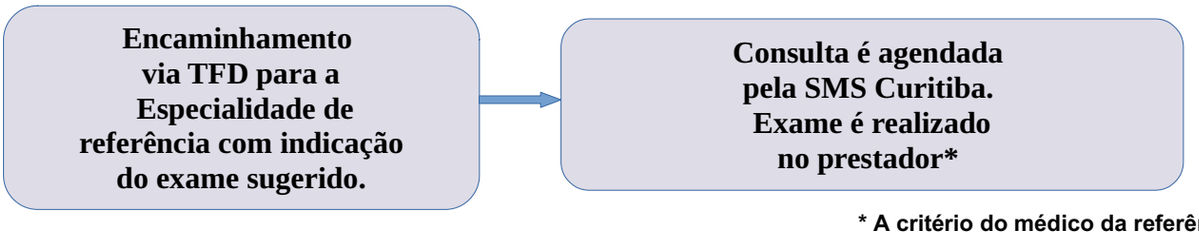


2) Os pedidos de exames ou procedimentos especializados podem ser encaminhados através do sistema Sigss Saúde MV ou ainda, para exames e procedimentos sem ofertas de serviços no Município e região, encaminha-se também através do preenchimento de Laudo TFD (Tratamento fora de domicílio) referenciando **para a especialidade** indicada e sugerindo-se o exame necessário. Para solicitações oriundas de prestadores que não utilizam o Sistema Sigss MV, aceita-se pedidos físicos com a logo do prestador solicitante

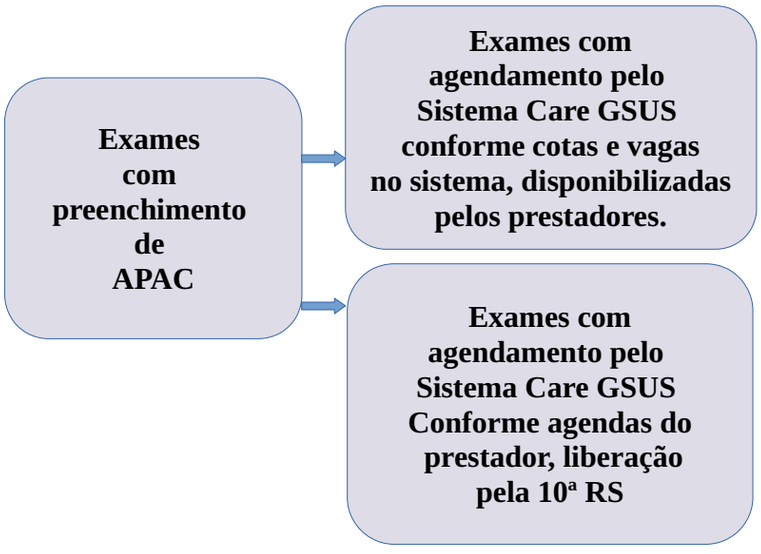
Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

desde que seja prestador SUS. Para exames de alta complexidade o encaminhamento é através do preenchimento de APAC (Autorização para procedimento de alta complexidade).





*** A critério do médico da referência e se o exame/procedimento constar em contrato.**



Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

3) Os sistemas utilizados para cadastramento e agendamento são:

- Sistema Sigss Saúde MV e Sistema MV Integrado (Sigss + IDS) – coordenação das filas e agendamentos Municipais; as vagas são para atendimento em rede própria (Central de Especialidades) ou Consorciada (Ciscopar) com prestadores localizados no Município e região Oeste.

MV

iDS SAÚDE

- Sistema Care GSUS – coordenação de filas e agendamentos em conjunto entre Município e Estado (Sistema Estadual de Regulação da SESA PR). As vagas são para atendimento em prestadores (clínicas ou hospitais) contratualizados pela SESA PR, localizados no Município de Toledo ou região.

GSUS
Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS
Sistema Estadual de Regulação do Paraná
www.gsus.saude.pr.gov.br

- Sistema E-Saúde Curitiba – coordenação das filas e agendamentos são realizados pela Secretaria de Saúde de Curitiba através da SESA PR. As vagas são para atendimentos em clínicas ou hospitais contratualizados pela SESA PR em Curitiba e região metropolitana.

saúde

Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

Documento: 37400/2023 - Fluxo de encaminhamentos TCE.pdf
Data: 17/10/2023 16:58:35

Assinatura avançada realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01.

Assinatura avançada realizada por: TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23.

Assinatura avançada realizada por: DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45.

Assinatura avançada realizada por: GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27.

Assinatura avançada realizada por: RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06.

Assinatura avançada realizada por: TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29.

Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020
A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136 com
o código a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

Inserido por KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em: 17/10/2023 16:58:35. Assinatura(s) Avançada(s) realizada por: KATHELI MAYUMI HINO DO NASCIMENTO em 17/10/2023 17:02:01. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANE VEIGA RODRIGUES em 19/10/2023 11:01:23. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. DIANE MICHELY CASSARO em 30/10/2023 15:22:45. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI em 20/10/2023 08:25:27. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. RAQUEL WAMMES SCHWAB em 23/10/2023 09:28:06. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO em 31/10/2023 10:24:29. Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136, com o código: a17434d7-377d-47ee-bb63-19a54a35b91d

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDA DESCARTÁVEL NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

FEVEREIRO/2023

VERSÃO 03

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FRALDA DESCARTÁVEL NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

Primeira versão elaborada no ano de 2016 e atualizado em 2017 por profissionais da Secretaria de Saúde. Versão 01 aprovada no Conselho Municipal de Saúde sob a Resolução nº 17/2016.

Terceira versão elaborada em julho/2022 por:

Amanda Araldi
Enfermeira
Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria de Saúde

Versão revisada e aprovada em fevereiro/2023 por:

Amanda Araldi
Enfermeira
Departamento Administrativo e Financeiro da Secretaria de Saúde

Alcione Correia de Lima
Enfermeira
Departamento de Atenção Primária em Saúde

Joel José Palma Junior
Agente Comunitário de Saúde
Ouvidor Municipal do SUS

Mayara Angelica Bolson Salamanca
Médica
Departamento de Gestão em Saúde

Diane Michely Cassaro
Enfermeira
Diretora Geral da Secretaria de Saúde

Tatiane Veiga Rodrigues
Enfermeira
Diretora do Departamento de Atenção Primária em Saúde

Tatiani Finkler Guzzo
Assistente Social
Diretora do Departamento de Gestão

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Médica
Secretária da Saúde

SUMÁRIO

1. CONTEXTO
2. PÚBLICO ALVO
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO
6. CARACTERÍSTICA DO INSUMO
7. QUANTIDADE
8. ACESSO AO INSUMO
9. FLUXO
10. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO
11. CONSIDERAÇÕES

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1. CONTEXTO

A Secretaria Municipal de Saúde de Toledo, de acordo com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do direito do cidadão em acessar de forma ordenada e organizada o sistema de saúde, apresenta nova versão do Protocolo de Dispensação de Fraldas aos usuários com incontinência urinária e/ou fecal, residentes no município de Toledo, que se enquadram nos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Este benefício é de **caráter suplementar** prestado aos cidadãos e às famílias cuja necessidade é motivada por doença.

A primeira versão deste protocolo foi elaborada em 2016 e atualizado em sua segunda versão em 2017.

As fraldas descartáveis são produtos de higiene íntima usado por bebês, crianças, adultos e idosos que não tem ou perderam o controle esfincteriano de suas necessidades fisiológicas. No entanto, como sistema de saúde, é preciso estabelecer critérios clínicos para o uso racional do insumo.

Os dispositivos absorventes são ferramentas agregadas ao cuidado em saúde. Com os avanços tecnológicos em saúde, observa-se aumento significativo na expectativa de vida da população com mudança no perfil dos pacientes sob cuidados de saúde com idade mais avançada acometidos por doenças crônicas (ARAÚJO, 2021).

A incontinência urinária caracteriza-se por perda involuntária de urina e incontinência fecal por perda involuntária de fezes (BITTENCOURT, 2021).

2. PÚBLICO ALVO

Pacientes usuários do Sistema Único de Saúde acima de 02 (dois) anos de idade e que atendam aos critérios de inclusão descritos neste protocolo.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O fornecimento de fraldas destina-se exclusivamente aos usuários residentes e domiciliados no município de Toledo, PR.

3.1 Usuários com os seguintes diagnósticos:

- D48 - Neoplasias

- F03 - Demência não especificada
- F72 – Retardo Mental Grave
- F84 – Transtornos globais do desenvolvimento
- G04 – Encefalite, Mielite, Encefalomielite
- G06 – Abscesso e granuloma intracranianos e intra-raquidianos
- G09 – Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- G20 – Doença de Parkinson
- G30 – Doença de Alzheimer
- G31 – Outras doenças degenerativas do sistema nervoso não classificadas em outra parte
- G63 – Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte
- G80 – Paralisia Cerebral
- G82 – Paraplegia e Tetraplegia
- I62 – Outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I64 – Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I67 – Outras doenças cerebrovasculares
- M62 – Sarcopenia
- N39.4 – Bexiga Hiperativa
- Q00 – Anencefalia e malformações similares
- Q01 – Encefalocele
- Q02 – Microcefalia
- Q03 – Hidrocefalia congênita
- Q04 – Outras malformações congênitas do cérebro
- Q05 – Espinha Bífida
- Q06 – Outras malformações congênitas da medula espinhal
- T90.5 – Sequela de Traumatismo Intracraniano
- T91.1 – Sequela de Traumatismo de Coluna Vertebral
- T94.1 Sequelas de traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo

Deve-se OBRIGATORIAMENTE associar aos diagnósticos descritos no item 3.1, os seguintes diagnósticos:

- CID R15: Incontinência fecal.
- CID R32: Incontinência urinária.
- CID N31: Disfunção neuromuscular da bexiga.
- CID K 59.2: Cólon neurogênico.

Todas as informações necessárias para a inclusão deverão estar atestadas no relatório médico classificado pelo CID-10, incluindo os CIDs no prontuário eletrônico do paciente.

Para pacientes politraumatizados ou pós cirúrgicos que mantém normalmente o controle de esfíncteres, porém devido à sua condição clínica na alta hospitalar estão totalmente restritos ao leito, poderão receber no máximo 60 (sessenta) fraldas ao mês.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes nas situações abaixo não poderão receber fraldas descartáveis:

4.1 Pacientes estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia).

4.2 Usuários que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste protocolo.

4.3 Pacientes que apesar dos diagnósticos citados em 3.1 possuem total controle de esfíncteres, não apresentando qualquer tipo de incontinência.

4.4 Pacientes pós cirúrgico de procedimentos estéticos.

5. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

a. A ausência do paciente ou responsável ou cuidador para retirada dos insumos por período igual ou superior a 30 (trinta) dias, salvo os casos devidamente justificados;
b. Que não procederem à renovação de seu processo administrativo após doze meses de atendimento;
c. Que mudarem do município;
d. Que agirem de má fé, ou seja, que praticarem a comercialização ou qualquer tipo de desvio do insumo recebido, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do usuário cadastrado;
e. Alta médica;
f. Óbito.

6. CARACTERÍSTICA DO INSUMO

Os insumos são provenientes de aquisição por processos de licitação do município de Toledo, cujo material segue descritivo para atender as necessidades de incontinência.

Cabe ressaltar que as fábricas e marcas possuem variações de qualidade e tamanho em suas fabricações, sendo possível ocorrer diferenças entre fraldas do mesmo tamanho que sejam de fabricantes diferentes.

O quadro abaixo é um guia para os tamanhos das fraldas que são comercializadas e é o guia norteador para aquisição no município de Toledo.

Guia auxiliar para tamanho de fraldas			
TIPO	**TAMANHO**	**PESO**	**CINTURA**
Geriátrica	Pequena	30 - 40 Kg	50 – 80 cm
Geriátrica	Média	40 - 70 Kg	80 – 115 cm
Geriátrica	Grande	70 - 90 Kg	115 – 150 cm
Geriátrica	Extra Grande (EG)	>90 Kg	120 – 165 cm
Pediátrica	Média	5 - 10 Kg	-
Pediátrica	Grande	10 - 14 kg	-
Pediátrica	Extra Grande (EG)	14 - 16 Kg	-
Pediátrica	Extra GG (EGG)	16 - 25 Kg	-

Fonte: Protocolo para dispensação do insumo fralda descartável – São Paulo, 2021.

7. QUANTIDADE

O quantitativo de fraldas descartáveis a ser dispensado para o usuário acima de 07 anos com incontinência é de no máximo 90 (noventa) unidades ao mês, sendo consideradas 3 (três) trocas diárias.

O quantitativo de fraldas descartáveis a ser dispensado para o usuário com incontinência entre 02 e 07 anos é de no máximo 120 (cento e vinte) unidades ao mês, sendo consideradas 4 (quatro) trocas diárias.

Para pacientes politraumatizados ou pós cirúrgicos que mantém normalmente o controle de esfíncteres, porém devido à sua condição clínica na alta hospitalar estão totalmente restritos ao leito, poderão receber no máximo 60 (sessenta) fraldas ao mês, sendo consideradas 2 (duas) trocas diárias.

8. ACESSO AO INSUMO

Os profissionais das equipes de Atenção Primária ou Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) deverão avaliar o usuário, sendo a prescrição

do uso da fralda descartável atribuição do profissional médico, pois a sua dispensação depende de critério de inclusão – CID 10.

A prescrição de fralda descartável terá validade de 12 (doze) meses, devendo ser renovada sob atendimento médico presencial/domiciliar. Neste período, a equipe deverá manter acompanhamento de rotina para o usuário e reavaliação do tamanho do insumo caso se faça necessário.

Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo SUS (exemplo: provenientes de convênios ou particulares) ou que sejam originadas fora do município de Toledo. Nesses casos, o paciente deverá ser submetido à nova avaliação médica da UBS.

9. FLUXO

Após atendimento e prescrição, o usuário ou cuidador/familiar/responsável deverá dirigir-se à **Unidade Básica de Saúde de referência de sua moradia** com a receita para que a equipe possa preencher o formulário de solicitação de fraldas (anexo I).

O termo de responsabilidade (anexo II) deverá ser assinado pelo paciente ou cuidador/responsável e arquivado na Unidade de Saúde.

Este formulário deverá ser arquivado na Unidade de Saúde (não é necessário reter receita) para eventuais consultas ou alterações.

Em caso de óbito, alta ou mudança do paciente para outra cidade, o formulário deverá ser mantido arquivado na Unidade de Saúde por 5 (cinco) anos.

A dispensação das fraldas deverá ser realizada no Sistema SIGSAÚDE nominalmente no momento da entrega do material no módulo Farmácia, com tamanho e quantidade corretos dos pacotes.

10. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

As equipes das Unidades Básicas de Saúde devem manter sempre o cadastro do paciente atualizado, registrando interações e procedimentos como rotina, assim como devem em acompanhamento domiciliar verificar a utilização correta do insumo.

O Departamento Administrativo/Financeiro da Secretaria de Saúde é responsável pelo acompanhamento de consumo das fraldas descartáveis e programação de licitação e compras.

11. CONSIDERAÇÕES

Serão atendidos os usuários provenientes de Serviço Público Municipal de Saúde.

As fraldas serão entregues conforme disponibilidade na Unidade de Saúde no dia, podendo sua entrega ser parcelada em mais de uma vez no mês, conforme rotina da Unidade, desde que não ultrapasse a quantidade máxima estipulada neste protocolo (90 fraldas/mês ou 120 fraldas/mês para crianças entre 02 e 07 anos).

Só receberão fraldas os pacientes que tenham idade acima de 02 (dois) anos que se enquadram nos critérios de inclusão.

Não deve ser fornecido fralda descartável para pacientes hospitalizados, com exceção daqueles que já fazem uso e são atendidos pelas equipes de saúde do município.

Espera-se que as medidas recomendadas proporcionem aos usuários do sistema público de saúde de Toledo os meios necessários para melhorar o acesso ao insumo.

Assim, a revisão do protocolo é uma estratégia para a definição de critérios clínicos e de fluxo administrativo para a distribuição do insumo e permite a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência.

Em caso de necessidade superior ao quantitativo máximo deste protocolo, o paciente, cuidador/responsável tem a possibilidade de adquirir fraldas nas Farmácias Populares, através de receituário médico e documentos pessoais, com desconto conforme Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, a qual dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Na suspensão do uso/intolerância às fraldas ou óbito, deverá ser realizado a devolução do quantitativo não utilizado na Unidade de Saúde de referência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, FSF; Di Piero KC; Cardinelli CC. Aplicação da escala de avaliação do uso de fraldas em uma clínica médica de um hospital universitário. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 2021, 19: e2221. https://doi.org/10.30886/estima.v19.1114_PT. Acesso em 27/07/2022.

BITTENCOURT, G. R. Validação da escala de avaliação do uso de fraldas e absorventes em idosos na Atenção Primária.Online braz. j. nurs. (Online) *20:* e20216466, 05 maio 2021. Acesso em 27/07/2022.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. Protocolo de fornecimento de fraldas descartáveis para uso domiciliar a usuários com diagnóstico de incontinência urinária e anal permanente. Distrito Federal. Acesso em 27/07/2022

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Franciso Beltrão. Protocolo para Concessão de Fraldas Descartáveis. Francisco Beltrão, 2022. Acesso em 27/07/2022.

PARANÁ. Prefeitura Municipal de Paranaguá. Protocolo Municipal para o Fornecimento de Fraldas Descartáveis. Paranaguá, 2018. Acesso em 27/07/2022.

RESOLUÇÃO CFT nº 19/2011. Dispõe sobre a implantação do Programa Municipal de Distribuição de Fraldas Descartáveis. Franca, 2011. Disponível em http://www.franca.sp.gov.br/portal/saude/projetos/distribuicao- fraldas.html. Acesso em 27/07/2022.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo para Dispensação do Insumo Fralda Descartável, São Paulo, 2021. Acesso em 26/07/2022.

SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Resolução n° 004. Regulamenta o Fornecimento de Fraldas Descartáveis aos pacientes que dela necessitam. Florianópolis, 2014. Acesso em 27/07/2022.

MUNICÍPIO DE TOLEDO
Estado do Paraná
Secretaria da Saúde

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇAO DE FRALDAS DESCARTÁVEIS 2023

Data: _____/_____/_____

NOME:		
DN:	**IDADE:**	**MÉDICO PRESCRITOR (que faça parte da equipe que acompanha o paciente):**
ENDEREÇO:		
UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA:		

TAMANHO	**Adulto P**	**Adulto M**	**Adulto G**	**Adulto EG**	**Pediátrica M**	**Pediátrica G**	**Pediátrica EG**	**Pediátrica EXG**
ASSINALE								

ASSINALE	**CID**	**TIPO DE INCONTINÊNCIA**
	R15	Fecal
	R32	Urinária
	N31	Disfunção Neuromuscular da Bexiga
	K59.2	Cólon Neurogênico

ASSINALE	**CID**	**PATOLOGIA ASSOCIADA**
	D48	Neoplasias
	F03	Demência Não Especificada
	F72	Retardo Mental Grave
	F84	Transtornos globais do desenvolvimento
	G04	Encefalite, Mielite, Encefalomielite
	G06	Abscesso E Granuloma Intracranianos E Intrarraquidianos
	G09	Sequelas De Doenças Inflamatórias Do Sistema Nervoso Central
	G20	Doença De Parkinson
	G30	Doença De Alzheimer
	G31	Outras Doenças Degenerativas Do Sistema Nervoso Não Classificadas Em Outra Parte
	G63	Polineuropatia Em Doenças Classificadas Em Outra Parte
	G80	Paralisia Cerebral
	G82	Paraplegia E Tetraplegia
	I62	Outras Hemorragias Intracranianas Não Traumáticas
	I64	Acidente Vascular Cerebral Não Especificado Como Hemorrágico Ou Isquêmico
	I67	Outras Doenças Cerebrovasculares
	N39.4	Bexiga Hiperativa
	Q00	Anencefalia E Malformações Similares

		Q01	Encefalocele
		Q02	Microcefalia
		Q03	Hidrocefalia Congênita
		Q04	Outras Malformações Congênitas Do Cérebro
		Q05	Espinha Bífida
		Q06	Outras Malformações Congênitas Da Medula Espinhal
		T90.5	Sequela De Traumatismo Intracraniano
		T91.1	Sequela De Traumatismo De Coluna Vertebral
		T94.1	Sequelas De Traumatismos Envolvendo Regiões Múltiplas Do Corpo

NOME E ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR:

_____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

_____

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- ✓ Declaro estar ciente que para RETIRAR as fraldas, o paciente, cuidador/responsável deve comparecer a unidade de referência, munido de documento de identificação e receita.
- ✓ O fornecimento de fraldas se dará pelo período de 12 meses.
- ✓ Permanecendo a necessidade do paciente, o responsável deverá comparecer à unidade de referência com antecedência de 30 dias antes do fim do prazo solicitando a renovação do benefício.
- ✓ A entrega das fraldas tem caráter suplementar, sendo provisionado 90 (noventa) fraldas ao mês.
- ✓ É de responsabilidade do paciente, cuidador/responsável aquisição das fraldas a mais que são necessárias no mês.
- ✓ As fraldas descartáveis fornecidas pelo município são para uso exclusivo do paciente para o qual foi requisitado o insumo.
- ✓ Caso não seja retirada a cota de fraldas dentro do mês, essa não será acumulada para o mês seguinte.
- ✓ Caso haja necessidade de alteração de tamanho das fraldas, deverá ser solicitado alteração no formulário.
- ✓ O não comparecimento para a retirada das fraldas por período igual ou superior a sessenta (60) dias, implicará na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar).
- ✓ O fornecimento também será suspenso em casos de uso indevido do material
  (comercialização, armazenamento sem necessidade, uso para outra finalidade, má fé).

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de fraldas descartáveis.

Responsável pelo paciente:

_____

D

A

T

A

.

Assinaturas

Documento: 13118/2023 - Protocolo de Fraldas 2023.pdf
Data: 25/04/2023 08:47:56
Situação: Pendente de assinatura

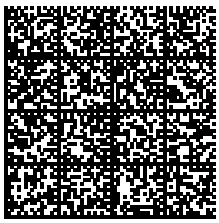
Servidor	Assinado em



O documento foi assinado por AMANDA ARALDI na data 25/04/2023 08:58. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por TATIANI MARIA FINKLER DE LIMA GUZZO na data 25/04/2023 10:15. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 25/04/2023 13:57. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por TATIANE VEIGA RODRIGUES na data 25/04/2023 14:26. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por JOEL JOSE PALMA JUNIOR na data 25/04/2023 15:06. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023



O documento foi assinado por DIANE MICHELY CASSARO na data 27/04/2023 14:00. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13118/2023

Assinaturas

Documento: 13451/2023 - protocolo de fralda 2023.pdf
Data: 27/04/2023 14:19:47
Situação: Encaminhado para assinatura

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por ALCIONE CORREIA DE LIMA BASETTI na data 27/04/2023 16:03. Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13451/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TOLEDO – PR

PROTOCOLO DE ENDOCRINOLOGIA

NORMATIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTOS

Toledo, Paraná
2023

EQUIPE GESTORA

Prefeito Municipal

Luis Adalberto Beto Lunitti Pagnussatt

Secretária Municipal de Saúde

Gabriela Almeida Kucharski

Diretora Geral da Secretaria Municipal de Saúde

Diane Michely Cassaro

Diretora da Rede de Atenção Especializada

Katheli Mayumi Hino do Nascimento

Diretora do Departamento de Atenção Primária

Tatiane Veiga Rodrigues

ELABORAÇÃO

Eder Chicareli Balestri – Médico de Família e Comunidade

Cesar Ravache – Médico de Família e Comunidade

Mayara Angélica Bolson Salamanca – Médica de Família e Comunidade

Gabriela Carolina De Mira Magro - Médica Endocrinologista

Gislaine Teresinha de Queiroz – Médica Endocrinologista

Cássio Marques Perlin – Interno curso Medicina UFPR

Mônica Patrícia de Souza – Interna curso Medicina UFPR

Sarah Evelyn Silva Fernandes – Interna curso Medicina UFPR

REFERÊNCIA

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada - Volume 1 - Endocrinologia Adulto (2022). MINISTÉRIO DA SAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

Toledo, Paraná

2023

As informações contidas neste protocolo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada situação. Pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 e hipertireoidismo devem ter preferência no encaminhamento para endocrinologia adulto. Nódulos tireoidianos com sintomas compressivos e alta suspeita de malignidade devem ser encaminhados para oncologia.

Ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Sumário

Protocolo 1 – Diabetes Mellitus	4
Protocolo 2 – Hipotireoidismo	5
Protocolo 3 – Hipertireoidismo	6
Protocolo 4 – Nódulo de tireóide	7
Protocolo 5 – Bócio multinodular	8
Protocolo 6 – Obesidade	9
Protocolo 7 – Hiperprolactinemia	10
Apêndices – quadros auxiliares	11

Protocolo 1 – Diabetes Mellitus

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

1. Paciente com suspeita ou diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (quadro 1);
2. Paciente sem controle glicêmico adequado em uso de insulina em dose igual ou maior que 1 unidade/kg/dia e com boa adesão terapêutica;
3. Doença renal crônica (taxa de filtração glomerular (TFG) < 30 ml/min/1,73 m^2 (estágios 4 e 5) (quadro 2);
4. Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em uso de Metformina e sulfonilureias com doenças cardiovasculares pré-existentes (infarto agudo do miocárdio-IAM; cirurgia de revascularização do miocárdio-RVM; aterosclerose-ATC; angina; acidente vascular cerebral-AVC; insuficiência cardíaca congestiva-ICC com fração de ejeção-FE< 40%; (Para avaliação de indicação e prescrição de inibidores do cotransportador sódio-glicose - SGLT2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame de hemoglobina glicada- HbA1c, com data;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;
- Outras medicações em uso, com dose e posologia;
- Peso do paciente em quilogramas (kg);

Protocolo 2 – Hipotireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

1. Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo) (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 3);
2. Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame de TSH, com data;
- Resultado de exame de T4 livre ou T4 total, com data;
- Uso de medicação para tireoide (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
- Outras medicações em uso, com dose e posologia;
- Peso do paciente em quilogramas (kg);

Protocolo 3 – Hipertireoidismo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

1. Todos os pacientes com hipertireoidismo;
2. Paciente com hipertireoidismo subclínico (na ausência de valores de referência do laboratório, ver quadro 3)

Obs: Pacientes com TSH baixo e T4 (livre ou total) e T3 total normais devem realizar uma nova medida desses exames em 1 a 3 meses para definir o diagnóstico de hipertireoidismo subclínico e, por consequência, a necessidade de tratamento e encaminhamento especializado.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame de TSH, com data;
- Resultado de exame de T4 livre ou T4 total, com data;
- Resultado de exame de T3 total (se realizado em paciente que apresenta TSH baixo e T4 livre ou total dentro dos limites de normalidade);
- Uso de medicação antitireoidiana (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e dose;
- Outras medicações em uso (ex. amiodarona), com dose e posologia;

Protocolo 4 – Nódulo de tireoide

Todos os pacientes com nódulos de tireoide devem ser encaminhados para avaliação especializada, conforme descrição:

1. Nódulos com indicação de PAAF (quadro 4 e quadro 5), e paciente com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis ao nódulo (quadro 6), devem ser primeiramente encaminhados para o serviço de **oncologia.**
2. Nódulos sem indicação para encaminhamento ao serviço de oncologia, ou após malignidade descartada, devem ser encaminhados para **endocrinologia.**

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas
- Resultado de exame de TSH, com data;
- Anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com tamanho, características e classificação de TIRADS (se relatada) do(s) nódulo(s), com data;
- Paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (quadro 6);

Protocolo 5 – Bócio multinodular

Todos os pacientes portadores de Bocio Multinodular devem ser encaminhados para avaliação especializada, conforme descrição:

1. Portador de Bócio Multinodular associado a nódulos com indicação de PAAF (quadro 4 e quadro 5), e paciente com sinais e sintomas sugestivos de malignidade atribuíveis a nódulo (quadro 6), devem ser primeiramente encaminhados para o serviço de **oncologia.**
2. Pacientes com bócio multinodular que não preenchem critérios para encaminhamento ao oncologista, ou após malignidade descartada, devem ser encaminhados para **endocrinologia.**

Obs: O risco de malignidade de um nódulo de tireoide está mais associado a suas características ecográficas do que apenas com o seu tamanho. Com objetivo de esquematizar as indicações de PAAF, sugere-se preferencialmente utilizar as indicações do *American College of Radiology* (ACR-TIRADS - quadro 4). Na indisponibilidade da categorização do TIRADS ou da descrição de características que permitam o uso dessa classificação, utilizar as indicações de PAAF presentes no quadro 5.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas;
- Resultado de exame TSH, com data;
- Anexar laudo de ecografia de tireoide, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com descrição do tamanho, características do(s) nódulos(s) e classificação de TIRADS (se relatada) e volume do bócio, com data;
- Paciente com alto risco para câncer de tireoide (sim ou não). Se sim, descreva o motivo (quadro 6);

Protocolo 6 – Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para endocrinologia:

1. Paciente com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros).
2. Paciente com IMC entre 35 kg/m^2 e 39,99 kg/m^2 com alguma comorbidade(*) que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária.

Condições clínicas que indicam o encaminhamento para Cirurgia Bariátrica:

1. Paciente com índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 50 kg/m$^{2;}$
2. Paciente com IMC entre 40 kg/m^2 e 49,99 kg/m^2, com ou sem comorbidades, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal (**) por 2 anos realizado na atenção primária;

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
- Sinais e sintomas;
- Peso, altura e IMC;
- Comorbidades associadas (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;

***Comorbidades:** risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, Diabetes Mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.
O conceito de tratamento clínico longitudinal** inclui: “orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

Protocolo 8 – Hiperprolactinemia

1. Todos os Pacientes com diagnostico de hiperprolactinemia devem ser encaminhados ao ambulatório de endocrinologia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. Sinais e sintomas (especialmente galactorreia, alterações no ciclo menstrual, alterações sexuais);

2. Resultado de exame prolactina, com data;

Apêndices – quadros auxiliares

Quadro 1 – Sugestões para diferenciar alguns tipos de Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus tipo 1 • hiperglicemia mais acentuada; • início abrupto do quadro com sintomas: perda ponderal, poliúria, polidipsia e polifagia ("4 Ps"); • apresentação com cetoacidose: desidratação, vômitos, dor abdominal, hálito cetótico (frutado), exame comum de urina ou teste rápido urinário com corpos cetônicos positivo (especialmente se acompanhado de glicosúria); • autoanticorpos costumam ser positivos: antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anticorpo anti-ilhota pancreática, anticorpos anti-insulina, entre outros; • paciente pode ter outras doenças autoimunes como hipotireoidismo e vitiligo; • obesidade não exclui o diagnóstico.
Diabetes Mellitus tipo 2 • quadro insidioso, costuma ser detectado em rastreamento; • podem apresentar sintomas de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e perda ponderal) quando a doença estiver descompensada; • menor frequência de cetoacidose, que pode ocorrer na vigência de infecção ou outros quadros de estresse agudo; • costumam ter sobrepeso/obesidade e história familiar de DM2; • sinais clínicos de resistência insulínica e componentes da síndrome metabólica como *acantose nigricans*, aumento da circunferência abdominal e hipertensão, são comuns.
Diabetes tipo MODY (*Maturity-onset diabetes of the young*) • hiperglicemia costuma ser leve; • pacientes com diabetes e peso normal; • não costumam cursar com cetoacidose; • história familiar de diabetes diagnosticado antes dos 25 anos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Saad, Maciel e Mendonça (2017).

Quadro 2 – Estágios da Doença Renal Crônica (DRC) de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG).

Estágio	Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73m²)
1*	> 90
2*	60 a 89
3a	45 a 59
3b	30 a 44
4	15 a 29
5	< 15 ou em diálise

*DRC é definida por anormalidades estruturais ou funcionais que persistem por mais de 3 meses, com repercussões sobre a saúde. TFG > 60 mL/min/1,73m², sem outros marcadores de dano renal (como proteinúria, cilindros patológicos, anormalidades estruturais), não é considerada DRC.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de KDIGO (2017).

Quadro 3 – Exames laboratoriais da função tireoidiana (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório).

Exame	Valor de referência
TSH	0,4 a 4,12 mcUI/mL
T4 total	6,09 a 12,23 mcg/dL
T4 livre	0,58 a 1,64 ng/dL
T3 total	87 a 178 ng/dL

Fonte: Williamson e Snyder (2015), Garber (2012) e Ross (2016).

Quadro 4 – Classificação de TIRADS para nódulos de tireoide e indicação de PAAF (Critérios do *American College of Radiology: Thyroid Imaging Reporting and Data System*).

Composição (escolha um dos abaixo)		**Ecogenicidade** (escolha um dos abaixo)		**Formato** (escolha um dos abaixo)		**Margem** (escolha um dos abaixo)		**Foco ecogênico** (escolha todos os que se aplicam)	
Cístico ou quase completamente cístico	0	Anecóico	0	Mais largo do que alto	0	Discreta	0	Nenhum ou grandes artefatos de cauda de cometa	0
Espongiforme	0	Hiperecoico ou isoecóico	1	Mais alto do que largo	3	Bem definida	0	Macrocalcificações	1
Misto (cístico e sólido)	1	Hipoecóico	2	-	-	Lobulado ou irregular	2	Calcificações periféricas	2
Sólido ou quase completamente sólido	2	Muito hipoecóico	3	-	-	Extensão extratireoidiana	3	Focos de pontos ecogênicos	3

Classificação do nódulo	**Soma dos pontos acima**	**Risco de malignidade (%)**	**Indicação de PAAF (mm)**
TIRADS 1	0	0,3	Não há indicação
TIRADS 2	**2**	**1,5**	**Não há indicação**
TIRADS 3	**3**	**4,8**	**≥ 25**
TIRADS 4	**4 a 6**	**9,1**	**≥ 15**
TIRADS 5	**≥ 7**	**35**	**≥ 10**

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Tessler *et al.* (2017).

Quadro 5 – Nódulo de tireoide com indicação de PAAF.

Nódulo sólido: • hipoecoico ≥ 1 cm; ou • isoecoico ou hiperecoico ≥ 1,5 cm; ou
nódulo sólido-cístico: • ≥ 1,0 cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou • ≥ 1,5 cm independente de suas características; ou
nódulo espongiforme ≥ 2 cm; ou
nódulo < 1 cm em paciente de alto risco de malignidade[1]; ou
nódulo < 1 cm com características ecográficas[2] suspeitas e com linfonodo cervical aumentado[3].
[1]Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar. [2]São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia. [3]Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biópsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser realizado para o serviço de endocrinologia para definir sequência de investigação apropriada.

Fonte: Haugen *et al.* (2016).

Quadro 6 – Sintomas compressivos ou de malignidade atribuíveis ao bócio ou nódulo de tireoide.

• Ortopneia (piora da compressão traqueal ao decúbito dorsal);
• disfagia alta;
• rouquidão;
• sinais de compressão na radiografia cervical/torácica;
• bócio ou nódulo com crescimento rápido;
• linfonodos cervicais palpáveis, endurecidos e aderidos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Toledo, 24/04/2023

Gabriela Almeida Kucharski
Secretária Municipal de Saúde

Assinaturas

Documento: 13238/2023 - Protocolo de endocrinologia assinado.pdf
Data: 25/04/2023 15:48:09 Situação: Em aberto

Servidor	Assinado em

O documento foi assinado por GABRIELA ALMEIDA KUCHARSKI na data 25/04/2023 15:48.
Assinatura realizada através do login do usuário.
Para mais informações, acessar o link:
http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/documento/13238/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE
TOLEDO – PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES
PARA PACIENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

MARÇO DE 2022

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 3
2 OBJETIVO..... 3
3 MATERIAIS DISTRIBUÍDOS CONFORME PROCEDIMENTOS 4
3.1 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA..... 4
3.2 NUTRIÇÃO ENTERAL POR SNG, SNE E GASTROSTOMIA..... 5
3.3 LAVAGEM NASAL..... 6
3.4 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: TÉCNICA LIMPA..... 7
3.5 DISPOSITIVO URINÁRIO NÃO INVASIVO PARA CONTROLE DE DIURESE....7
3.6 ESTOMIAS..... 8
3.7 CURATIVO DOMICILIAR..... 9
3.8 COLCHÃO DE AR..... 11
4. RESÍDUOS GERADOS NOS CUIDADOS DOMICILIARES..... 12
5. ORIENTAÇÕES DOMICILIARES..... 13
6. REGISTRO DE DISPENSAÇÃO NOMINAL..... 14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 14

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

1. INTRODUÇÃO

Este Procedimento Operacional Padrão foi elaborado por iniciativa das Gerentes de Saúde das Unidades Básicas de Toledo com a colaboração dos profissionais do Departamento de Atenção Básica, Departamento de Gestão, Departamento Administrativo/Financeiro e da Central de Abastecimento Farmacêutico, motivados pela necessidade de padronização das rotinas de dispensação de materiais médico-hospitalares na Atenção Primária.

Considerando que alguns materiais médico-hospitalares são imprescindíveis para a manutenção da saúde, o município de Toledo se responsabiliza pela dispensação de insumos de saúde específicos para uso na atenção domiciliar.

Importante salientar que no caso de desabastecimento dos insumos provenientes da Central de Abastecimento Farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar até normalização do estoque.

Durante a elaboração deste protocolo, não foi encontrado consenso na literatura em relação às quantidades de cada material médico-hospitalar a serem dispensados para cuidados domiciliares realizados pelo próprio paciente e/ou cuidador, ficando definida neste documento que, após avaliação da equipe no domicílio ou na unidade, poderá ser dispensada a quantidade necessária de materiais de acordo com a condição de cada paciente, respeitando a quantidade máxima descrita neste protocolo. **Portanto, para a entrega desses materiais não é necessário prescrição médica.**

2. OBJETIVO

Padronizar a dispensação (modelo e quantidade) de cada material médico-hospitalar pela Atenção Primária em Saúde - APS para a realização dos cuidados domiciliares executados pelo paciente e/ou cuidador.

3. MATERIAIS DISTRIBUÍDOS CONFORME PROCEDIMENTOS

3.1 ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

Traqueostomia é o procedimento cirúrgico de acesso às vias aéreas com a colocação de prótese ventilatória (cânula) ou simplesmente uma cirurgia de abertura da traqueia que exterioriza a luz traqueal.

A aspiração traqueal consiste na retirada de secreções dos pulmões pela cânula da traqueostomia, de forma estéril, por meio de um sistema de vácuo. A aspiração deve ser frequente, de acordo com a necessidade decorrente do acúmulo de secreções a ser avaliada pelo enfermeiro da APS. Deve-se aspirar a cânula, depois a nasofaringe, e por fim, a cavidade oral. Em casos de presença de cânula interna, ela deve ser frequentemente removida para inspeção e limpeza.

A higiene local e troca da fixação da cânula de traqueostomia devem ser diárias a fim de minimizar irritações cutâneas. A fixação da cânula na região cervical com cadarço de algodão não deve ser muito frouxa para evitar decanulação acidental ou formação de granuloma por cisalhamento da cânula com traqueostomia. A região entre a pele e a cânula deve ser protegida com uma compressa de gaze, bem como se deve proteger o lúmen da cânula para evitar entrada de sujidades e proporcionar maior conforto ao paciente.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Sonda traqueal	Até 360 unidades
Compressa de gaze não estéril	Até 200 unidades
Luva plástica estéril	Até 360 unidades
Cadarço	Até 10 metros
Solução Fisiológica	Até 15 frascos de 100 ml

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

Agulha	Até 15 unidades

Obs 1: Não existe consenso na literatura com relação a frequência periódica eletiva de troca das cânulas, devendo ser avaliado cada caso individualmente pela equipe de saúde;

Obs 1: Deverá ser dispensado o mesmo número de luvas plásticas estéreis e sondas de aspiração.

3.2 NUTRIÇÃO ENTERAL POR SNG, SNE E GASTROSTOMIA

A nutrição enteral é uma espécie de alimentação fornecida em forma líquida ou pastosa, destinada a pacientes que estão impossibilitados de receber nutrição via oral ou que necessitam de uma suplementação para suprir as necessidades do organismo.

A sua forma de administração é através de uma sonda, a qual pode ser inserida na cavidade nasal (nariz), oral (boca) ou diretamente no estômago/intestino por um procedimento cirúrgico.

Os tipos de sondas mais utilizados estão descritos abaixo:

Sonda nasoenteral: dispositivos inseridos na região nasal ou oral que podem chegar até o estômago ou intestino. Geralmente são utilizadas por um curto período de tempo.

Sonda de gastrostomia ou jejunostomia: dispositivos inseridos na região abdominal através de um procedimento cirúrgico, podendo estar posicionados diretamente no estômago ou intestino. São utilizadas quando há indicação de uso de sonda para alimentação por um período prolongado (6 a 8 semanas).

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Equipo para nutrição enteral padrão ou escalonado	Até 15 unidades
Frascos para Alimentação Enteral	Até 10 unidades
Frascos para água	Até 2 unidades
Seringa 20 ml	Até 10 unidades

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

Seringa 60 ml (caso não utilize o frasco para alimentação)	Até 2 unidades

Obs 1: A Periodicidade de substituição dos equipos deve ser a cada 2 dias. Os frascos para alimentação a cada 3 dias e os frascos para água a cada 15 dias.

Obs 2: Para pacientes que fazem uso de seringas de 60ml será disponibilizado somente os frascos para água.

Obs 3: Em caso de desabastecimento de um dos itens (exemplo seringa de 60ml) poderá ser realizado substituição por material equivalente (exemplo frasco+equipo).

3.3 LAVAGEM NASAL

A irrigação salina nasal é recomendada para o alívio dos sintomas da rinossinusite crônica, 1,2 e mostra-se particularmente útil quando há crosta de secreções nasais, devido à drenagem espessa crônica. Pode ser usada isoladamente para sintomas leves, ou antes, de outras medicações tópicas, para limpeza da mucosa. A irrigação salina nasal não apresenta risco considerável para a saúde se realizada devidamente. Há evidência do benefício também na rinite alérgica, inclusive em gestantes. Em crianças com sinusite aguda e com rinite alérgica concomitante, a irrigação nasal melhora significativamente a rinorreia, a congestão nasal, a coceira na garganta, a qualidade do sono, e o fluxo de ar nasal.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Seringa de 3, 5 ou 10ml	1 unidade
Agulha 40x12	1 unidade
Solução Fisiológica 100ml	1 unidade

Obs 1: O tamanho da seringa será proporcional a idade do paciente e avaliação do profissional enfermeiro ou médico.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

3.4 CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: TÉCNICA LIMPA

É uma técnica que retira a urina da bexiga com auxílio de um cateter (sonda uretral), quando não há eliminação natural da urina em sua totalidade.

O cateterismo intermitente permite ao paciente o esvaziamento da bexiga a intervalos regulares, de acordo com a necessidade individual. Esse procedimento pode ser realizado pelo próprio paciente ou por um cuidador.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Sonda uretral	Até 180 unidades
Xilocaína gel ou Lubrificante gel	Até 2 tubos
Luva plástica estéril (quando realizado por terceiros)	Até 200 unidades

Obs 1: Para higiene pode ser orientado ao paciente/cuidador usar pano exclusivo para este fim, realizando a lavagem após a utilização.
Obs 2: Por tratar de técnica limpa e não estéril é dispensável o uso de luva pelo próprio paciente. No caso de cateterismo intermitente realizado por cuidador, utilizar luva plástica estéril.

3.5 DISPOSITIVO URINÁRIO NÃO INVASIVO PARA CONTROLE DE DIURESE

É um cateter ou sonda externa feita de borracha fina (látex atóxico), também conhecida como sonda de camisinha (extremidade afunilada (reforçada), sendo uma forma eficaz de coletar urina em homens, que apresentem incontinência urinária. É um método não invasivo em homens, para controle de diurese em balanço hídrico.

Ele é colocado no pênis e conectado através de um tubo extensor a uma bolsa coletora de urina ou frasco coletor.

Existem vários tamanhos de disponíveis urinários não invasivos, segundo o

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

diâmetro do pênis (tamanho 4, 5, 6, 7 e 8).

Paciente restrito ao leito:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Dispositivo Urinário não Invasivo c/ prolongamento	Até 30 unidades
Obs1: A periodicidade de substituição do dispositivo urinário deve ser a cada 24 horas.	
Obs 2: Em caso de disponibilidade entregar frasco coletor, limitado a 1 por mês.	

Paciente NÃO restrito ao leito:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Convenn	Até 30 unidades
Bolsa Convenn	Até 04 unidades
Obs1: A periodicidade de substituição do dispositivo urinário deve ser a cada 24 horas e da bolsa a cada 7 dias.	
Obs 2: Em caso de desabastecimento de um dos itens (exemplo Convenn) poderá ser realizado substituição por material equivalente (exemplo dispositivo urinário não invasivo).	

3.6 ESTOMIAS

A estomia é um procedimento cirúrgico realizado no aparelho digestivo ou urinário, que tem como objetivo criar um desvio dos conteúdos que passam por estes sistemas para o meio externo, para serem recolhidos por uma bolsa coletora. Sua realização é indicada quando haja alguma compressão, obstrução que esteja impedindo a excreção das fezes e urina naturalmente.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL/PACIENTE
Luva plástica estéril	Até 10 pares
Gaze estéril	Até 20 pacotes
Obs: Todas as bolsas coletoras são disponibilizadas pelo CISCOPAR.	
Obs 1: Por tratar de técnica limpa e não estéril é dispensável o uso de luva pelo próprio paciente. No caso de manejo realizado por cuidador, utilizar luva plástica estéril.	

3.7 CURATIVO DOMICILIAR

É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

Para a escolha de um curativo adequado, é essencial uma avaliação criteriosa da ferida e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado. Para tanto, é necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas durante a consulta de enfermagem quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordos, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional.

O enfermeiro deve avaliar todo o processo de cuidados das lesões com frequência mínima quinzenal, na UBS ou no domicílio, observando possíveis causas da não resposta ao tratamento e, optando por terapias corretivas como desbridamento do tecido morto, aplicação de placas especiais, agentes biológicos e terapias adjuntas.

Quando o familiar/cuidador procurar a unidade pela primeira vez para retirada dos insumos deverá ser entregue uma quantidade mínima para a realização do curativo no

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

domicílio e já deve ser programada a avaliação do enfermeiro para as demais dispensações.

As coberturas fornecidas pelo município de Toledo não têm a função de medida de conforto e sim de absorção de exsudato, proteção e tratamento da lesão, portanto a entrega de materiais em pacientes que não possuem lesões não deve ser realizada.

CURATIVOS AGUDOS\TRANSITÓRIOS

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA SEMANAL/PACIENTE
Compressa de gaze estéril	Até 21 pacotes (com 10 unidades) por lesão
Chumaço	Até 07 unidades por lesão
Atadura de crepe	Até 28 unidades (4 por membro)
Micropore OU Fita crepe OU Esparadrapo	Fracionar conforme necessidade.
Solução Fisiológica 250 ml	Até 02 unidades
Agulha 40x12	Até 02 unidades
Espátula de madeira estéril (somente na ausência da apresentação em tubo da medicação)	Até 07 unidades
Obs: Sempre que possível orientar e estimular o uso de chá de camomila e calêndula para lavagem das lesões em substituição ao uso da solução fisiológica.	

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

CURATIVOS CRÔNICOS:

MATERIAL	QUANTIDADE MÁXIMA **MENSAL**/PACIENTE
Compressa de gaze estéril	Até 90 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 1 troca diária Até 180 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 2 trocas diárias Até 270 pacotes (com 10 unidades) por lesão com 3 trocas diárias
Chumaço	Até 30 unidades por lesão com 1 troca diária Até 60 unidades por lesão com 2 trocas diárias Até 90 unidades por lesão com 3 trocas diárias
Atadura de crepe	Até 120 unidades (4 por membro) com 1 troca diária Até 240 unidades (4 por membro) com 2 trocas diárias Até 360 unidades (4 por membro) com 3 trocas diárias
Micropore	Até 6 unidades
Fita crepe OU esparadrapo	Até 1 unidade
Solução Fisiológica 250 ml	Até 10 unidades
Agulha 40x12	Até 10 unidades
Espátula de madeira estéril (somente na ausência da apresentação em tubo da medicação)	Até 30 unidades com 1 troca diária Até 60 unidades com 2 trocas diárias Até 90 unidades com 3 trocas diárias
Obs: Sempre que possível orientar e estimular o uso de chá de camomila e calêndula para lavagem das lesões em substituição ao uso da solução fisiológica.	

3.8 COLCHÃO DE AR

O fornecimento de colchão de ar deve ser indicado apenas para pacientes acamados e restritos ao leito.

Será fornecido **1 colchão de ar por paciente**, ocorrendo **substituição em qualquer tempo em caso de defeito de fabricação** (abertura ou vazamento na área de solda/ junções e perda de pressão ou vazamento nas válvulas) **ou apenas 1 única vez ao ano no caso de mau uso** (quando ocorre furo, rasgo ou corte; quando

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

o produto é utilizado por paciente acima do peso indicado; quando o produto é movido com paciente sobre ele). Sempre que for necessário substituição do colchão, o familiar deverá fazer a desinfecção com álcool 70% no domicílio e deve levar até a unidade levando o cartão de garantia. A Unidade deve enviar o colchão com defeito para a secretaria de saúde aos cuidados da Amanda que verificará a possibilidade de substituição.

No momento do empréstimo do colchão deve ser orientado ao familiar/cuidador que deve zelar pelo bom uso do insumo e que o mesmo deve ser devolvido à unidade higienizado, caso não seja mais recomendado/necessário o uso.

4. RESÍDUOS GERADOS NOS CUIDADOS DOMICILIARES

É importante salientar que os resíduos de saúde originados no domicílio devem ser acondicionados separadamente dos demais resíduos comuns.

O profissional deve orientar o paciente e/ou cuidador a realizar a separação do **lixo infectante** (materiais de curativo, luvas e sondas) e o seu acondicionamento em saco de lixo comum domiciliar bem lacrado. **Não será entregue saco de lixo hospitalar para uso em domicílio.**

Materiais pérfuro-cortantes deverão ser descartados em embalagens plásticas com alça (frasco de amaciante ou sabão líquido, por ex.) conforme o preconizado pela empresa de coleta de lixo.

Para os **materiais que não apresentem riscos de infecção** (equipo e frascos de alimentação) o descarte deverá ser feito junto com o lixo doméstico.

Todos os materiais pérfuro-cortantes, infectantes e/ou contaminados deverão ser entregues na Unidade Básica de referência do paciente, devidamente lacrados, para recolhimento pela empresa de coleta de lixo.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

5. ORIENTAÇÕES DOMICILIARES

É de responsabilidade do paciente, familiar ou cuidador responsável:

- Fazer uso adequado dos materiais fornecidos de acordo com a sua indicação e conforme as orientações dadas pela equipe de saúde;
- Realizar a separação adequada dos resíduos de saúde gerados durante os cuidados domiciliares conforme a orientação a seguir: **lixo infectante** (materiais de curativo, luvas e sondas) devem ser acondicionados em saco de lixo comum domiciliar exclusivo para este fim; **materiais perfuro-cortante** deverão ser descartados em embalagens plásticas com alça (frasco de amaciante ou sabão líquido, por ex.) tampado; **materiais que não apresentem riscos de infecção** (equipo e frascos de alimentação) o descarte deverá ser feito junto com o lixo doméstico comum;
- Entregar em sua Unidade Básica de referência todos os materiais perfuro cortantes, infectantes e/ou contaminados provenientes dos cuidados domiciliares realizados, devidamente lacrados, para recolhimento pela empresa de coleta de lixo municipal;
- Comunicar a unidade básica no caso de qualquer alteração do tratamento ou complicação;
- Comunicar a unidade básica no caso de alta do tratamento, mudança de endereço ou óbito, que implique na suspensão ou devolução dos materiais;
- A substituição do colchão de ar será realizada **em qualquer tempo em caso de defeito de fabricação** (abertura ou vazamento na área de solda/ junções e perda de pressão ou vazamento nas válvulas) **ou apenas 1 única vez ao ano no caso de mau uso;**

Atenção: No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

6. REGISTRO DE DISPENSAÇÃO NOMINAL

Todo material dispensado pela unidade deve obrigatoriamente ser registrado em nome do paciente no sistema de informação municipal em: Atendimento – Movimentação de estoque – Saída de estoque (Almoxarifado), selecionando o tipo de material e quantidade fornecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, C.T. **Cateterismo Vesical Intermitente: manual de orientações.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vol.15. Pelotas, RS. Coordenadoria de Comunicação do HCPA – janeiro/2020. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude?task=download.send&id=59&catid=2&m=0

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional.** 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 96p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Eb-serh – Ministério da Educação. **POP: Traqueostomia: Cuidados e Decanulação** – Unidade de Reabilitação, Uberaba, 2018 – Versão 2.0. 20p. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/traqueostomia-adulto-final.pdf

Núcleo de Telessaúde Espírito Santo. **Deve-se recomendar o uso de irrigação nasal com soro para tratamento da rinossinusite?** 21 mar 2017 | ID: sof-36338. Disponível em https://aps.bvs.br/aps/deve-se-recomendar-o-uso-de-irrigacao-nasalcom-soro-para-tratamento-

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

da-rinossinusite/

Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas. **Protocolo de Assitência de Enfermagem Domiciliar**. Campinas, 2020. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/SAD_Protocolo_de_Assistencia_de_Enfermagem_Domiciliar.pdf

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

ELABORADO POR	DATA	APROVADO POR	DATA	REVISÃO EM:
Gerentes UBS	Março/2022	Departamento de Atenção Primária		
		Departamento de Gestão		
		Departamento Administrativo/Financeiro		
		Departamento de Assistência Farmacêutica		

COLABORADORES:

Ambulatório de Feridas

Nutricionistas da Atenção Primária à Saúde

No caso de desabastecimento dos insumos provenientes da central de abastecimento farmacêutico, deve ser restrito o uso nos serviços de saúde, podendo ocorrer redução ou interrupção da entrega para uso domiciliar.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO Nº 1

4ª EDIÇÃO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO

PROTOCOLO Nº 1

4ª EDIÇÃO

TOLEDO, JULHO DE 2021

AUTORES

Andressa Caroline Silva Gottardi - Enfermeira

Carla Caroline Campanelli Moreira - Enfermeira

Claudia Terezinha Frohlich - Enfermeira

Claudia Bonifácio Andrade – Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Jéssica Bernart da Silva - Enfermeira

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Kiussa Taina Geteins Vidal Cintra - Enfermeira

Márcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

REVISORES

Marcos Fernando Soares – Enfermeiro Obstetra

Marcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra

Viviane Carnelossi Benvenuto – Enfermeira Obstetra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

TOLEDO, JULHO DE 2021

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. JUSTIFICATIVA 9
3. OBJETIVO GERAL 9
4. EQUIPE RESPONSÁVEL 9
5. POPULAÇÃO ALVO 9
6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO 9
7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO 10
   7.1 Acolhimento 10
   7.2 Diagnóstico precoce da gestação 10
      7.2.1 Sinais de presunção de gravidez 11
      7.2.2 Sinais de probabilidade 11
      7.2.3 Sinais de certeza 11
   7.3 Estímulo a Paternidade Responsável 12
   7.4 Projeto "Um Outro Destino" - NAE 13
8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO 14
9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL 16
   9.1 Exame físico 17
10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A) 18
11. VACINAS NA GESTAÇÃO 18
   11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular]) 19
   11.2 Vacina Hepatite B 19
   11.3 Vacina contra Influenza 20
   11.4 Vacina contra COVID-19 20
   11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH 20
   11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B 21
12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL 21
   12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico 21
   12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas 22
13. EXAMES NO PRÉ-NATAL 29
   13.1 Teste da Mãezinha 30
   13.1.1 Sobre a coleta 30
   13.1.2 Prazo de envio 31
   13.1.3 Rotina para coleta dos exames 31
   13.1.4 Lançamento no Sistema SIG saúde MV 31
   13.2 Testes Rápidos 31
      13.2.1 Caso HIV positivo 31
      13.2.2 Caso Sífilis positivo 32
      13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante 34
   13.3 Toxoplasmose na Gestante 35

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose 35
14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 36
15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM 39
15.1 Primeira consulta 39
15.2 Consultas subsequentes 40
16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS 40
16.1 Primeiro trimestre de gestação 40
16.2 Segundo trimestre de gestação 41
16.3 Terceiro trimestre de gestação 42
17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO 43
18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR 43
19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de ciap´s para desfecho da gestação 15

Quadro 2 - Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso 22

Quadro 3 - Administração da suplementação profilática de ácido fólico. 22

Quadro 4 - Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação – cuidados de enfermagem e prescrições farmacológicas 22

Quadro 5 - Exames no pré-natal 29

Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA 32

Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos 33

Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina. 33

Quadro 9 - Controle de cura da sífilis 34

Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual 36

Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário 37

Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco 38

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ 46
FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA 47
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL 48
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS 49
FLUXOGRAMA 5 – ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO 50
FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM RH NEGATIVO 51
FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU 52
FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL 53
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE 54
FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO 55
FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES 56

LISTA DE ANEXOS:

ANEXO 1 – TABAGISMO 57
ANEXO 2 – ETILISMO 58
ANEXO 3 – PLANO DE PARTO NORMAL 59
ANEXO 4 – FLUXO CESÁREA ELETIVA 62
ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA 63
ANEXO 6 – PLANO DE PARTO CESÁREA 64
ANEXO 7 – FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES 65
ANEXO 8 – FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES 66
ANEXO 9 – FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO 67
ANEXO 10 – FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO 73
ANEXO 11 – LISTA DE EXAME PARA SEREM SOLICITADOS 74
ANEXO 12 – LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO 75

1. INTRODUÇÃO

Conforme pactuação do Município de Toledo com a 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e com intuito de melhorar a assistência da mulher e do recém-nascido, este protocolo vem estabelecer orientações e fluxogramas da assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário e assistência puerperal das gestantes da rede pública no município de Toledo/PR.

2. JUSTIFICATIVA

Este protocolo tem o intuito de permitir a padronização da assistência de enfermagem atendendo ao princípio da equidade, norteando os profissionais no planejamento e execuções dos cuidados, estabelecendo e padronizando condutas e manejos, bem como qualificar a assistência para uma melhor qualidade das ações de saúde da gestante no período de pré-natal, fornecendo orientações quanto ao parto e assistência ao puerpério.

3. OBJETIVO GERAL

Qualificar a assistência do pré-natal de risco habitual e intermediário pelo enfermeiro contribuindo para a diminuição dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Toledo/PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Gestantes, parceiros, familiares e puérperas.

6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO

A Consulta de Pré-natal de Enfermagem na rede de atenção primária em saúde é respaldada pelo MS e a Lei do Exercício Profissional 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO

Toda mulher em idade fértil (10 aos 49 anos) (BRASIL, 2012) e, sexualmente ativa, com relato de atraso menstrual, deve ser encaminhada ao profissional enfermeiro da unidade com intuito de detectar precocemente uma possível gestação. Observando que qualquer membro da equipe é responsável em receber esta informação e direcionar adequadamente esta possível gestante.

7.1 Acolhimento

O acolhimento da gestante na rede de atenção primária em saúde implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com seu contexto social, entre outros (BRASIL, 2012).

Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade da mulher e da sua família, para que seja realizada uma anamnese clara e objetiva com espaço para dúvidas e solicitações e que possibilite a estratificação de risco conforme a linha guia do Estado.

Quando existir a figura de um parceiro(a) e/ou acompanhante é um momento oportuno para sensibilizar e envolver sua participação valorizando a capacidade do parceiro(a) escutando suas demandas e sugestões oferecendo apoio e incentivando ao cuidado da própria saúde. No caso em que a mulher não queira a presença do parceiro(a) deve-se questionar as razões e se gostaria de outro acompanhante explicando os benefícios deste neste momento. Caso a mulher decida por não ter o futuro pai como acompanhante, respeitar a sua decisão.

Nas Unidades Básicas de Saúde, os atendimentos destas mulheres para realização de teste rápido para gravidez deve ser realizado no momento em que a mulher procura a unidade, entre as agendas, e caso positivo pode ser agendado o dia para consulta de Abertura de pré-natal. Na consulta de abertura de pré-natal é que serão realizadas a escuta qualificada, orientações sobre a gestação, as rotinas do serviço e haverá tempo hábil para retirar dúvidas.

7.2 Diagnóstico precoce da gestação

Com objetivo de realizar o diagnóstico precoce da gestação, as unidades de saúde deverão oferecer as mulheres com atraso menstrual ou suspeita de gestação o Teste Rápido para detecção da gravidez, instituído no Município desde 2009**.** Na

ausência do teste solicitar Beta-HCG no laboratório de referência, considerando que ambos os testes são sensíveis e confiáveis. *Ao solicitar o Beta-HCG o profissional deverá estabelecer uma forma de busca ativa da mulher para acompanhamento desse exame*. Orientar a mulher que em de teste rápido negativo: se persistir o atraso menstrual por mais 10 dias, retornar a UBS, para solicitar o Beta-HCG, conforme Fluxograma 1.

Caso a mulher seja captada com atraso menstrual acima de 12 semanas pode-se detectar a presença de Batimento Cardíaco Fetal (BCF) utilizando o detector fetal. Caso não seja possível a detecção do BCF, realizar o teste rápido para gravidez e por última escolha o exame laboratorial Beta-HCG, se o teste rápido de gravidez negativo.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) as mulheres com atraso menstrual podem apresentar sinais que indiquem uma possível gestação, devendo o enfermeiro estar atento a estes, para detecção e seguimento do acompanhamento.

7.2.1 Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

7.2.2 Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

7.2.3 Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas.

- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal a partir de 6 ou 7 semanas de gestação e a atividade cardíaca.

7.3 Estímulo a Paternidade Responsável

O profissional responsável pelo acolhimento deve estar atento a situações em que a gestante chega à consulta de pré-natal sem acompanhante: pergunte sobre o seu relacionamento com o pai e se ela gostaria que ele a acompanhasse nas próximas consultas e durante o parto; se a gestante quiser ir com o pai, converse com ela sobre como convidar, sobre os benefícios desse envolvimento e sobre o que teriam que considerar para a sua participação (horário do pedido de autorização para sair do trabalho, etc.); se o futuro pai/acompanhante não pode acompanhá-la nas consultas por razões como viagens, trabalho, privação de liberdade, etc., orientar a mãe a transmitir a ele todas as informações para que se sinta estimulado a se envolver no processo.

A participação do (a) parceiro (a) durante o acompanhamento da gestação e do parto e nos cuidados no desenvolvimento da criança é de fundamental importância, pois possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e a formação de vínculos afetivos saudáveis. Baseado nisso, as Políticas Nacional e Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009; e Resolução SES-DF n° 420, de 03 de dezembro de 2013) tem como um dos seus objetivos a proposição de ações estratégicas que fortaleçam e que efetivem a participação dos pais em todas as etapas da gravidez e do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam pré-natal na rede busquem acolher o(a) parceiro(a) da mulher, desde o diagnóstico da gravidez, e o(a) integre às ações realizadas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto, do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil, a partir das seguintes ações:

- Acolher e buscar envolver os pais/parceiros(as) desde o teste de gravidez, permitindo que ele(a) se identifique com a proposta de cuidar e começar a criar vínculos com seu futuro filho(a);

- Explicar para a gestante e o futuro pai os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto (Lei do Acompanhante);
- Realizar exames de testes rápidos e exames de rotina;
- Atualizar o cartão vacinal do(a) companheiro(a) da gestante;
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- Apresentar ao parceiro os textos disponíveis na Caderneta da Gestante;
- Estimular que o pai compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação;
- Incentivar a participação efetiva do parceiro(a) no momento do parto, puerpério e cuidado ao RN;
- Orientar e valorizar o apoio que ele(a) pode dar com relação à amamentação e realizando atividades domésticas como cuidar da casa, cozinhar e lavar as roupas.

No momento do diagnóstico da gravidez, caso essa mulher esteja sozinha, o profissional de saúde deve incentivar a participação do(a) parceiro(a) nas próximas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja realizado pelo casal, *respeitados os direitos da mulher acerca da presença de acompanhante.*

7.4 Projeto “Um Outro Destino” - NAE (Núcleo de Apoio Especializado á criança e ao adolescente)

O projeto “Um Outro Destino” existe para ajudar as gestantes ou mães de recém-nascidos, que manifestem o interesse de entregar o(a) filho(a) para adoção, a tomar uma decisão consciente, seja pela entrega para a adoção ou pela permanência com a criança. A entrega para a adoção tem respaldo jurídico e os profissionais ligados ao projeto estão preparados para oferecer a gestante ou mãe um tratamento humanizado, sem críticas ou censura, garantindo-lhe o direito ao sigilo.

A gestante que tem a intenção de entregar o(a) filho(a) em adoção deve procurar a vara da infância e da juventude onde receberá as informações e acompanhamento necessários para que possa tomar a decisão de maneira consciente e esclarecida. A gestante é acompanhada pela saúde, para o pré-natal e pela assistência social para atendimento especializado. Após o nascimento da criança,

a vontade da mãe ou de ambos os genitores, se houver pai registral ou pai indicado, deve ser manifestada na audiência.

Após a manifestação de intenção da entrega, a mãe pode desistir. O consentimento é retratável até a data da audiência realizada após o nascimento e os pais podem exercer o arrependimento no prazo de 10 dias, contados da data de prolação da sentença de extinção do poder familiar.

A adoção legal oferece á criança a oportunidade de ter um outro destino, sendo inserida em uma família habilitada, preparada dentro das atividades do grupo de apoio á adoção de Toledo(GAAT) e acompanhada pela Vara da Infância e da Juventude.

ABANDONAR É CRIME, ENTREGAR PARA A ADOÇÃO É UM ATO DE AMOR.

CONTATOS: (45) 99825-8674
(45) 3277-4811

8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Após o diagnóstico da gestação dá-se início ao acompanhamento do pré-natal da gestante, e os registros no prontuário eletrônico se darão da seguinte forma:

- Primeira consulta: obrigatoriamente deve ser agendado no sistema de informação municipal como: ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL INCENTIVO PHPN; Dados necessários para a adesão ao pré-natal web. No atendimento clicar na aba hipótese, abrir aba SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), clicar em pré-natal, preencher todos os dados do atendimento obstétrico, ao final do preenchimento gravar os dados do pré-natal, incluindo o CIAP (W78).
- Consultas subsequentes: deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA DE PRÉ NATAL.
- Consultas por demandas espontâneas, exames de testes rápidos e estreptococos, e coleta de preventivo: agendar como consulta de profissional de nível superior exceto médico.
- Consulta Puerperal: as consultas realizadas até 45 dias pós-parto deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA PUERPERAL. Durante o atendimento puerperal para poder concluir a gestação no sistema (municipal e pré-natal web) deve ser realizado registro no módulo atendimento de consultas SOAP, no campo avaliação informando os CIAPs relacionados ao desfecho da gestação conforme Quadro 1. Importante utilizar apenas

os CIAPs abaixo descritos, pois fora estes não se consegue exportar estes dados para base do Ministério da Saúde:

Quadro 1 – Relação de CIAP´s para desfecho da gestação

CONDIÇÃO	CIAP
Parto sem complicações de nascido vivo	W90
Parto sem complicações de natimorto	W91
Parto com complicações de nascido vivo	W92
Parto com complicações de natimorto	W93
Aborto espontâneo	W82
Aborto provocado	W83

- Consulta do Pai/Parceiro: a consulta deverá ser agendada no sistema de informação municipal como: CONSULTA PRÉ NATAL DO PARCEIRO.
- Aplicação de medicações em gestantes – principalmente gestantes e parceiros em tratamento de Sífilis: em qualquer situação que haja necessidade de aplicações de medicação na UBS para parceiro ou gestante, deve ser colocado no sistema de informação municipal, entrar em atendimento, procedimento ambulatorial, colocar nome do usuário/paciente, e procedimento administração de medicação. Colocando no campo de observação obrigatoriamente, o tipo de medicação administrada e a via de administração. Anotar também no cartão da gestante.
- Planilha de Gestante Municipal: o município conta com uma planilha de gestante municipal, toda adesão ao pré-natal a gestante deve ser inclusa nesta planilha, devendo esta ser alimentada conforme suas especificações por todos os membros da equipe, conforme organização de cada UBS.
- Planilha de Infecção do Trato Urinário e Sífilis: o município conta com uma planilha municipal, para a inclusão de gestantes com Infecção do Trato Urinário (ITU) e Sífilis, para rastreabilidade, monitoramento e acompanhamento, da gestão e da UBS. O enfermeiro deve alimentar esta planilha, com o auxílio das informações do médico.
- Quando gestante muda de endereço para outro município: alterar no cadastro do usuário endereço para não informado e descrever no campo observação que mudou-se e realizar o bloqueio do cadastro.

9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Realizar o devido preenchimento do Cartão da Gestante (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal intercalada com a do(a) médico(a) até o término da gestação;
- Solicitar exames de rotina de acordo com a Rede Materno Infantil;
- Realizar testes rápidos na gestante e parceiro(a) (lembrando que os resultados devem ser entregues separadamente). OBS.: *caso parceiro(a) não esteja presente na consulta, agendar conforme rotina da UBS;*
- Realizar o Teste da Mãezinha;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
- Encaminhar e/ou agendar a gestante para atendimento odontológico;
- Realizar a estratificação de risco conforme linha guia e encaminhar a gestante para atendimentos multiprofissionais conforme a necessidade (conforme quadros 10, 11 e 12)
- Verificar a situação vacinal e encaminhar a gestante a sala de vacina conforme sua necessidade. Caso a mulher não esteja portando o cartão vacinal e não existindo dados no sistema de informação municipal, orientá-la a trazer na próxima consulta e monitorar se houve a realização das vacinas necessárias durante o período de gestação;
- Identificar gestantes com sinal de alarme e encaminhá-las para consulta médica;
- Orientar as gestantes quanto aos sinais de riscos obstétricos, esta deve ser orientada a procurar o hospital de referência caso a unidade de saúde não esteja em horário de atendimento;
- Incentivar a participar das atividades educativas;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e atentar-se para a busca ativa das gestantes faltosas;
- Vincular as gestantes ao hospital\maternidade de referência de acordo com sua estratificação de risco, no município de Toledo, todas as gestantes deverão estar vinculadas ao HOESP/ Hospital Bom Jesus;

- *A visita guiada para o hospital de referência deve ser orientada desde a primeira consulta de pré-natal, sempre confirmar a disponibilidade da instituição para o agendamento. Contato com o Banco de Leite Humano – telefone: (45) 2103-2013;*
- Programa “Mãe Toledana”, instituído pela Lei “R” Nº 109, de 5 de setembro de 2007, o qual consiste no custeio de até vinte e oito passagens de transporte coletivo urbano a gestantes residentes no Município de Toledo, para viabilizar a realização do acompanhamento de pré-natal (a solicitação deve ser realizada através do e-mail maetoledana@toledo.pr.gov.br, após a gestante possuir o cartão de transporte do município);
- Programa “Mãe Dedicada – Pré-natal 100%”, instituído pela Lei “R” Nº 135, de 6 de novembro de 2009, que tem como objetivo a concessão de prêmio, a título de incentivo, no valor de R$ 200,00 (duzentos reais), em parcela única, às parturientes residentes no Município de Toledo, que tenham realizado, através do SUS, no mínimo sete consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde, durante a gravidez, e a primeira consulta do recém-nascido, mediante verificação pelos Relatórios de Acompanhamento, Cartão da Gestante e Declaração de Nascido Vivo da Secretaria da Saúde (a solicitação deverá ser realizada no setor de protocolo da prefeitura);

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a estratificação do risco conforme a Linha Guia Rede Materno Infantil, sempre identificando e monitorando o correto preenchimento do cartão da gestante.

Ao identificar uma situação que caracterize risco real e/ou fatores evitáveis a gestante deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada.

9.1 Exame físico geral e obstétrico

Durante a consulta de enfermagem além da competência técnica, o enfermeiro deve atentar-se para as condições crônicas e agudas apresentadas pela gestante:

- Avaliação dos dados vitais;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação da região cervical;

- Avaliação da cavidade oral;
- Inspeção e palpação das mamas;
- Avaliação de edemas principalmente em face e MMII;
- Observar varizes e sinais flogísticos;
- Palpação Obstétrica para identificação da situação e apresentação fetal e acompanhamento da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF);
- Presença de perdas vaginais;
- Leucorreia;
- Queixas urinárias;
- Exame especular, podendo ser na primeira consulta e/ou nas subsequentes. OBS: *Diante da necessidade de coleta de preventivo na gestação, realizar o preventivo e avaliação ginecológica simultaneamente.*

10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A)

Além das orientações gerais sobre o pré-natal deve-se solicitar/realizar os seguintes exames:

- Testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Solicitação laboratoriais de rotina: tipagem sanguínea e fator RH, hemograma, lipidograma (HDL, LDL, colesterol total, triglicerídeos), glicose de jejum, urina e TSH;
- Aferição dos Sinais Vitais e IMC;

Estes deverão ser solicitados/realizados no primeiro trimestre de gestação da mulher e, caso seja detectado alguma alteração, deve-se ofertar o devido tratamento ou encaminhamento para a condição clínica diagnosticada.

Solicitar carteira de vacinação e/ou verificar no sistema de informação municipal e atualizar as vacinas atrasadas.

11. VACINAS NA GESTAÇÃO

A vacinação durante a gestação não objetiva somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Dessa forma, recomenda-se que as mulheres gestantes estejam com seu calendário vacinal atualizado com as seguintes vacinas: dT (Dupla Adulto – Difteria e Tétano); dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis*

acelular]); Influenza, COVID-19 e Hepatite B. Baseado nisso, a gestante deverá iniciar ou complementar seu esquema vacinal de acordo com a situação encontrada, a saber:

11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular])

a) *Gestante sem nenhuma dose registrada da dT:* iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

b) *Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses) em qualquer período gestacional:* deve-se completar o esquema de 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias entre elas, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

c) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há menos de 5 anos:* deverá receber 1 dose da dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

d) *Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos:* deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

e) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos:* deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação.

Deve ser administrada 01 dose da vacina dTpa para cada gestação, devido os anticorpos serem de curta duração. Gestantes que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde podem receber a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério (até 45 dias após o parto).

11.2 Vacina Hepatite B

a) As gestantes não vacinadas, independente da faixa etária e idade gestacional devem receber 03 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses. Aquelas que apresentam esquema vacinal incompleto devem apenas completar o esquema já iniciado.

b) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem menores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) solicitar o exame Anti-Hbs para avaliar imunidade contra Hepatite B – agendar o exame com cota do CISCOPAR;

c) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem maiores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) devem receber 3 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses.

11.3 Vacina contra Influenza

É recomendada em todas as gestantes, em qualquer período gestacional, ou puérperas até 45 dias pós-parto, durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

11.4 Vacina contra COVID-19

a) A vacina pode ser administrada em qualquer faixa etária e Idade Gestacional, apenas respeitando intervalo mínimo entre as doses recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

c) No caso de puérperas que receberem a vacina não há indicação de interromper a amamentação.

11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH

Quando for necessária a administração de imunoglobulina, deve-se registrar a indicação no cartão da gestante e destacar o exame laboratorial que atesta a necessidade da imunoglobulina. O hospital de referência que realizará tal procedimento.

Em casos de aborto, em que não tenha sido feito imunoglobulina ANTI-RH, ou não há anotações frente à administração por parte do hospital, primeiramente deve-se entrar em contato telefônico com o hospital de referência, se não realizado, solicitar ao setor de epidemiologia a imunoglobulina para aplicação na Unidade de Saúde.

Atentar-se a consulta puerperal, a anotação do hospital de referência do parto, se existe anotação no cartão da gestante frente a administração de imunoglobulina, se não houver registro entrar em contato com hospital. Caso haja algum problema ou falta de informação entrar em contato com vigilância epidemiológica do município.

11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B

Em caso de Teste Rápido de Hepatite B positivo, realizar notificação a epidemiologia e solicitar exames confirmatórios (Uma vez confirmado a Hepatite B ou caso a gestante já saiba que é portadora, solicitar a imunoglobulina pela ficha do CRIE, preencher adequadamente a ficha e encaminhar ao setor de epidemiologia. **Imprescindível colocar data provável do parto (DPP) e hospital de referência na ficha do CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).**

12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL

12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico

A necessidade de ferro durante a gestação é muito elevada, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva.

Desse modo, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes.

A suplementação com ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Inicialmente, deve ser indicada para toda gestante, independente do risco estratificado, devido poucas exceções que contraindicam o uso na gestação, o custo-benefício é maior.

Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias (idealmente 03 meses) antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia (FEBRASGO, 2012).

O esquema de prescrição e administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico encontra-se nos quadros 2 e 3. Ressalta-se que o profissional enfermeiro está habilitado para prescrever esses medicamentos.

Quadro 2 - Administração da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Gestante	40 mg de ferro elementar	Diariamente a partir das 12 semanas até o final da gestação
Mulheres pós-parto e pós- aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto

Quadro 3 - Administração da Suplementação Profilática de Ácido fólico.

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico 5mg*	Pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar (ideal 3 meses)
Gestante	Ácido fólico 5mg*	Diariamente até o final da gestação

**Se disponível na rede pública utilizar preferencialmente a dosagem de 400mcg.*

12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Quadro 4 - Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Modificação / Desconforto	Observação	Prescrição de Cuidados	Prescrição Farmacológica
Cefaleia	* Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; * Pode também estar relacionado a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; * Sempre afastas o risco de alterações de Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia; * Investigar história prevista de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.	* Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; * Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais; * Orientar exercícios de relaxamento e respiração, pratica de meditação ou yoga; * Facilitar expressão de sentimentos e expectativas; * Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; * Estimular a prática física; * Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; * Se dor recorrente, solicitar avaliação médica.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **1ª Escolha: Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor.** **2ª Escolha: Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.**
Desmaios Tontura Fraqueza	* Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); * Diminuição do débito cardíaco;	* Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; * Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; * Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios;	

	* Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); * Anemia; * Hipoglicemia.	* Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; * Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; * Ingesta hídrica adequada; Sentar coma cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; * Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; * Avaliar a pressão arterial.	
Sonolência	* Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.	* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingesta hídrica.	
Insônia	* Stress, sobrecarga de trabalho; * Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; * Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; * Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; * Movimentação fetal excessiva	* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingesta hídrica; * Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; * Participar de grupos de gestantes; * Ler livros e ver filmes que relaxem; * Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; * Banho morno, massagens; *Evitar alimentos com cafeína; *Evitar telas pelo menos 2h antes de dormir;	
Náuseas Vômito	* Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também; * Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado; * Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, com o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes; * Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo; * Avaliar sempre o risco de evolução da Hiperêmese Gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a	* Orientar alimentar-se de forma fracionada de 3/3horas de preferência; * Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; * Orientar evitar jejum prolongado; * Orientar comer devagar e mastigar bem os alimentos; * Orientar dar a preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torrada, bolachas); * Orientar evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte; * Orientar ingesta hídrica adequada;	***** Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **1ª ESCOLHA:** *** Bromoprida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições);** **2ª ESCOLHA:** *** Metoclopramida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)** **3ª ESCOLHA:** *** Ondansetrona 4mg 2cp de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)**

	desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.	* Orientar auriculoterapia ou acupuntura; *Dar preferência para alimentos frios e ácidos;	**Atentar-se para alergias e síndrome extrapiramidal** *Obs: na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.*
Queixas urinárias Ou Infecção urinária confirmada com exame laboratorial	* A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. **Avaliar sempre:** * Presença de sinais de alerta; * Presença de sintomas sistêmicos.	* Aumentar ingesta hídrica; * Repouso em decúbito lateral esquerdo; * Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; * Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta médica.	*O tratamento deverá ser realizado após a confirmação da ITU com resultado de Urocultura positiva com antibiograma **1ª Escolha: Nitrofurantoína 100mg 1cp 6/6 horas por 7 dias** **2ª Escolha: Cefalexina 500mg 1cp 6/6 horas por 7 dias** **3ª Escolha: Amoxicilina + Clavulanato: 500+125mg 1cp 8/8 horas por 7 dias (junto com as refeições)** **Após 36 semanas usar apenas Cefalexina. **Avaliar resultado do antibiograma, caso tenha resistência das medicações acima, encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal Cólicas	* Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); * Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. **Avaliar sempre:** * Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); * Presença de ITU; * Verificar se a gestante não esta apresentando contrações uterinas.	* Orientar a paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); * Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; * Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar a barriga; * Cuidados nutricionais, aumento da ingesta hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência; * Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; * Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.	**Buscopam simples 01 cp de 8/8 horas se cólicas.**
Edema	* No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides do ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao	* Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min várias vezes ao dia; * Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; * Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da	**Meia de compressão para gestantes. (compressão média)** **Ou** **Meia 7/8 média compressão**

	ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; * Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. **Avaliar sempre:** * A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclampsia. * A maioria das gravidas edemaciadas exibe gestação normal. * Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.	cama com tijolos, favorecendo o retorno venoso diminuindo o edema; * Usar roupas leves, evitando roupas apertadas que dificultem o retorno venoso; * Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; * Realizar controle de peso e pressão arterial.	
Pirose Azia	* Devido as alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrico resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; * Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; * Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. **Avaliar sempre:** * História clínica; * Uso de medicamentos.	* Fazer alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência; * Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; * Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; * Elevar a cabeceira da cama ao dormir; * Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Hidróxido de alumínio 10-15ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se; - Orientar armazenamento na geladeira.** *Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.*
Dor lombar Dor em região pélvica	* As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. **Avaliar sempre:** * Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); * Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, * Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); * História de trauma.	* Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; * Recomendar a aplicação de calor local e massagens; * Recomendar acupuntura; * Corrigir postura e movimentar se devagar; * Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural. * Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; * Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto; * Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade; * Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto. * Encaminhar para fisioterapia caso necessário.	***** Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor. ou Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.**
Cãibras	***** Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. ***** A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles: ***** Estiramento da musculatura e da fáscia; ***** Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina; ***** Redução do nível de Cálcio; ***** Compressão de raízes nervosas; ***** Problemas posturais;	***** Aumentar ingesta de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.). ***** Recomendar pisar em superfície fria ***** Massagear músculo contraído e dolorido ***** Evitar o alongamento muscular excessivo ao	

		acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); ***** No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; ***** Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; ***** Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; ***** Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional;	
Constipação intestinal Flatulência	***** Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e habito de eliminação intestinal inadequado. ***** Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.	***** Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus, grão integrais, mamão, linhaça, gergelim, mamão, ameixa seca. ***** Fracionar alimentação 3/3 horas; ***** Estabelecer como rotina horário de evacuação; ***** Aumentar ingesta hídrica; ***** Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); ***** Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão; ***** Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; ***** Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação medica.	* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: **Lactulona ou óleo mineral (suspensão) – 1 colher de sopa no máximo 3x ao dia** *Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.*
Sialorreia	***** A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez; ***** Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.	***** Orientar paciente sobre o desconforto; ***** Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; ***** Orientar a gestante a deglutir a saliva; ***** Aumentar ingesta hídrica.	
Hiperpigmentação da pele	* O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; * Devido ao aumento dos hormônios melanina, estrógeno e progesterona.	* Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. * Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; * Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); * Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.	
Dispneia	* Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o	* É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações,	

	agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. * Atentar sempre as comorbidades e história clínica da paciente.	encaminhar para avaliação médica. * Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. * Elevar a cabeceira da cama.	
Hemorroidas	* O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas; * É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto; Avaliar: * Aumento da intensidade da dor; * Endurecimento do botão hemorroidário; * Sangramento retal.	* Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal; * Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; * Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; * Banho de assento com água morna; * Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.	
Leucorreia	* O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato das vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas. Avaliar sempre: * Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; * Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; * Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; <u>ATENÇÃO</u> As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos. • Nos sintomáticos as queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	Orientar: * O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; * Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; * Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; * Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação;	**<u>Candidíase</u>** (independente da IG): O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, com **Miconazol a 2%, creme vaginal por 7 dias;** **<u>Vaginose bacteriana</u>** (independente da IG): Metronidazol 250mg. 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg. 1 comprimidos VO, 8/8h, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) **OU** Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias **<u>Tricomoníase</u>** (independente da IG): Metronidazol 2 g, VO, dose única; **OU** Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; **OU** Metronidazol de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias. **Tratamento parceiro:** Metronidazol, 2 g, VO, dose única.
Epistaxe	* O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente	Prescrever: * Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para	

	em locais menos úmidos e no inverno; * Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação; * Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.	manter as narinas úmidas; * Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz; * Encaminhar para avaliação medica, caso necessário.	
Síndrome do Tunel Carpeano	* Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar. * Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor.	* Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local. * Dormir com as mãos elevadas. * Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.	
Estrias	* Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. * Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.	Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações: * A hidratação reflete também na elasticidade da pele, por isso orientar e estimular aumento da ingesta hídrica; * O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; * O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; **Obs: Qualquer tratamento estético de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.**	
Sangramento gengival	* Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	* Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; * Fazer uso de uma escova de dente macia e suave; * Realizar bochechos com soluções antissépticas.	
Alergia	As alergias são freqüentes na gestação, ainda mais em mulheres que já sofriam de reações alérgicas antes de engravidar. É comum a piora dos sintomas, devido o aumento dos hormônios e as mudanças do corpo deixando a mulher mais sensível aos alérgenos.	*Evitar banhos quentes e longos; *Aumentar a ingesta hídrica; *Observar objetos que podem desencadear processo alérgico; *Trocar roupa de cama semanalmente; *Não coçar; *Não usar roupas muito apertadas;	**Loratadina 10mg 1cp/dia por 5 dias.**
Hipotireoidismo	Alteração comprovada em exame laboratorial conforme fluxo***	*Fazer uso da medicação em jejum; *Esperar mínimo de 30 minutos para tomar café da manhã; *Evitar café preto no café da manhã; *Aumentar consumo de verduras verde escura;	**Levotiroxina 25mcg 1cp/jejum** **O aumento da dosagem deve ser discutida com o médico.
Anemia	Alteração do resultado da hemoglobina	*Tomar 1 hora antes do almoço ou jantar;	**Anemia leve:** **Sulfato ferroso 40mg 2cp/dia;**

	Anemia Leve – HB 9-11 Anemia Moderada – HB 8-8,9 Anemia grave – HB < 8.	*Consumir uma fruta cítrica – (ex laranja); suco de limão.	**Anemia moderada: Sulfato ferroso 40mg 3cp/dia** **Anemia grave: Encaminhar para avaliação médica.**

13. EXAMES NO PRÉ-NATAL

Quadro 5 - Exames de Rotina no pré-natal

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste Rápido para detecção da Gestação	X		
Beta HCG	X (quando necessário)		
Teste Rápido para HIV	X	X	X
Teste Rápido para Sifilis (treponêmico)	X	X	X
VDRL* (não treponêmico)	Seguimento mensal após TR com titulação.		
Teste Rápido para Hepatite B (HBS AG)	X	X	X
Teste Rápido para Hepatite C (Anti HCV)	X	X	X
Triagem Sanguínea (Grupos ABO, Fator Rh)	X		
Teste Indireto de Aniglobulina Humana (TIA) (Coombs Indireto)	* Se Rh negativo solicitar Coombs indireto no 1º trimestre; * Se Coombs indireto for POSITIVO, encaminhar ao pré-natal de alto risco; * A imunuglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações pós-abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).	Se Coombs indireto negativo solicitar mensalmente a partir da 24ª semanada de gestação.	
Teste da Mãezinha (Eletroforese de Hemoglobina)	X	Se Alteração (Traço Anemia Falciforme ou Anemia Falciforme) solicitar Eletroforese para o parceiro.	
Hemograma	X	X	X
Urina I	X	X	X
Cultura de Urina (Urocultura)	X (Registrar agente bacteriano se ITU e ATB usado no tratamento)	X	X
Dosagem de Glicose	X	X	X
Teste de Tolerância à Glicose 1 e 2h		X (entre 24 e 28 semanas)	

Exame Citopatológico Cérvico-vaginal/microflora		X (a partir de 20 semanas)	
Toxoplasmose (IgM e IgG)	X *Se imune não solicitar mais! * Registrar na carteirinha IMUNE	X	X
Avidez para toxo IGG	****Solicitar caso Toxoplasmose IGM e IGG reagente ou indeterminados **solicitar antes de 16 semanas.**		
Pesquisa de Hormônio Tireoidestimulante (TSH)	X		
Parasitológico de fezes	X		
Swab para Streptococus			X *Preconizado entre 35 e 37 semanas, em caso de exceção coletar em tempo oportuno. ***Quando positivo grampear o resultado na primeira folha da carteirinha ou anotar e grifar na primeira folha da carteirinha.***
Ultrassonografia	X * TN + ON; * Obrigatoriamente de 11 a 13 semanas e 6 dias; *Colocar a DATA mais adequada para a realização e IG; ULTRASSON ENDOVAGINAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE APENAS PARA DUM DESCONHECIDA; *Anotar no cartão da gestante CCN, TN e ON	X *Morfológica + Colo uterino; *Preferência entre 20 e 24 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG. *Anotar no cartão da gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição e as possíveis alterações de morfologia e/ou morfometria	X *Preferencialmente entre 35 a 37 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG; *Anotar no cartão de gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição do bebê

13.1 Teste da Mãezinha

Este exame permite identificar em gestantes, hemoglobinopatias como a Doença Falciforme e a Talassemia Major.

13.1.1 Sobre a Coleta

Os exames deverão ser coletados preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, conforme organização de cada unidade, seguindo as orientações especifica da FEPE (Federação Ecumênica de Proteção ao Excepcional), contidas no envelope.

13.1.2 Prazo para o envio

O exame após coletado precisa estar no correio o mais breve possível.

13.1.3 Rotina para coleta dos exames

O envelope contendo os testes e a ficha nominal (original) deverá ser encaminhado à Secretaria de Saúde impreterivelmente nos dias seguintes a coleta, junto com o malote da central de especialidades que é feito diariamente nas unidades, dessa forma haverá tempo hábil para o envio pelo correio, e assim, o exame não será rejeitado.

A unidade deverá anexar (com clips) ao envelope da FEPE uma cópia da lista nominal, para controle da secretaria de saúde.

A funcionária responsável pelo recebimento dos malotes, assim que receber o envelope identificado pela FEPE encaminhará diariamente ao correio.

13.1.4 Lançamento no Sistema Sig Saúde MV

O procedimento deverá constar no prontuário da paciente e no cartão da gestante, bem como lançar no campo procedimento ambulatorial: teste da mãezinha.

Obs.: *Não será necessário solicitar eletroforese de hemoglobina via laboratorial na rotina do pré-natal das gestantes.*

13.2 Testes Rápidos

Os testes rápidos para Sífilis, HIV, Hepatite B e C devem ser feitos mediante a orientação da gestante e parceiro e com oferta de aconselhamento pré e pós testes. O aconselhamento pré e pós teste deve ser feito por profissional de nível superior devidamente capacitado. *Atenção para a realização dos testes rápidos no mesmo momento na gestante e parceiro, pois os resultados devem ser entregues separadamente.*

13.2.1 Caso HIV positivo

- Realizar contra teste na unidade, tendo em mãos dois resultados positivos de testes com laboratórios diferentes;
- Realizar notificação compulsória e enviar ficha para setor de epidemiologia do município;
- Aconselhar e orientar o(a) usuário(a), e encaminhar ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/CISCOPAR);
- Estratificação de alto risco gestacional, manter acompanhamento UBS e pré- natal de alto risco no MACC;

- Ligar no serviço de referência CTA para realizar o agendamento;
- Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento, conforme quadro 6:

Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA

GESTANTE	PARCEIRO
RG, CPF, Cartão SUS	RG, CPF, Cartão SUS;
Comprovante de endereço atualizado;	Comprovante de endereço atualizado;
Exames realizados para fim de diagnóstico do agravo (testes rápidos ou laboratorial);	Exame do diagnóstico do agravo (resultados testes rápidos);
Carteira de Pré-natal;	Outros exames realizados recentemente, se houver;
Laudos exames de sífilis, hepatite b e hepatite C (podendo ser testes rápidos ou laboratorial)	Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)
Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)	Se transferência de outro serviço e/ou município, a gestante e parceiro devem já estar cadastrado no município que irá fazer o encaminhamento.

Fonte: Vigilância epidemiológica e CTA/CISCOPAR, 2019.

13.2.2 Caso Sífilis positivo

- Com teste rápido positivo, iniciar tratamento para a gestante no mesmo dia, conforme Quadro 7;
- Se o parceiro estiver presente iniciar tratamento concomitante, independente do resultado do teste rápido deste;
- Se teste rápido do parceiro reagente e gestante não reagente, iniciar tratamento de ambos da mesma forma;
- Solicitar VDRL para coleta no mesmo dia, prazo máximo de uma semana e realizar acompanhamento de VRDL mensal para estadiamento;
- Preencher ficha de notificação, planilha de ITU e Sífilis, ressaltar a importância de estar tudo anotado no cartão da gestante, solicitar VDRL e realizar acompanhamento mensal;
- Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não-treponêmicos (SESA, 2017);

IMPORTANTE:

- Na ausência de teste treponêmico (T.R. ou FTA-ABS IGM/IGG), deve ser considerado para o tratamento da gestante o teste não-treponêmico, com qualquer

titulação, desde que não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada ou o registro do tratamento não esteja disponível (SESA, 2017);

- Em relação ao tratamento do parceiro sexual, é considerado como concomitante aquele que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante (SESA, 2017).
- A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, **caso esse intervalo ultrapasse 14 dias**, o esquema deve ser reiniciado (Brasil, 2020).

Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)	
Esquema terapêutico	**Seguimento**
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária	
Esquema terapêutico	**Seguimento**
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas (1,2 milhão UI em cada glúteo) Dose total: 7,2 milhões de UI, IM	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos

Fonte: *Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.*

Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina.

Gestantes com alergia confirmada a penicilina
Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.

Fonte: *Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.*

Quadro 9 - Controle de cura da Sífilis

Controle de cura

- Realizar testes não-treponêmicos mensalmente nas gestantes, e no parceiro, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
- Redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negativação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra a cura da infecção.
- No caso de sífilis primária, secundária e latente recente, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses a três diluições em 6 meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após 6 meses). Se os títulos de mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.
- A não redução da titulação em duas diluições (ex.: de 1:32 para 1:8), o aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64) ou a persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento, um novo tratamento deve ser iniciado.
- Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica (incluindo HIV) em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Fonte: Adaptado de Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais, 2019.

13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante

- Com a realização do teste rápido positivo para hepatites virais, realizar notificação que deve ser enviado ao setor de epidemiologia, e solicitar exames conforme rotinas;
- Para casos de *hepatite C* reagente, solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. Após resultado, encaminhar para o infectologista na vaga (sem urgência), já que o tratamento na gestação e lactação é contraindicado;
- Para casos de *hepatite B* reagente, solicitar demais marcadores virais (Anti-HBc IgM e IgG; Anti-HBs, Anti-HBe e HBeAg (estes exames devem ser encaminhados ao laboratório CISCOPAR/CTA onde realizará a coleta e estes seguirão para o LACEN-PR). Solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. A necessidade de consulta para gestantes portadoras do **vírus da hepatite B** se dá em duas situações:
- **1ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg reagente - encaminhar ao infectologista para tratamento.
- **2ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg não reagente e PCRVHB acima de 2000UI/ml encaminhar ao infectologista para avaliar necessidade de tratamento.
- Se for HbsAg reagente além de notificar solicitar Imunoglobulina Anti Hepatite B pelo formulário do CRIE e encaminhar com a notificação à epidemiologia.

13.3 Toxoplasmose na Gestante

A sorologia deverá ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG), se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes) a sorologia deverá ser repetida no início do 2º e 3º trimestre. Caso IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica doença antiga não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em paciente com imunodeficiência). Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos deverá ser solicitado o teste da avidez para IgG, preferencialmente na mesma amostra (SESA, 2017).

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose

Todas as prescrições devem constar o CID da doença, além da posologia e demais informações pertinentes ao paciente e prescritor, *para gestante* ou caso de toxoplasmose congênita, *além da informação o CID deve-se também constar o número do SINAN e idade gestacional.*

Para ter acesso aos medicamentos a gestante deve procurar a FARMÁCIA ESCOLA, munido de documentos pessoais, comprovante de residência, cartão SUS, prescrição médica contendo as informações anteriormente citadas. A medicação será fornecida para um período de 30 dias.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da toxoplasmose são fornecidos e distribuídos pela 20ª Regional de saúde. O pré-requisito para fornecimento/distribuição para o município é disponibilizar informações relacionadas aos tratamentos dispensados aos pacientes. Dessa forma preencher a prescrição e fazer a ficha do SINAN (gestante e toxoplasmose congênita) com as informações já mencionadas acima é primordial, para não ocorrer o desabastecimento no município.

14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual

RISCO HABITUAL		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, **inclusive:** ***Características individuais e socioeconômicas:*** • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); ***História reprodutiva anterior:*** • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); ***Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:*** • Ameaça de aborto[1]; • Hipotireoidismo[2]; • Tabagismo (Fagerström< 8 pontos)[3]; • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE <2 pontos)[4] ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve[5]; • Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

1. Ameaça de aborto *é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência* ***2. Hipotireoidismo****: Anexo I;* ***3. Teste de Fagerström*** *– Estratificação de risco tabagismo: Anexo II;* ***4.Teste de T-ACE*** *– Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III;* ***5. Depressão e Ansiedade leve:*** *Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada (preencher ficha de estratificação de risco: Anexo **.*

Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário

RISCO INTERMEDIÁRIO		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: ***Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:*** • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudos); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situacao de rua, indígenas, qulombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagertöm: 8 a 10 pontos)[1]; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)[2]; ***História reprodutiva anterior:*** • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclampsia grave ou eclampsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. ***Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, nea gestação atual:*** • Diabetes gestacional não-insulinodepentente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9d/dl);

1. Teste de Fagerström *– Estratificação de risco tabagismo: Anexo II;* ***2.Teste de T-ACE*** *– Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III;* ***3. Óbito fetal (natimorto):*** *quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).*

Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco

ALTO RISCO		
Onde é atendida? (Local)	**Quem atende? (Profissional)**	**Quem é? (Gestante)**
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: ***Características individuais e condições socioeconômicas:*** • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC≥40). ***Condições Clínicas prévias à gestação:*** • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: ✓ *Doença falciforme (exceto traço falciforme)* ✓ *outras hematopatias.* • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação; • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave[1]. ***História reprodutiva anterior:*** • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores ***Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:*** • Anemia grave (Hemoglobina<8); • Diabetes gestacional insulinodependente; • Doenças infectocontagiosas: ✓ *HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses;* ✓ *Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;* • Doença hemolítica perinatal;

		• Gestação gemelar; • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mai episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). • Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); • Incompetência Istmo-cervical; • Má formação fetal confirmada; • Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)[2]; • Oligodrâmnio ou polidrâmnio; • Placenta acreta/acretismo placentário; • Placenta prévia (após 22 semanas); • Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)[2]; • Síndromes hipertensivas na gestação: • hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; • Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); • Tromboembolismo na gestação; • Trombofilias na gestação; • Senescência placentária com comprometimento fetal.

1.Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada. 2.Utilizar Tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).

15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Minimamente a evolução da consulta de enfermagem deve conter os seguintes dados:

15.1 Primeira Consulta

- Data da última menstruação (DUM);
- Idade gestacional de acordo com a DUM;
- Data provável do parto de acordo com a DUM;
- Gravidez planejada – sim ou não;
- Antecedentes obstétricos, número de gestações, abortos, cesáreas e partos (G.. A.. C...P..);
- Antecedentes pessoais e de doenças previas;
- História familiar;
- História gestações anteriores/ antecedentes obstétricos;
- GESTAÇÃO ATUAL: Uso de medicações, uso de substâncias que podem causar dependências, último preventivo, vacinação, estratificação de risco *(o que a gestante apresenta e qual risco (habitual ou baixo, intermediário ou alto risco)*;

- Exame físico;
- Realização de testes rápidos com resultados;
- Realização teste da mãezinha;
- Condutas: prescrições, solicitações de exames, orientações.

15.2 Consultas Subsequentes

- DUM, IG, DPP;
- Reestratificação de risco;
- Queixas;
- Exame físico: movimentos fetais, BCF, altura uterina, edema, apresentação fetal;
- Em algum momento exame especular (pode ser no momento da coleta de preventivo), exame clínico das mamas;
- Resultados de exames;
- Perdas vaginais;
- Condutas e orientações.

16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são práticas de saúde que valorizam a construção de redes de apoio social e da cidadania, estimulam práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida e fortalecem os vínculos entre profissionais e usuários, e usuários e população.

Destacamos que é de extrema importância, e se faz necessária, a realização de grupos de gestantes em todas as unidades básicas de saúde do município de Toledo.

Para a realização dos grupos, sugere-se que as equipes busquem parcerias com outros serviços existentes na rede para trabalhar as diversas temáticas, de acordo com cada realidade. Temas sugeridos:

16.1 Primeiro Trimestre da Gestação

- Adaptações fisiológicas do corpo da mulher durante o primeiro e segundo trimestre e os sintomas correspondentes;
- Evolução do feto;

- Hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, higiene pessoal, uso de drogas licitas e ilícitas...);
- Aspectos emocionais e psicológicos da gestação;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância das vacinas durante a gestação;
- A importância da realização do pré natal: exames preconizados e tratamentos, inclusive para parceiros quando necessário;
- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Fluxograma municipal para encaminhamento de gestantes;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- Atividade sexual durante a gravidez;
- Importância da presença do(a) acompanhante nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.2 Segundo Trimestre da Gestação

- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da coleta do exame citopatológico, para prevenção de câncer do colo uterino;
- O risco do corrimento vaginal, da infecção urinária ou da infecção dentária para o parto prematuro;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância da suplementação com ferro para prevenção da anemia na mãe e no bebê depois de nascido;

- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Orientar sobre o papel do acompanhante durante o internamento hospitalar (estimular a presença do acompanhante durante as atividades em grupo);
- As fases do trabalho de parto: a fase latente de trabalho de parto (<4cm de dilatação), a fase ativa de trabalho de parto (>4cm de dilatação), a fase de expulsão do bebê e da placenta;
- Esclarecer sobre duração de um trabalho de parto, posições de parto, alimentação durante trabalho de parto, episiotomia, necessidade de realizar episiotomia e o uso de ocitocina, tendo como referência as Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal;
- Importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.3 Terceiro Trimestre da Gestação

- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da visita guiada como forma de vinculação obstétrica ao seu hospital de referência;
- Orientação de que a partir de 36 semanas as contrações uterinas são normais sem que seja trabalho de parto, sobretudo no fim da tarde e noite;
- A importância da realização dos exames preconizados e tratamento, inclusive para parceiros quando necessário;
- Orientação que a gestante procure o hospital de referência se contrações frequentes (3 ou mais em 10 minutos), perda de sangue ou líquido via vaginal, diminuição ou parada de movimentação fetal;
- Reafirmar as consultas de pré-natal semanais entre 36 e 41 semanas ou até o bebê nascer, não havendo alta do pré-natal;
- Oferecer as PIS disponíveis na UBS;

- Reafirmar o protocolo de internação quando atingir 41 semanas de idade gestacional, independentemente de trabalho de parto;
- Reafirmar que o parto cesárea só pode ser indicado quando ela estiver em trabalho de parto ou em casos que há uma real indicação clínica. Não é possível predizer que o parto será cesariano no pré-natal;
- Orientar como será o acompanhamento do puerpério na APS;
- Enfatizar a importância das consultas de puerpério;
- Orientar sobre a doação de leite materno após o parto para os BLH ou PCLH;
- Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;
- Orientar sobre a importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal;
- Reforçar quais documentos a gestante precisa levar para a maternidade.

17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO

Visita domiciliar (VD) deve ser realizada até o 5º dia, após a alta hospitalar, pela equipe de enfermagem e/ou médica. A visita domiciliar do ACS não deve ser considerada para esta finalidade, embora não deve deixar de ser realizada. Em anexo Padrão de Visita da UBS Panorama frente a condições a serem avaliadas na VD, servindo como um guia.

18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A avaliação da qualidade da atenção à saúde da mulher durante o pré-natal deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré natal;
- Proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até 12ª semana de gestação);

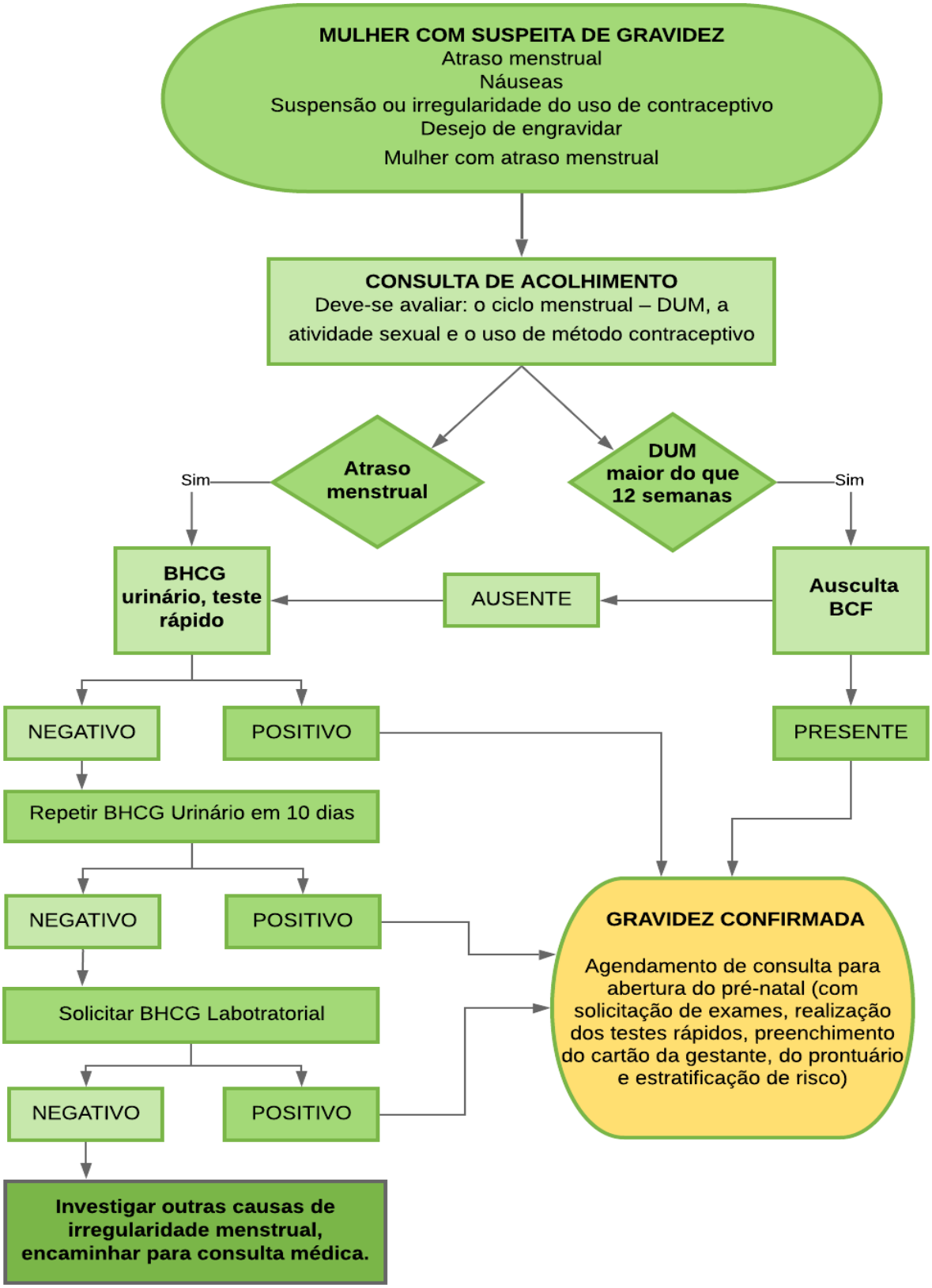
- Proporção de gestantes que realizaram visita ao serviço de saúde de referência indicado para o parto (maternidade ou centro de parto normal);
- Número de casos de sífilis congênita em filhos de gestantes acompanhadas nas UBS;
- Número absoluto de casos de morte materna na Superintendência de Saúde;
- Número absoluto de casos de mortes fetais e infantis na Superintendência de Saúde;
- Realização de consulta de puerpério até o 10º dia pós-parto;
- Realização de consulta do RN em até 5 dias após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

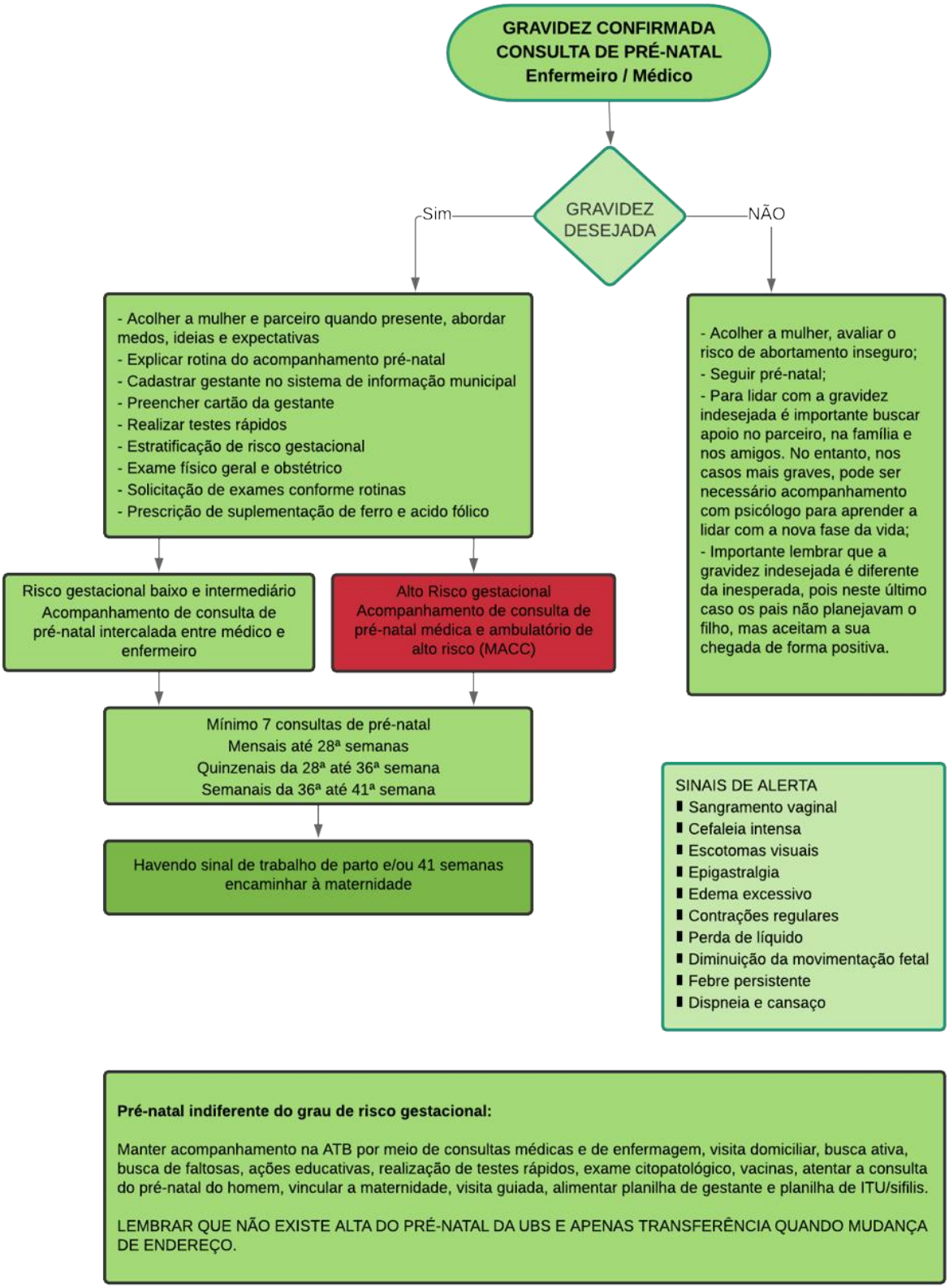
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012.
- BRASIL. Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde,2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. Fluxo de encaminhamentos hepatites virais, HIV/ADIS, Toledo: CTA/CISCOPAR, 2018/2019.
- PROTOCOLO DE ENFERMAGEM. Saúde da mulher: acolhimento ás demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Vol.3. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis/ Saúde, 2016.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Caderno de atenção ao pré- natal: toxoplasmose. Curitiba: SESA.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis. Curitiba: SESA, 2017.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Linha guia rede mãe paranaense 7ª Ed.. Curitiba: SESA, 2018.
- Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p. : il.

FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ



FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA

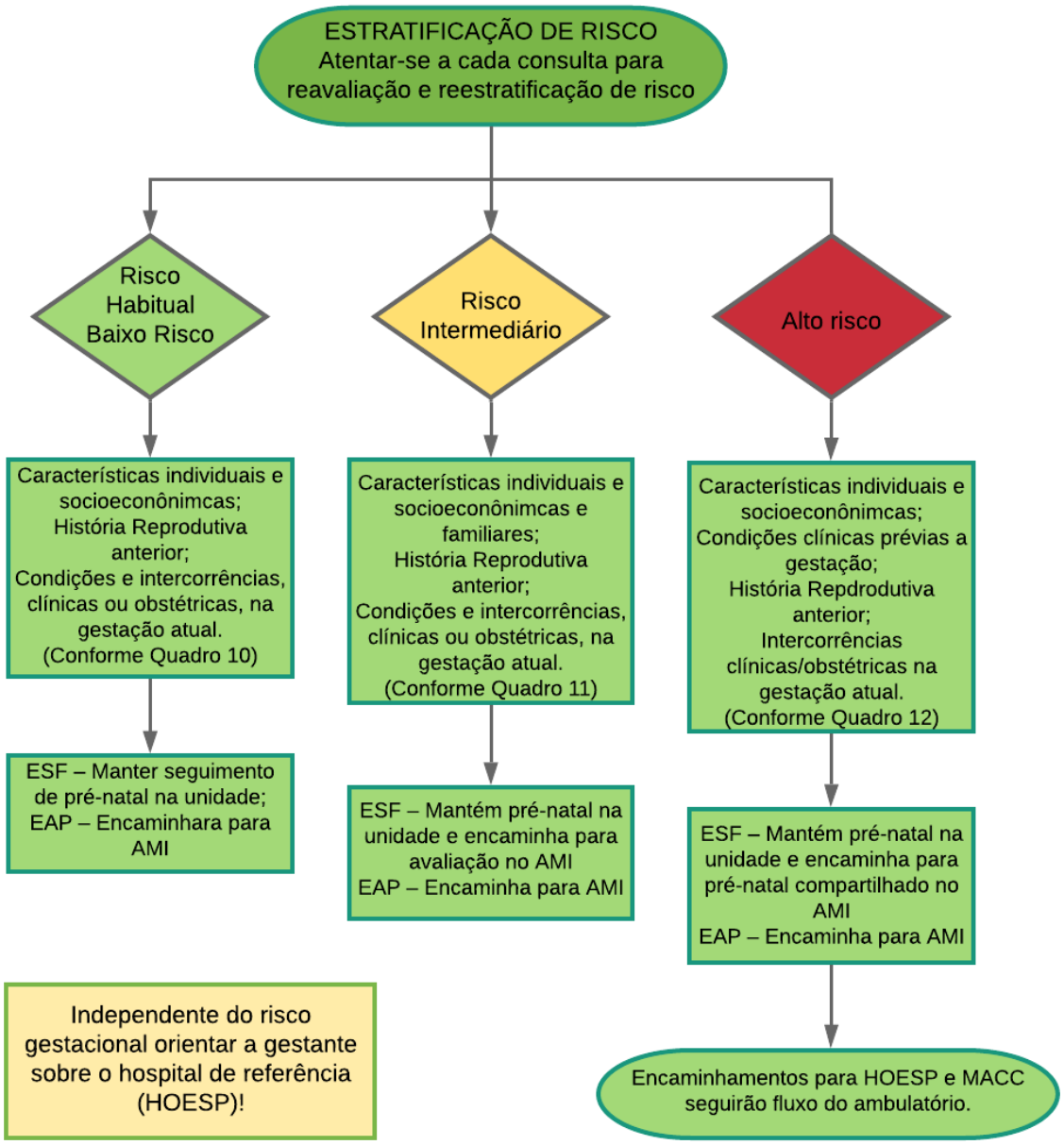


Pré-natal indiferente do grau de risco gestacional:

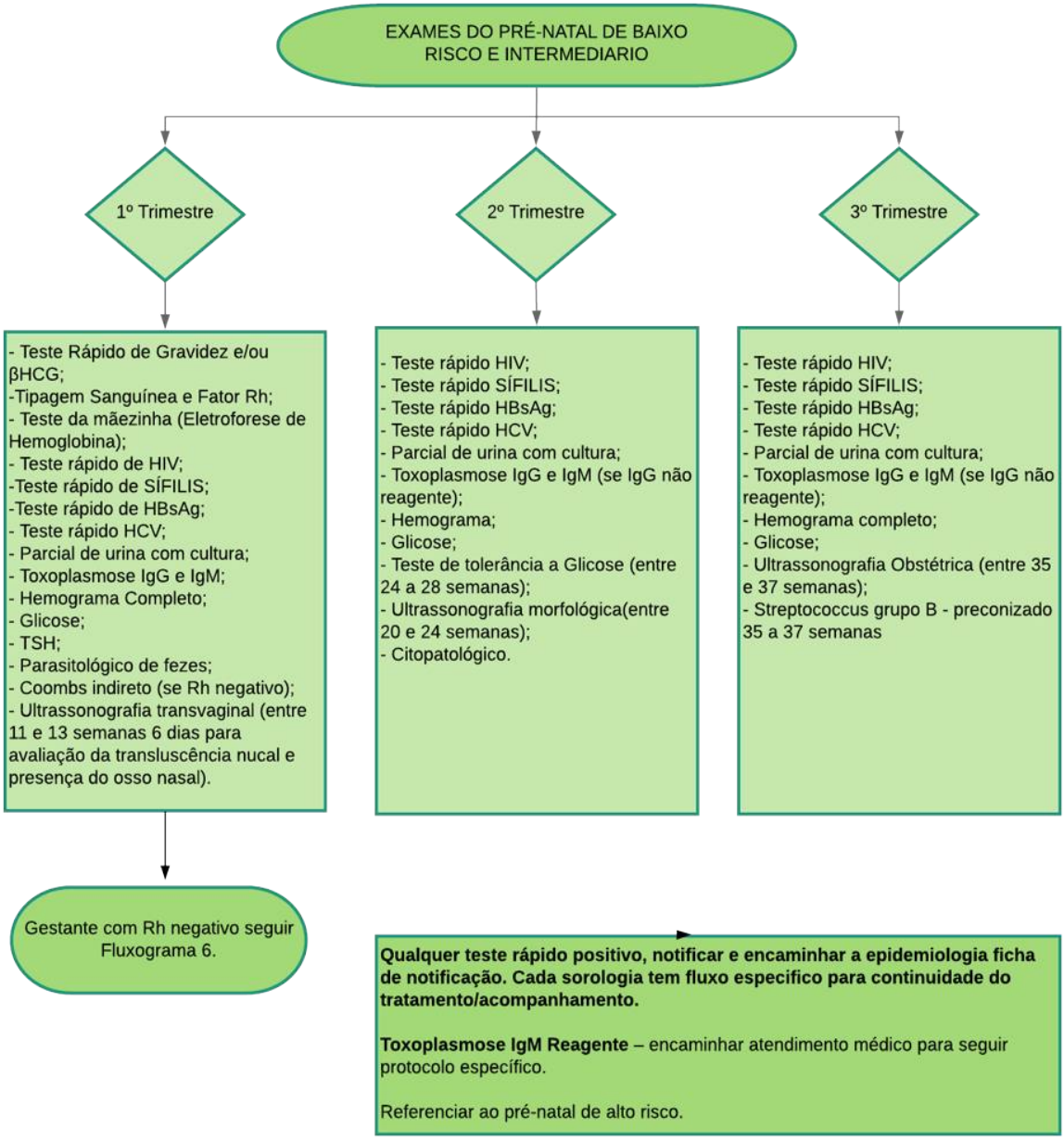
Manter acompanhamento na ATB por meio de consultas médicas e de enfermagem, visita domiciliar, busca ativa, busca de faltosas, ações educativas, realização de testes rápidos, exame citopatológico, vacinas, atentar a consulta do pré-natal do homem, vincular a maternidade, visita guiada, alimentar planilha de gestante e planilha de ITU/sifilis.

LEMBRAR QUE NÃO EXISTE ALTA DO PRÉ-NATAL DA UBS E APENAS TRANSFERÊNCIA QUANDO MUDANÇA DE ENDEREÇO.

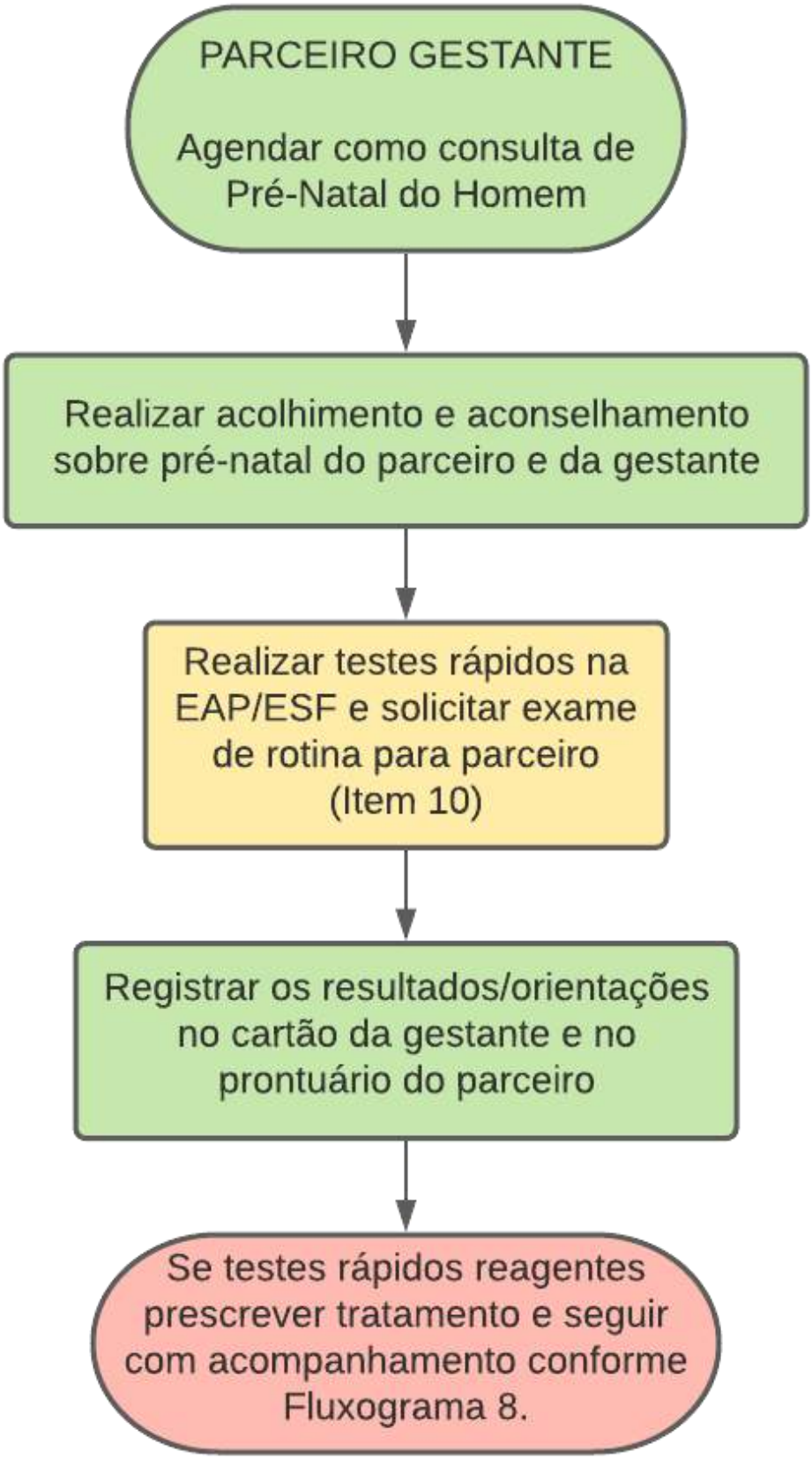
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL



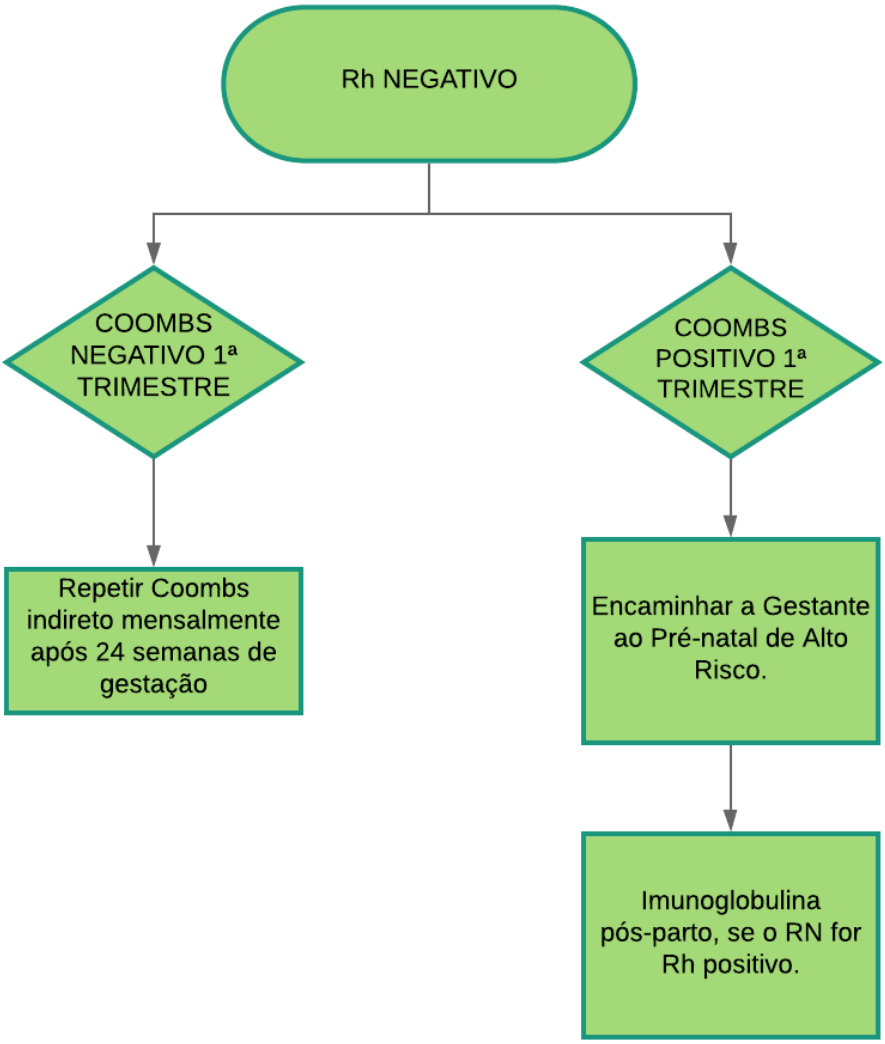
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS



FLUXOGRAMA 5 -– ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO



FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM Rh NEGATIVO



ATENTAR-SE

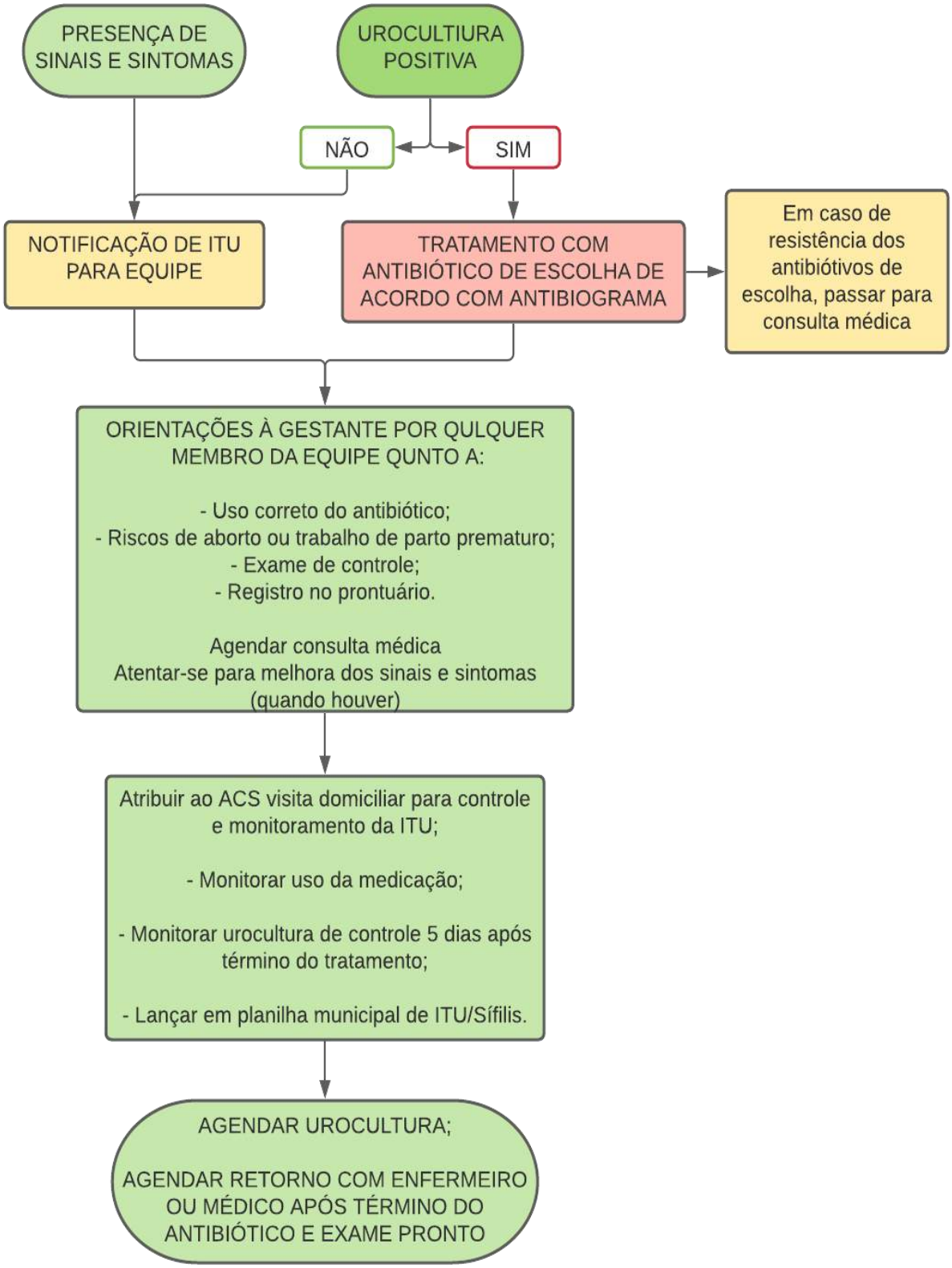
- **Orientar à gestante procurar o hospital de referência caso apresente qualquer sangramento;**

- Uma vez necessária a administração de imunoglobulina, será realizada no hospital sem necessidade de solicitação prévia;

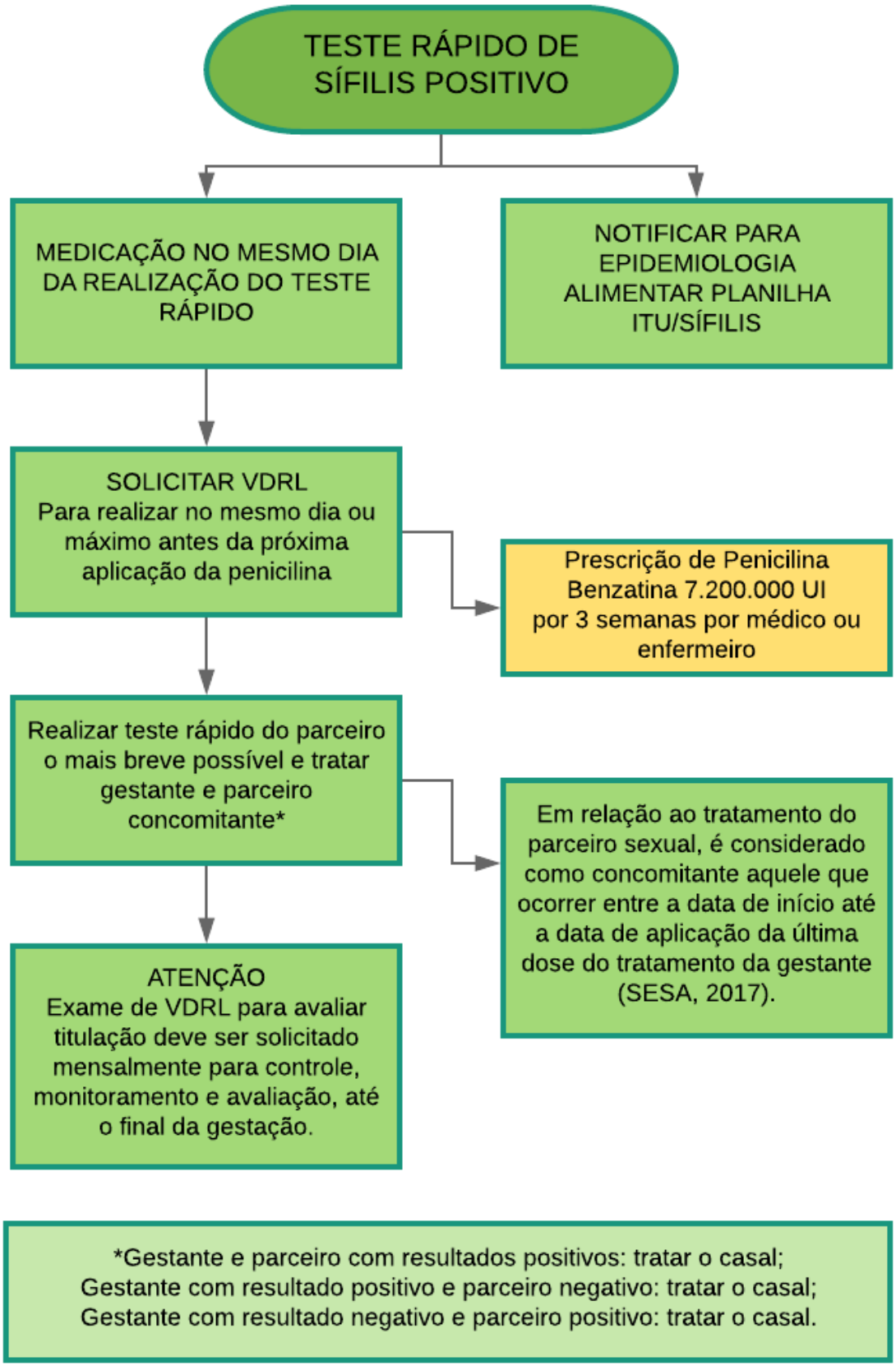
- Deve estar anotado em destaque no cartão da gestante e grampeado o exame laboratorial do qual atesta a necessidade da imunoglobulina Anti-Rh.

- Em casos de aborto que não constar no cartão da gestante a aplicação da imunoglobulina Anti-Rh, entrar em contato com hospital e posteriormente com o setor de epidemiologia, pois se não foi realizado a UBS deverá realizar a administração.

FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU

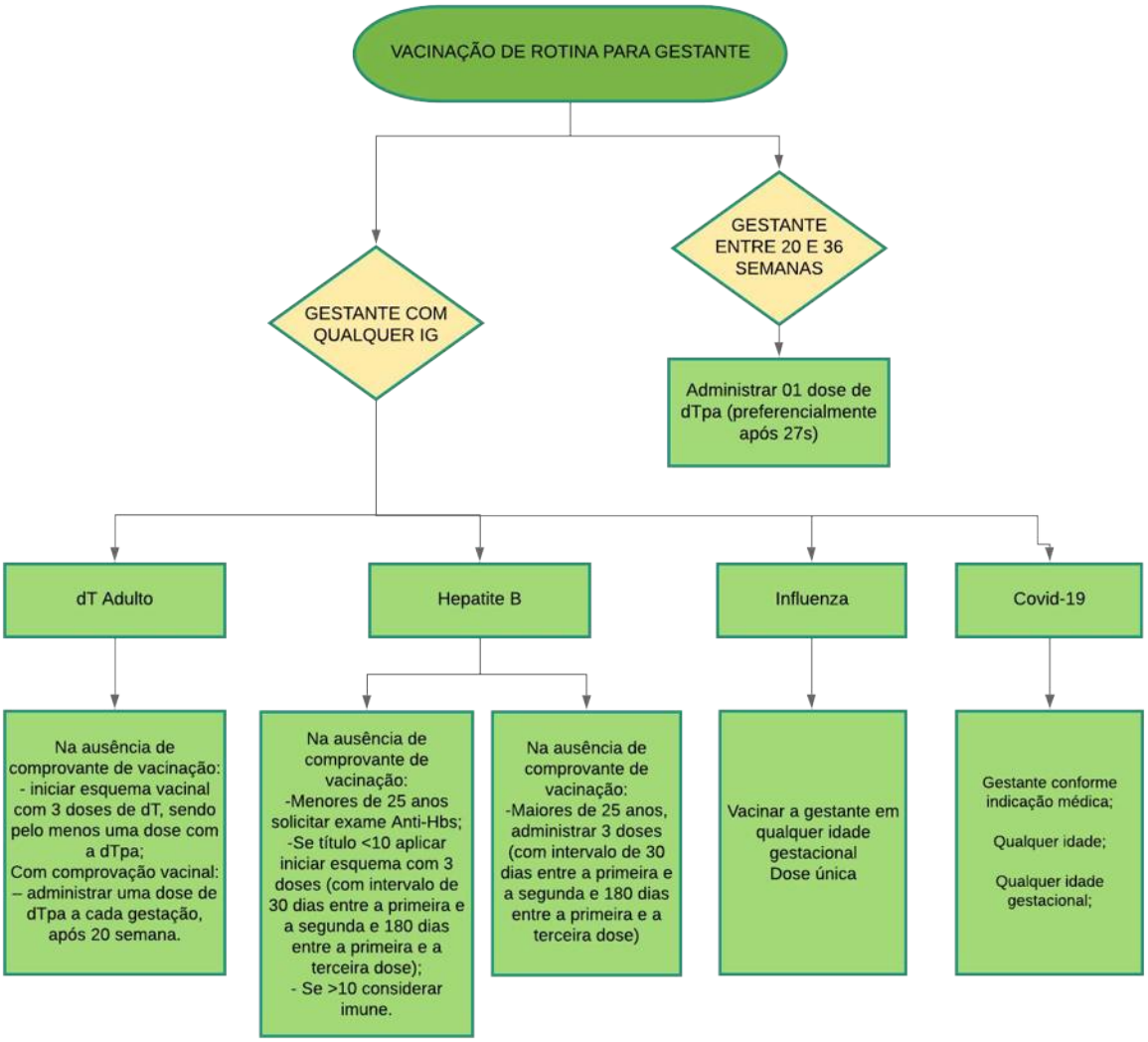


FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL

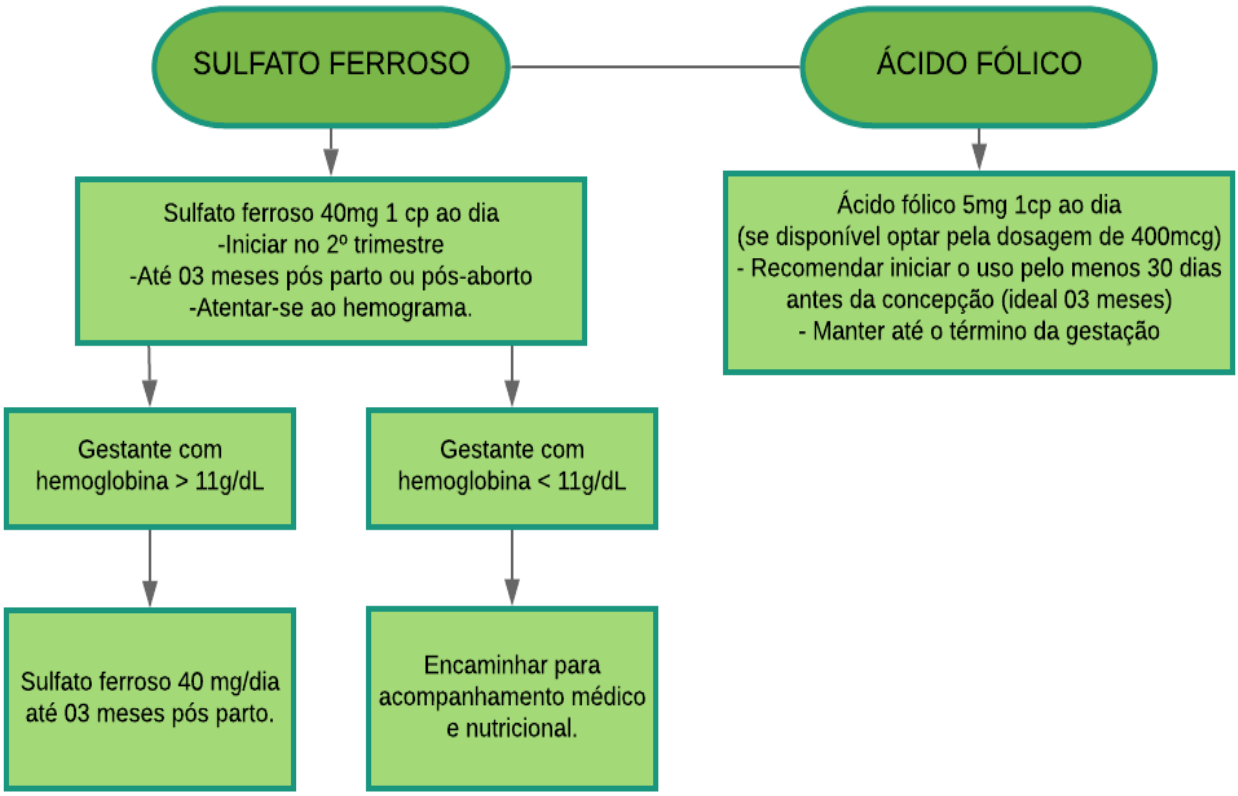


*Gestante e parceiro com resultados positivos: tratar o casal;
Gestante com resultado positivo e parceiro negativo: tratar o casal;
Gestante com resultado negativo e parceiro positivo: tratar o casal.

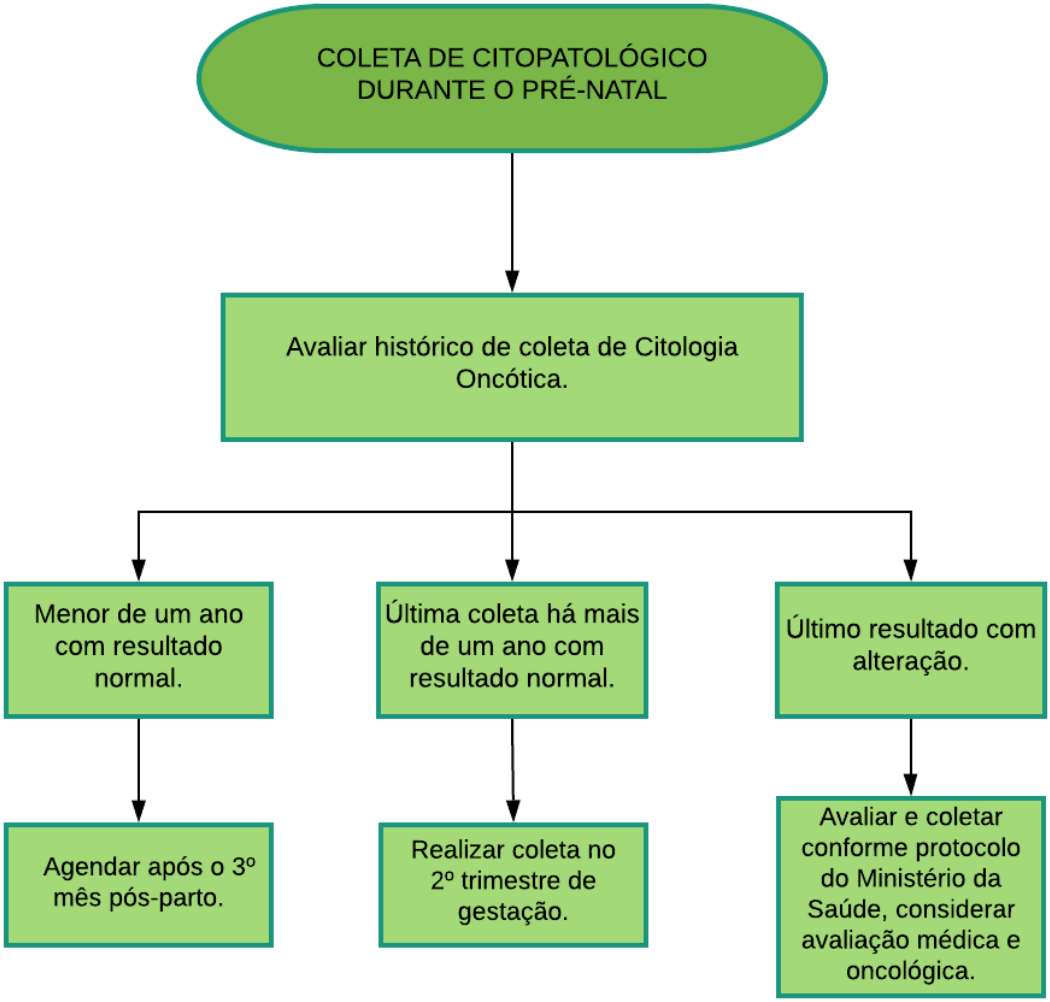
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE



FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO



FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES



ANEXO 1: TABAGISMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendada que se suspenda o uso do tabaco durante a gestação. Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de tabaco. Diante de resposta positiva ao uso de tabaco (pg.9 Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE DE FAGERSTROM: mede o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser feitas as gestantes, somados o número no final de cada resposta e avaliado o resultado no fim da página.

Teste de Fagerstrom	**Pontos**
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? • Dentro de 5 minutos (3) • 6-30 minutos (2) • 31-60 minutos (1) • Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? • Sim (1) • Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? • O primeiro da manhã (1) • Outros (0)	
4.Quantos cigarros você fuma por dia? • Menos de 10 (0) • De 11 a 20 (1) • De 21 a 30 (2) • Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? • Sim (1) • Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? • Sim (1) • Não (0)	
TOTAL DE PONTOS	

Resultado Teste de Fagerström:

Pontos	0-2	3-4	5	6-7	8-10
Dependência do tabaco	Muito baixa	Baixa	Média	Elevada	Muito elevada

ANEXO 2: ETILISMO

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool (pg.9 carteira da gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE T-ACE

T-ACE	**Respostas**
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	( ) Não bebo - 0 ponto ( ) Até duas doses – 1 ponto ( ) Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	( ) Não - 0 ponto ( ) Sim - 1 ponto
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool.

Fonte: Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

ANEXO 3: PLANO DE PARTO NORMAL

PLANO DE PARTO

AMBULATÓRIO DE GESTANTES e CRIANÇAS DE TOLEDO

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu(minha) filho(a). Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante: _____

Grau de parentesco: ( ) Parceiro(a) ( ) Mãe ( ) Amiga ( ) Outra ( ) nenhum

Quando ocorrer a participação de Doula, esta deverá estar devidamente cadastrada na instituição. Caso não esteja, deverá providenciar o cadastro, caso contrário ela não poderá atuar no seu atendimento.

1. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita as contrações):
( ) Sim ( ) Não ( ) não tenho preferências

2. Sobre ter a minha bolsa rompida (estourar a bolsa manualmente):
( ) Sim ( ) Não ( ) não tenho preferências

3. Se a minha bolsa romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto:
( ) induzir o parto, caso não haja contraindicação
( ) entrar em trabalho de parto espontaneamente
( ) não tenho preferência

4. Se eu chegar no final da gestação e não entrar em trabalho de parto espontaneamente:
( ) realizar indução do trabalho de parto
( ) não realizar indução do trabalho de parto
( ) não tenho preferências

5. Durante o trabalho de parto:
a) Quanto a alimentação:
( ) prefiro comer e ingerir líquidos
( ) prefiro ficar em jejum
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a deambulação (andar):
( ) prefiro poder caminhar e me movimentar
( ) prefiro ficar deitada
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto a dor:
( ) prefiro métodos não farmacológicos para controle da dor
( ) prefiro analgésicos para dor
( ) prefiro decidir na hora

d) quanto ao ambiente:
( ) prefiro ambiente com pouca luminosidade
( ) prefiro ambiente claro e luz acessa
( ) prefiro ambiente com aromas e música
( ) prefiro decidir na hora

6. Na hora do Parto:
a) quanto a posição:
( ) posição de minha preferência
( ) prefiro deitada na mesa de parto
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a episiotomia:
( ) prefiro que não seja realizada
( ) prefiro que seja realizada somente em caso de necessidade
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto ao nascimento do bebê:
( ) prefiro que seja colocado pele a pele ao nascer
( ) prefiro que seja avaliado logo de imediato pelo pediatra
( ) prefiro decidir na hora
d) quanto ao corte do cordão umbilical:
( ) prefiro que meu acompanhante realize o corte
( ) prefiro que o profissional corte
( ) prefiro decidir na hora

e) quanto a amamentação na sala de parto:
( ) prefiro que seja meu bebê seja colocado para mamar assim que nascer
( ) prefiro que seja colocado para mamar no quarto, quando estiver mais recuperada
( ) prefiro decidir na hora

7. Sobre os cuidados com o bebê:
a) quanto a aplicação do colírio:
( ) prefiro que não seja aplicado
( ) prefiro que seja aplicado
( ) prefiro decidir na hora

b) quanto a aplicação da vitamina K (kanakin):
( ) prefiro que não seja aplicado
( ) prefiro que seja aplicado
( ) prefiro decidir na hora

c) quanto a amamentação:
( ) quero amamentar sob livre demanda
( ) não quero e não vou amamentar
( ) prefiro decidir na hora

8. Observações e detalhes sugeridas por mim:

_____

_____

_____

_____

_____

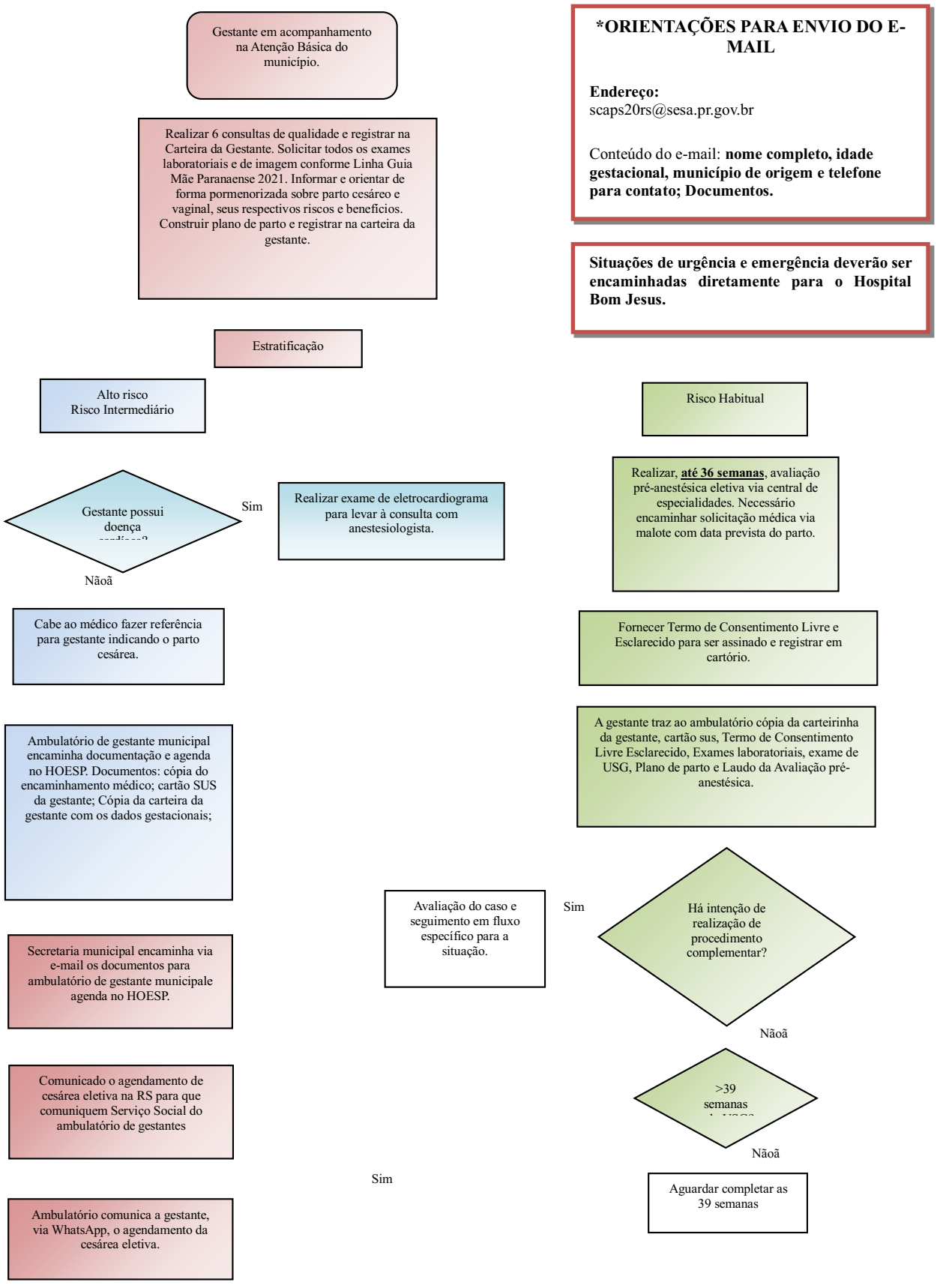
*Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Toledo-PR, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura com firma reconhecida

ANEXO 4: FLUXO CESÁREA ELETIVA



ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu,_____ _____, nacionalidade _____, portadora do RG nº _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____ _____, na cidade de_____, estado do_____, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.

Declaro ter ciência que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/PR_____ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (incisão da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho minha decisão de realizar parto cesárea.

Toledo, ____ de _____ de _____.

_____ Assinatura e RG da gestante

_____ Assinatura do Cônjuge

_____ Assinatura e carimbo do obstetra

ANEXO 6: PLANO DE PARTO CESARIANA:

PLANO DE PARTO – CESARIANA

Eu,_____,
estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos, porém desejo realizar cesariana eletiva após 39 semanas, pois não quero entrar em trabalho de parto.

Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

( ) Quero que seja meu acompanhante: _____

( ) Não desejo ter acompanhante.

( ) Desejo ter meu filho de parto cesariana, fui orientada sobre as condições e os riscos da minha escolha.

( ) Prefiro optar por cesariana eletiva por motivos particulares, já que minha gestação é baixo risco, e gostaria que fosse realizado após 39 semanas, se tudo estiver bem comigo e com o meu filho.

( ) Gostaria que meu filho fosse colocado em contato comigo logo após o nascimento ou entregue para o meu acompanhante, assim que liberado pelo obstetra e pediatra.

( ) Gostaria que fosse permitido fazer fotos do nascimento pela equipe de enfermagem ou pelo meu acompanhante.

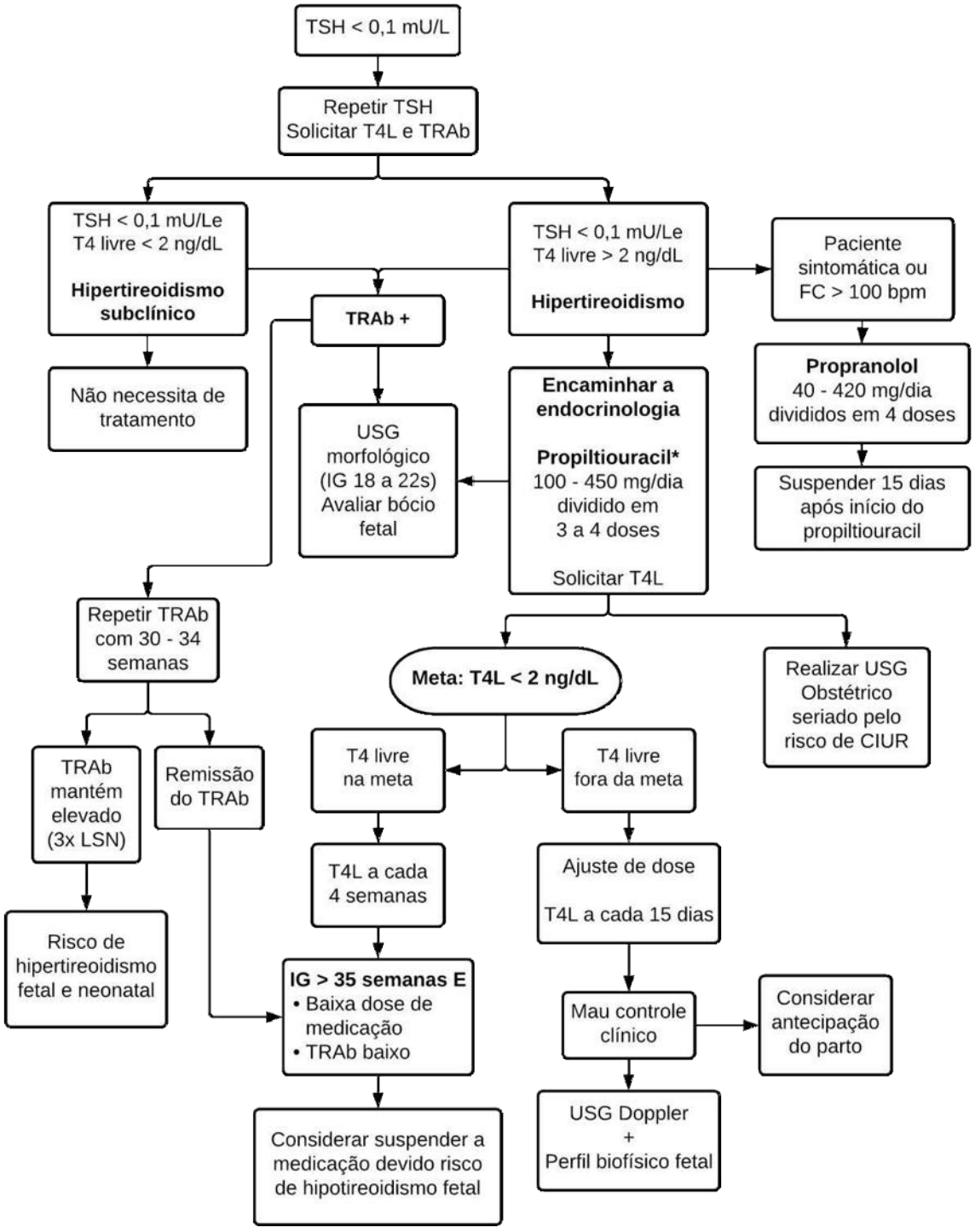
( ) Gostaria que o procedimento fosse realizado sem sedação, preferencialmente com o uso de anestesia raquidiana.

( ) Se possível gostaria que as minhas mãos não fossem amarradas durante a cesariana, mas entendo se não for possível.

Toledo, _____de _____ de _____.

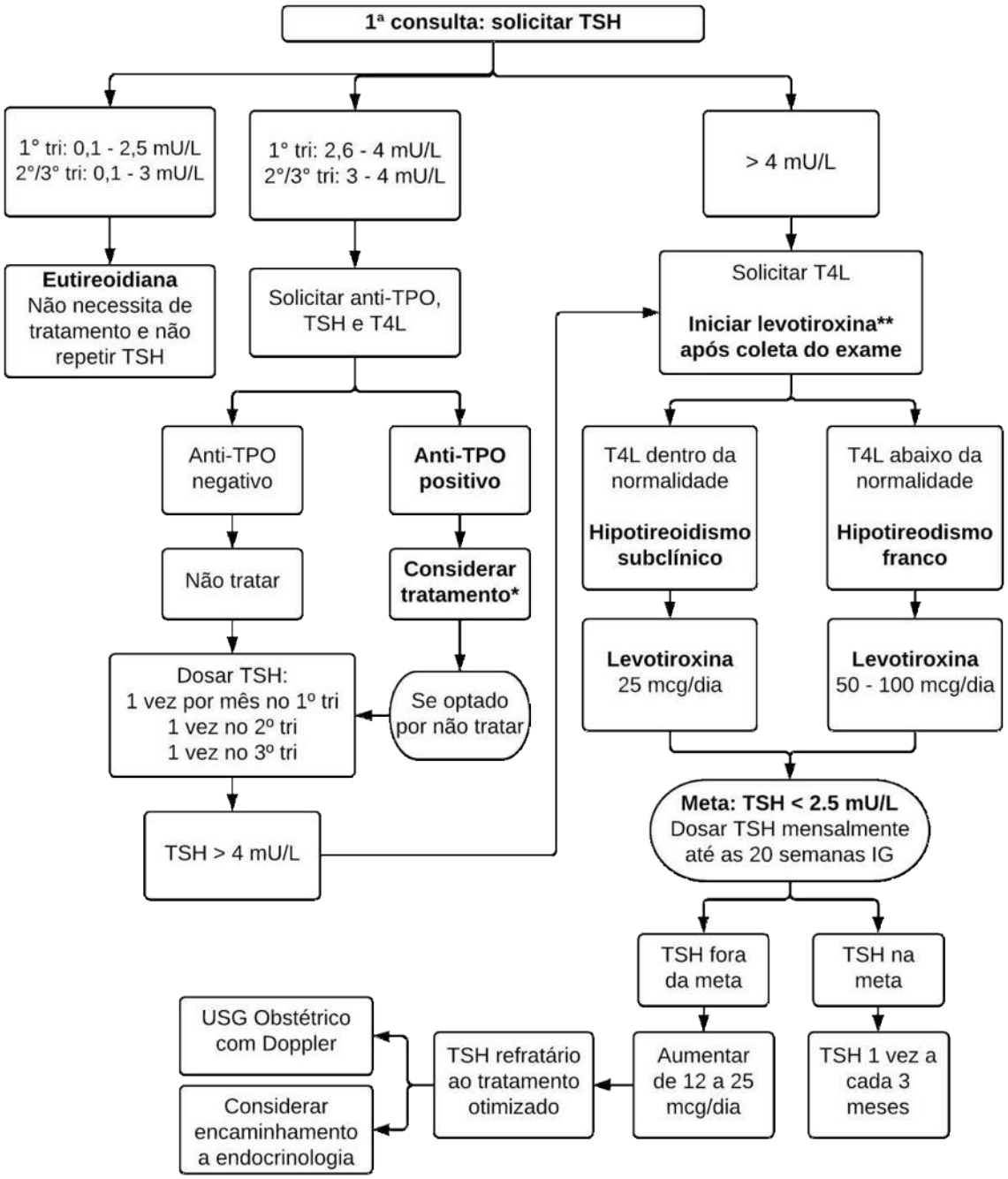
Assinatura: _____

ANEXO 7: FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES



Hipertireoidismo transitório pode ocorrer no 1º trimestre devido à aumento de TBG, falso-positivo devido resposta cruzada entre HCG e TBG ou associado a hiperêmese gravídica, normalmente sem sinais clínicos e não necessita de tratamento.	***Usar a menor dose possível para obter controle clínico e T4L dentro da normalidade**. Caso paciente com sintomas gastrointestinais exuberantes (avaliar hepatotoxicidade) ou baixa adesão ao propiltiouracil, considerar **metimazol** a partir da 16ª semana, com dose de 10 a 30 mg/dia. Na amamentação é permitido tanto o propiltiouracil (até 450 mg) quanto o metimazol (até 30 mg), sendo as medicações administradas após as mamadas, e com monitorização da função tireoidiana do recém-nascido.
Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.	**Referências:** 1. Doenças da. tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021. 2. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment. UpToDate, 2021.

ANEXO 8: FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES



Hipotireoidismo anterior a gestação:
Aumentar em 30% a dose de levotiroxina em uso.
Seguir fluxo do hipotireoidismo franco.

*Considerar história de abortos de repetição (≥ 3 abortos consecutivos) e história familiar. Se optado por tratar, administrar levotiroxina 50 mcg/dia.
**Iniciar com levotiroxina 25 mcg/dia e ajustar após obter o valor do T4 livre
Se dúvidas, entrar em contato com obstetra responsável pelo matriciamento

Seguimento pós-parto

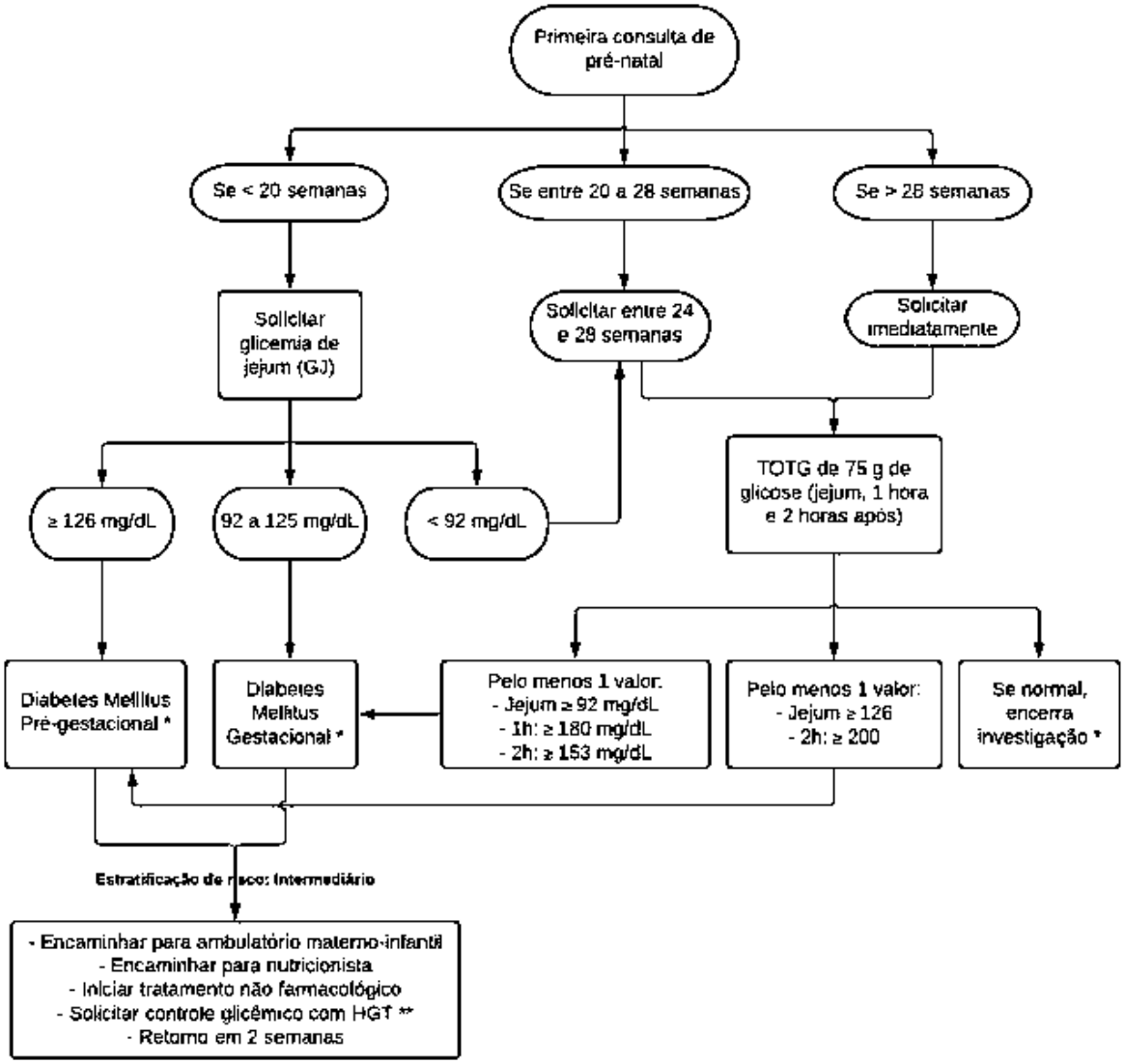
- Hipotireoidismo prévio: reduzir levotiroxina para a dose pré-gestacional e dosar TSH em 6 semanas
- Hipotireoidismo gestacional: suspender levotiroxina e dosar TSH em 6 semanas

Referências:
1. Doenças da. tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
2. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate, 2021.
Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

ANEXO 9: FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 1



GJ: glicemia de jejum. TOTG: teste oral de tolerância a glicose.

* Após o diagnóstico, não solicitar GJ ou TOTG.

** Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

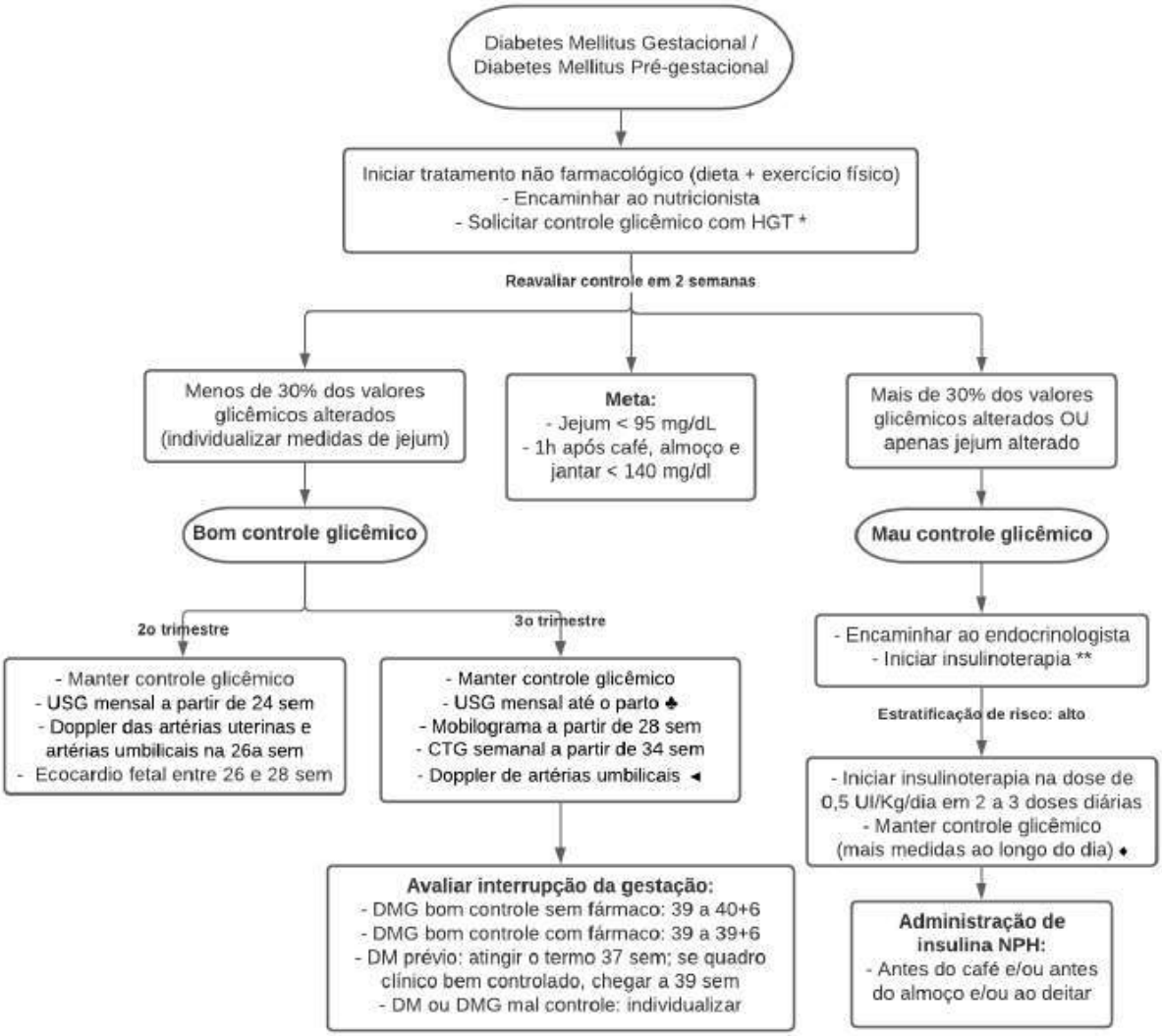
Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MANEJO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 2



TOTG: teste oral de tolerância a glicose. Não deve ser realizado após o diagnóstico.

* Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

** Não há necessidade de solicitar novas GJ ou TOTG durante o pré-natal.

♦ Medidas para controle glicêmico em uso de insulina: jejum, 1h após o café, antes do almoço, 1h após o almoço, antes da janta, 1h após o jantar e as 22 horas. Quando com bom controle, fazer 4 medidas ao dia, jejum sempre e alternando os outros períodos.

♣ Em caso de suspeita de restrição de crescimento ou feto grande para idade gestacional realizar avaliação a cada 15 dias.

◄ Solicitar se houver hipertensão arterial sistêmica, toxemia ou vasculopatia

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose de 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO E TIRAS DE HGT

NOME DA PACIENTE:

SOLICITO:

1. GLICOSÍMETRO 01 un

2. TIRAS DE HGT 120un

**REALIZAR CONTROLE GLICÊMICO 4X/DIA.

CIAP: W85

CID: O24.9

_____

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: **//*****

MODELO DE CONTROLE DE HGT EM GESTANTES:

FAZER CONTROLE DA GLICEMIA CAPILAR (HGT) 4 VEZES AO DIA:

JEJUM, 1 HORA APÓS CAFÉ- DA-MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR

VALORES ALVO: JEJUM <=95, 1 HORA APÓS COMER <=140

NOME GESTANTE: _____

DATA	JEJUM	1h PÓS CAFÉ	1h PÓS ALMOÇO	1h PÓS JANTA

ORIENTAÇÕES PARA DIABETES GESTACIONAL:

Tenho Diabetes Gestacional, e agora?

A Diabetes é uma doença que aumenta o açúcar, que chamamos de glicose, no sangue.

O sangue da mãe com muita glicose passa para o bebê pela placenta.

Aumentam as chances de complicações na gestação quando você não tem conhecimento ou controle.

O que pode acontecer comigo?

Infecção de urina • Pressão alta • Parto prematuro • Maior risco de hemorragia pós-parto • Maior risco de diabetes no futuro • Morte materna

E com o bebê?

Peso maior que 4 Kg, com dificuldades no parto e fraturas • Problemas na respiração • Hipoglicemia (baixa de glicose) • Icterícia (pele amarela) • Morte

O que tenho que fazer?

Manter valores de glicemia normais

Anotar os valores e levar em todas as consultas.

Fazer 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e 2 a 3 lanches (um no meio da manhã, um no meio da tarde, um antes de se deitar)

SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Tente não ficar muito tempo sem comer.

FAZER ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física diminui a glicose do sangue e deve ser realizada por 30 minutos 4 a 5 vezes por semana. Atividades como caminhada, hidroginástica, pilates, yoga, natação, etc.

CONTROLE DA GLICEMIA

O controle da glicose é feito com um aparelho (glicosmetro), na lateral dos dedos das mãos.

Inicialmente deve ser feito 4 vezes no dia (jejum, 1 hora após iniciar a alimentação, no café-da-manhã, almoço e jantar).

Anote sua glicemia em um diário de glicemia. Isto é importante para o seu controle e durante as consultas de pré-natal, nutricionista e endocrinologista.

COMO DEVEM FICAR AS MEDIDAS

Jejum: menor ou igual a 95 mg/ dl

1 Hora após o início das principais refeições: menor ou igual a 140 mg/ dl

2 Horas após o início das principais refeições: menor ou igual a 120 mg/ dl

No aparelho, podem aparecer umas letras: HI: glicemia acima de 600 mg/dl*

LO: glicemia abaixo de 10 mg/dl*

*** os valores podem variar de acordo com a marca.**

ATENÇÃO!!! SE ISSO ACONTECER, PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO.

COMO MEDIR SUA GLICEMIA

1. Lavar as mãos ou passar álcool 70. Secar bem.
2. Furar o dedo na lateral.
3. Preencher todo o espaço da fita, com a gota de sangue.
4. Descartar as lancetas e fitas usadas, em um frasco de plástico rígido vazio (amaciante ou água sanitária).
5. Anotar o valor da glicemia no diário.
6. Fazer o rodízio dos dedos.

SIGA AS ORIENTAÇÕES E FAÇA TODOS OS EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL. SE A GLICEMIA NÃO CONTROLAR COM DIETA E ATIVIDADE FÍSICA, VOCÊ PODE PRECISAR DE MEDICAMENTOS COMO INSULINA.

O QUE VOCÊ DEVE COMER AO DIA?

→ PORÇÕES TOTAIS DO DIA

1. Verduras e legumes à vontade (alface, couve, abobrinha, etc);
2. 01 porção de feijões ou oleaginosas (feijão, soja, lentilha, amendoim, castanha, etc);
3. 02 porções de carne ou ovos;
4. 01 porção de óleos ou gorduras (manteiga, margarina, azeite, óleo, etc);
5. 03 porções de legumes de raiz (abóbora, cenoura, chuchu, quiabo, vagem, etc);

6. 03 porções de frutas (maçã, banana, abacaxi, laranja, etc);
7. 03 porções de leite ou derivados (queijo, iogurte, coalhada, etc);
8. 05 porções de carboidratos (macarrão, arroz, angu, batata, mandioca, farofa, pães, bolos, biscoitos, etc).

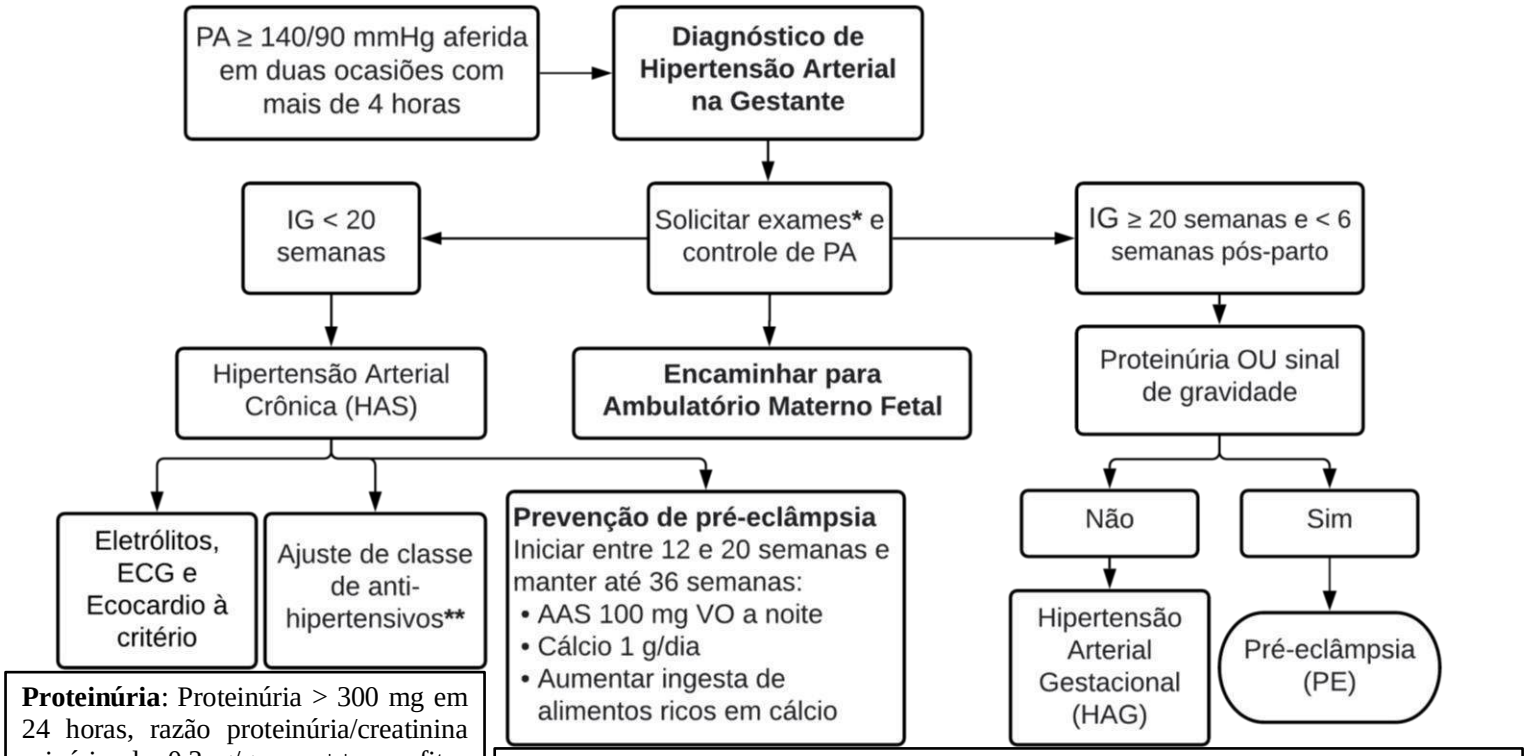
PREFIRA ALIMENTOS INTEGRAIS (Pão integral, arroz integral, etc)
EVITE SUCOS DE FRUTAS (mesmo natural sem açúcar) E REFRIGERANTES.
EVITE TODOS OS TIPOS DE DOCES: AÇUCAR, AÇUCAR MASCAVO, MEL, MELADO, CHOCOLATE. SE PRECISAR ADOÇAR, PREFIRO O ADOÇANTE DE ESTÉVIA.

ORIENTAÇÕES GERAIS NO DIAGNÓSTICO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

• Não pular refeições.
• Avaliar o controle glicêmico 1 hora após a primeira garfada da refeição.
• Não tomar nenhum medicamento quando em jejum para controle do HGT.
• Atividade física preferível: caminhadas diárias.
• Se usa insulina, aguardar 10 segundos após a aplicação da insulina para retirar a agulha.
• Fazer um diário alimentar 1 semana antes da consulta com nutricionista.
• Sempre levar a folha anotada com o controle glicêmico nas consultas médicas e nutricionista**.**

ANEXO 10: FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Manejo da Hipertensão Arterial em Gestantes



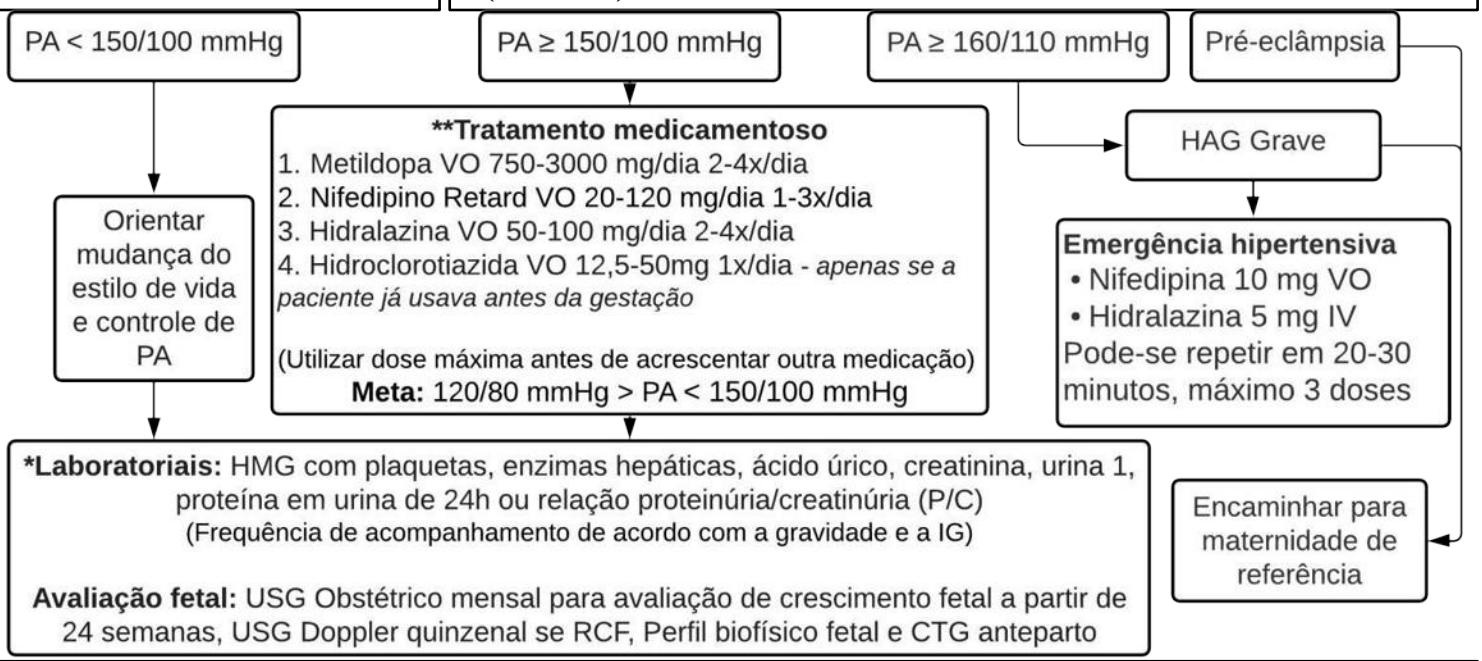
Proteinúria: Proteinúria > 300 mg em 24 horas, razão proteinúria/creatinina urinária de 0,3 g/g, ou ++ em fitas reagentes

Sinais de gravidade: trombocitopenia(< 100.000), creatinina > 1,1 mg/dL ou 2x creatinina basal, elevação de 2x das transaminases hepáticas, edema agudo de pulmão, dor abdominal, sintomas visuais ou cefaleia, convulsões, sem outros diagnósticos alternativos.

Prevenção de pré-eclâmpsia, para todas as gestantes que possuem:

1 fator de alto risco:
- HA crônica
- DM 1, 2 ou gestacional
- PE prévia com desfecho fetal adverso
- Gestação múltipla
- Doença renal
- Doença autoimune (LES/SAAF)

OU2 ou mais fatores de risco moderado:
- Nuliparidade
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2)
- História familiar de PE (mãe ou irmã)
- Idade ≥ 35 anos
- Negra ou baixo nível socioeconômico
- História obstétrica prévia ruim (PIG, Prematuridade, baixo peso, > 10 anos de intervalo interpartal)



Referências:1. Gestacional Hypertension. UpToDate, 2021. 2. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. ArqBrasCardiol, 2020.3. Hipertensão arterial crônica e gravidez. FEBRASGO, 2019.**Autores**: Roberto Pimenta, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

ANEXO 11: LISTA DE EXAMES PARA SEREM SOLICITADOS

EXAMES LABORATORIAIS:

- Hemograma completo;
- Glicose de Jejum; Glicose pós-prandial; TOTG;
- TSH; T4 livre; Anti-TPO; Trab;
- Toxoplasmose IGM/IGG; Teste de avidez IGG;
- Urina; Urocultura; Antibiograma; Proteinúria de 24h;
- EPF;
- Swab para streptococcus tipo B;
- Tipagem sanguínea + fator RH; Eletroforese de hemoglobina;
- Tipagem sanguínea + fator RH e Eletroforese de hemoglobina do parceiro;
- TGO; TGP
- Creatinina; Ureia;
- Teste rápido de HIV, Elisa, Western Blot;
- Teste rápido Sífilis, VDRL, FTA-ABS;
- Teste rápido Hepatite B; Anti-hbs, HbsAg, Anti-HbeAg, HbeAg, Anti-HBC total, Anti-HBC IgM e IgG, PCR;
- Teste rápido Hepatite C; PCR.

EXAMES DE IMAGEM:

- USG Endovaginal; USG Transvaginal;
- USG Obstétrica; USG Obstétrica Morfológica; USG Obstétrica com Doppler;
- USG Obstétrica gemelar; USG Obstétrica Morfológica gemelar; USG Obstétrica com Doppler gemelar;
- Ecocardiograma fetal;
- Cardiotocografia**;

CONTROLE DE HGT:

- Glicosímero;
- Fitas de HGT;
- Lancetas de HGT;

CONTROLE DE PRESSÃO:

- Aferição de pressão diária;

ANEXO 12: LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO

- Nutricionista: Gestante com obesidade III (mórbida); diabetes gestacional, diabética prévia, hipertensa mal controlada; baixo peso; alteração da abrupta da curva de peso;

- Psicólogo: Gestantes estratificadas – encaminhara para Psicóloga Tereza – Ambulatório de Saúde Mental

- Endocrinologista: Gestante com diabetes gestacional ou diabética prévia com mal controle glicêmico e laboratorial;

- Cardiologista: Gestante cardiopata ou com mal controle pressórico;

- Ginecologista/Obstetra: Gestantes de risco intermediário e alto risco;

- Assistente Social: Gestantes em situação de vulnerabilidade social, pedido de laqueadura, pedido de cesárea eletiva;

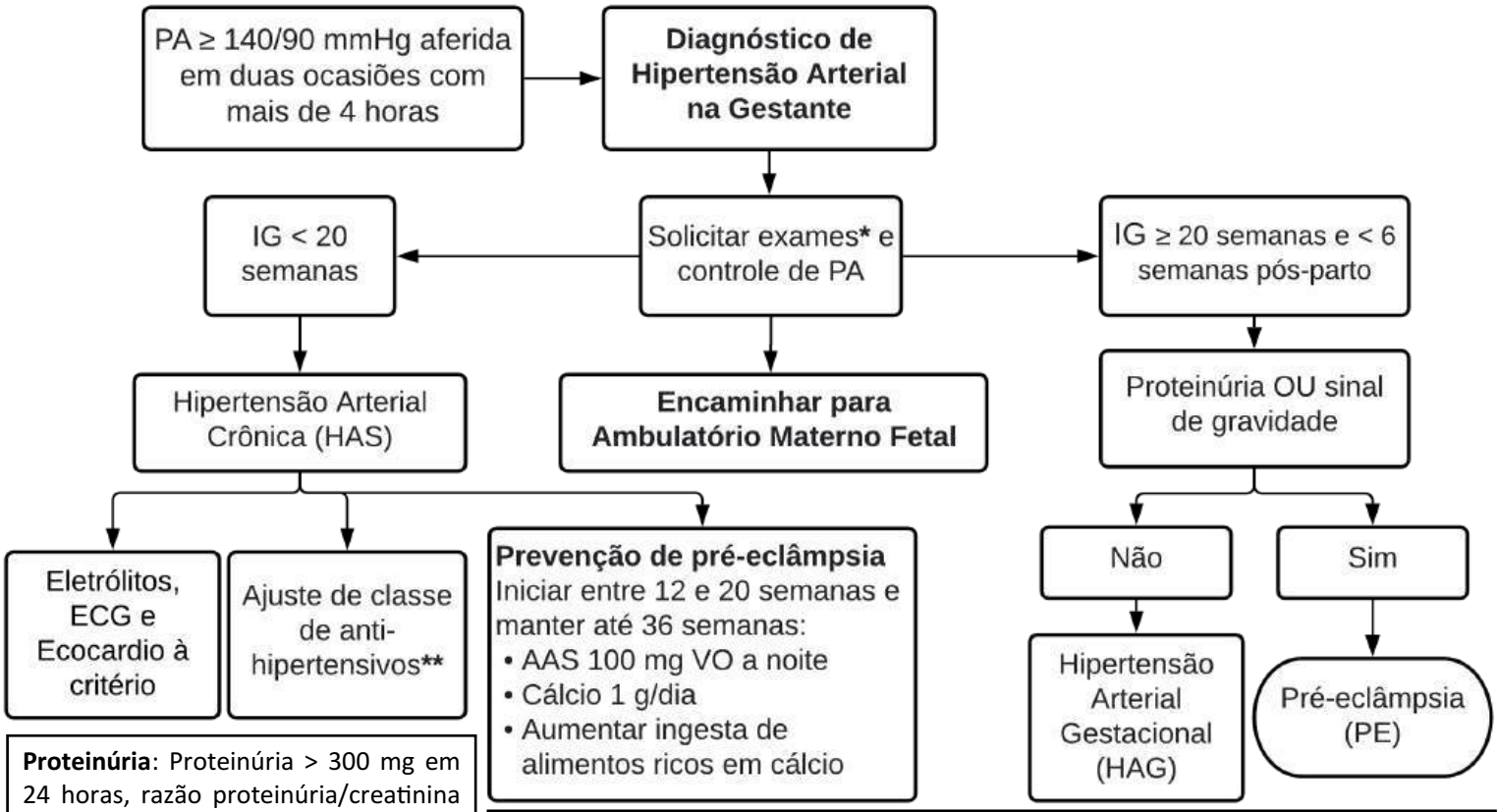
- Dentista: Gestante para avaliação odontológica na gestação e queixas odontológicas.

"Nenhum de nós é tão bom, quanto todos nós juntos"

Ray Kroc

Ambulatório Materno Fetal

Fluxograma 3: Manejo da Hipertensão Arterial em Gestantes



Proteinúria: Proteinúria > 300 mg em 24 horas, razão proteinúria/creatinina urinária de 0,3 g/g, ou ++ em fitas reagentes

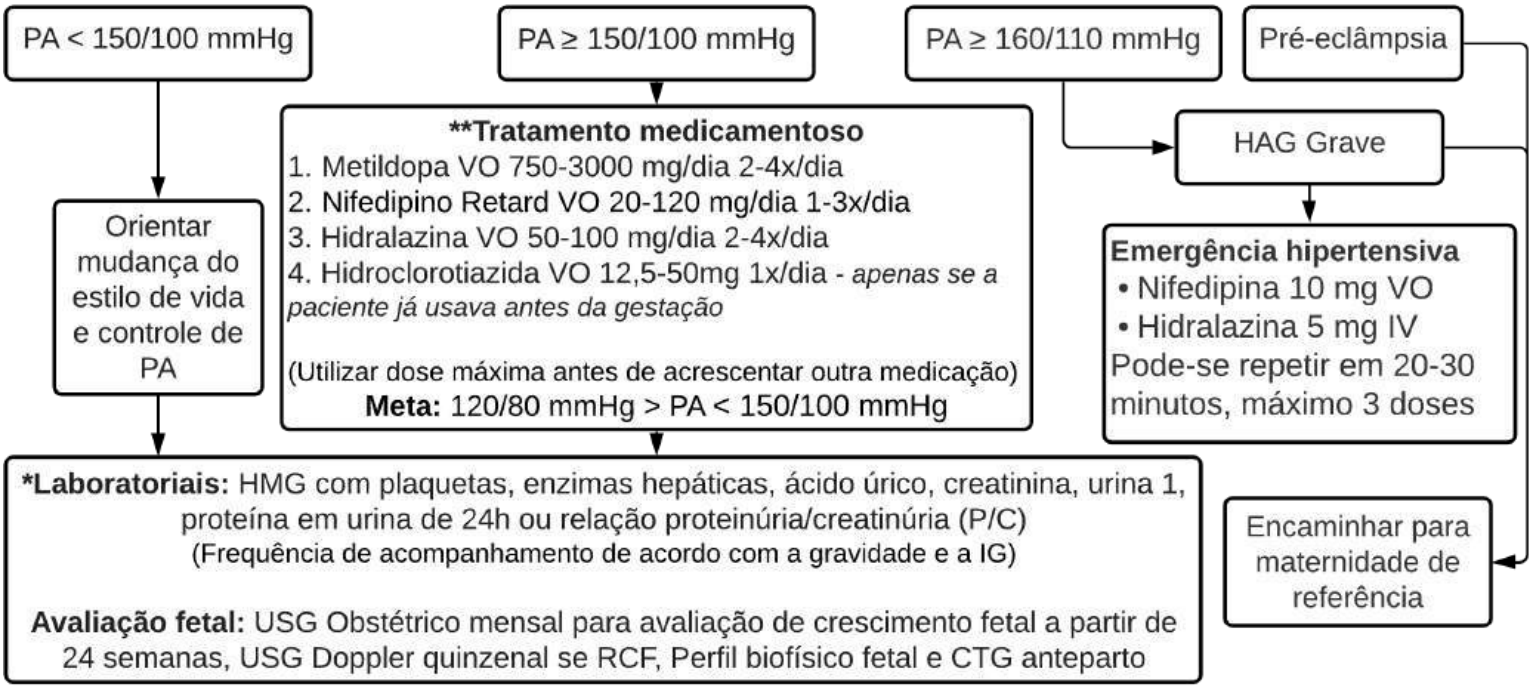
Sinais de gravidade: trombocitopenia (< 100.000), creatinina > 1,1 mg/dL ou 2x creatinina basal, elevação de 2x das transaminases hepáticas, edema agudo de pulmão, dor abdominal, sintomas visuais ou cefaleia, convulsões, sem outros diagnósticos

Prevenção de pré-eclâmpsia, para todas as gestantes que possuem:

1 fator de alto risco:
- HA crônica
- DM 1, 2 ou gestacional
- PE prévia com desfecho fetal adverso
- Gestação múltipla
- Doença renal
- Doença autoimune (LES/SAAF)

OU 2 ou mais fatores de risco moderado:
- Nuliparidade
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2)
- História familiar de PE (mãe ou irmã)
- Idade ≥ 35 anos
- Negra
- História obstétrica prévia ruim (PIG, Prematuridade, baixo peso, > 10 anos de intervalo interpartal)

Referências: 1. Gestacional Hypertension. UpToDate, 2021. 2. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, 2020. 3. Hipertensão arterial crônica e gravidez. FEBRASGO, 2019. **Autores**: Roberto Pimenta, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

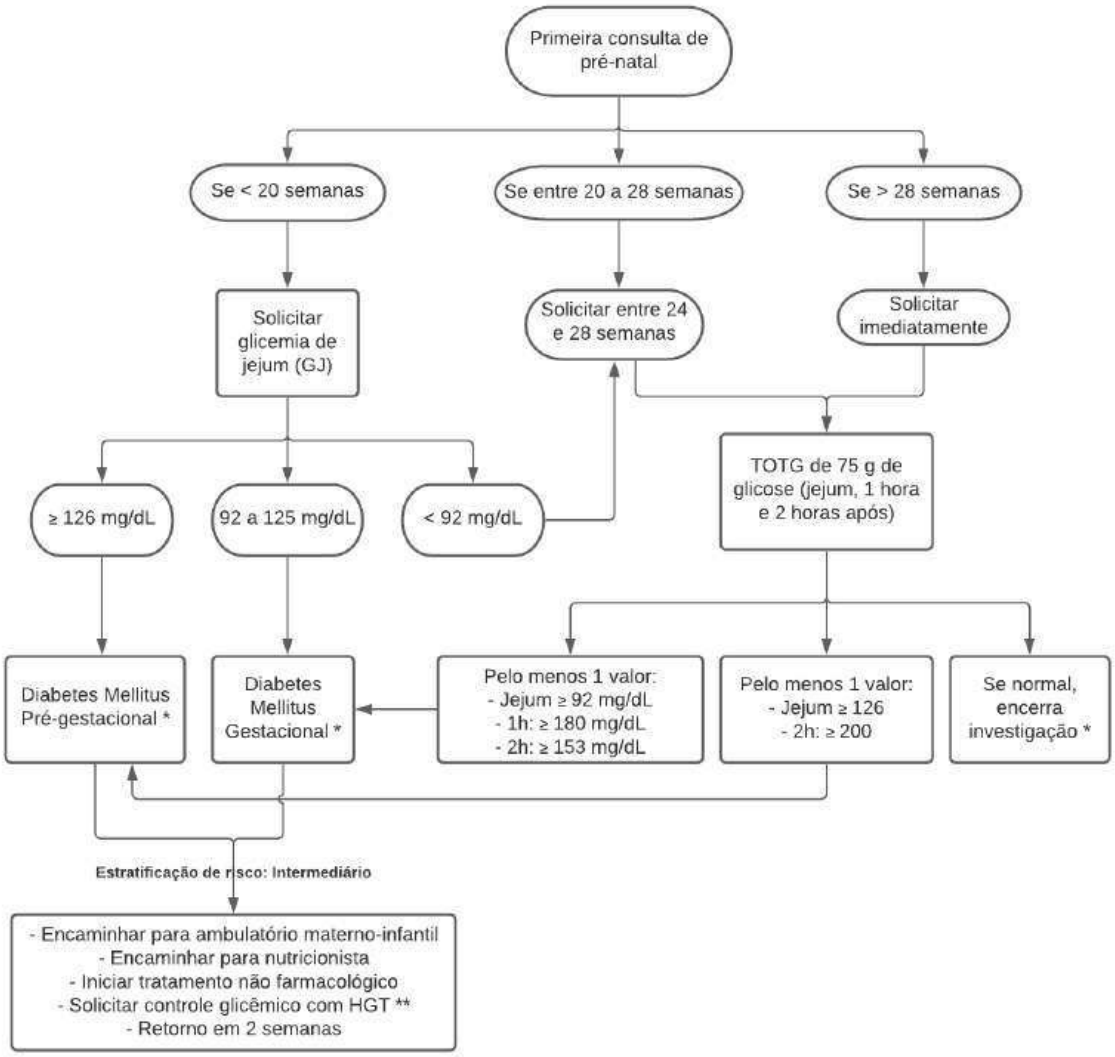


Secretaria da Saúde

TOLEDO PREFEITURA

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 1



GJ: glicemia de jejum. TOTG: teste oral de tolerância a glicose.

* Após o diagnóstico, não solicitar GJ ou TOTG.

** Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

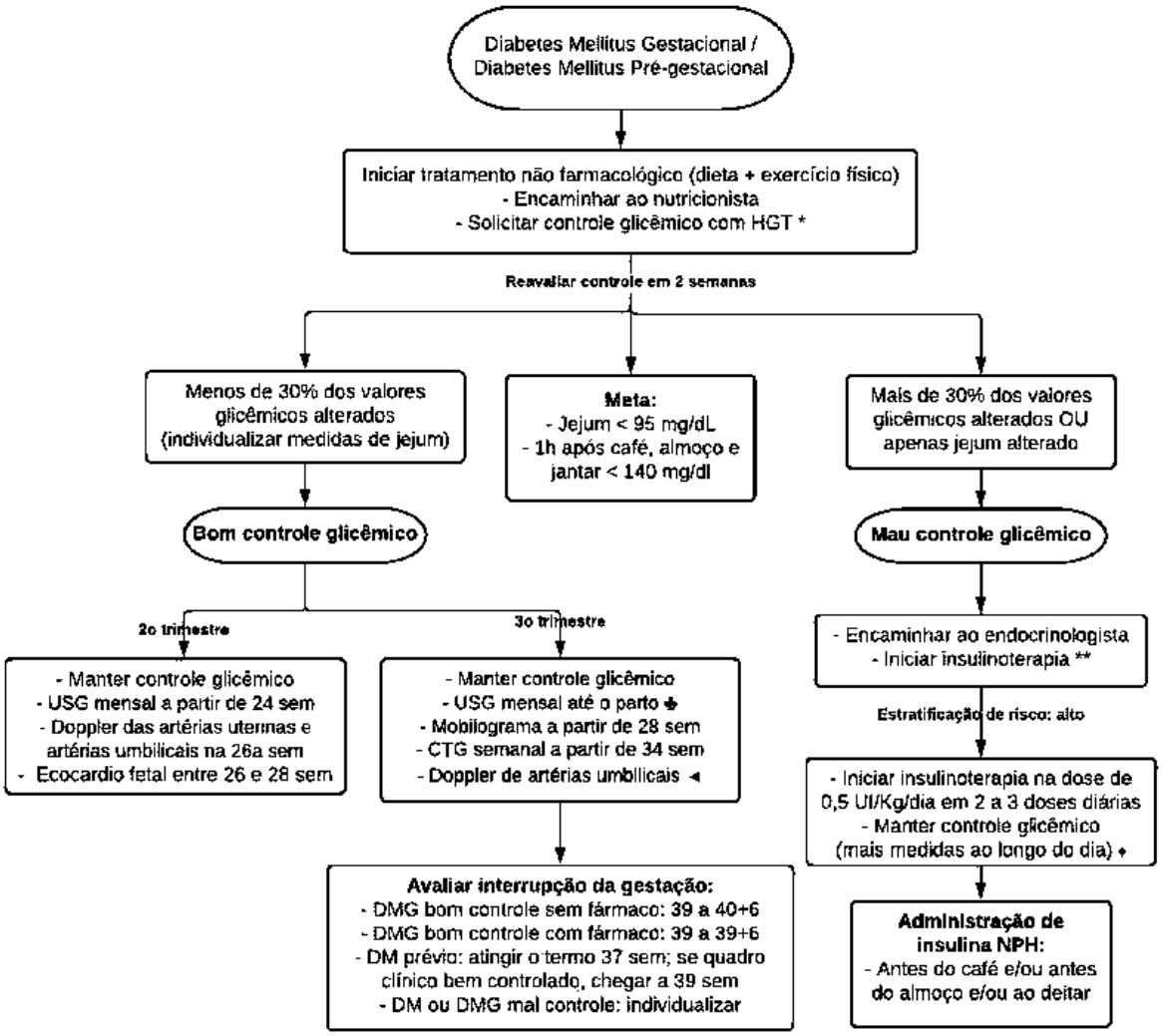
Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

Secretaria da Saúde

TOLEDO PREFEITURA

MANEJO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 2



TOTG: teste oral de tolerância a glicose. Não deve ser realizado após o diagnóstico.

* Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

** Não há necessidade de solicitar novas GJ ou TOTG durante o pré-natal.

♦ Medidas para controle glicêmico em uso de insulina: jejum, 1h após o café, antes do almoço, 1h após o almoço, antes da janta, 1h após o jantar e as 22 horas. Quando com bom controle, fazer 4 medidas ao dia, jejum sempre e alternando os outros períodos.

♣ Em caso de suspeita de restrição de crescimento ou feto grande para idade gestacional realizar avaliação a cada 15 dias.

◄ Solicitar se houver hipertensão arterial sistêmica, toxemia ou vasculopatia

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose de 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

ORIENTAÇÕES GERAIS NO DIAGNÓSTICO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

- Não pular refeições.
- Avaliar o controle glicêmico 1 hora após a primeira garfada da refeição.
- Não tomar nenhum medicamento quando em jejum para controle do HGT.
- Atividade física preferível: caminhadas diárias.
- Se usa insulina, aguardar 10 segundos após a aplicação da insulina para retirar a agulha.
- Fazer um diário alimentar 1 semana antes da consulta com nutricionista.
- Sempre levar a folha anotada com o controle glicêmico nas consultas médicas e nutricionista.

TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

PROTOCOLO Nº 2

2ª EDIÇÃO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

PROTOCOLO Nº 2

2ª EDIÇÃO

TOLEDO, OUTUBRO DE 2020.

Prefeito

Lúcio de Marchi

Vice-Prefeito

João Batista C. de Souza Furlan

Secretário de Saúde

Denise Liell

Autores 1ª edição (Agosto de 2015)

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Autores 2ª edição

Andressa Caroline Silva Gottardi - Enfermeira

Carla Caroline Campanelli Moreira - Enfermeira

Claudia Bonifácio Andrade – Enfermeira

Claudia Terezinha Frohlich - Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Fernanda Bitencourtt - Enfermeira

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Kiussa Taina Geteins Vidal Cintra – Enfermeira

Márcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

Revisores

Adriane Monteiro Santana - Farmacêutica

Ana Carolina Pasini De Oliveira – Enfermeira

Andreia Sincero De Sá - Ginecologista E Obstetra

Cristina Matter - Enfermeira

Eunice Manoela De Oliveira - Enfermeira

Fabio Oliveira De Freitas – Médico De Família E Comunidade

Fernando Pedrotti - Médico De Família E Comunidade

John Lennon Dos Santos Vetorato – Enfermeiro

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman - Enfermeira

Mariana Marassi – Ginecologista E Obstetra

Marcos Fernandes Soares - Enfermeiro

Melissa Rafaela Furtado Herrmann Contini - Enfermeira

Raquel Wammes Schwab - Enfermeira

Samantha Cindy Werkhauser Schrremberger – Enfermeira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. JUSTIFICATIVA 10
3. OBJETIVO GERAL 10
4. EQUIPE RESPONSÁVEL 10
5. POPULAÇÃO ALVO 10
6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO 11
7. PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO 11
7.1 O que é Prevenção Combinada? 11
7.2 O que é sexo seguro? 11
8. ADOLESCENTES 12
9. RASTREAMENTO DE IST 13
10. HISTÓRIA SEXUAL E AVALIAÇÃO DE RISCO 14
11. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM 15
11.1 Saúde sexual 15
11.2 Identificação 15
11.3 Parcerias 16
11.4 Práticas sexuais 16
11.5 História de IST 16
11.6 Proteção 16
11.7 Planejamento reprodutivo 16
11.8 Perguntas a serem feitas a todos os pacientes adolescentes 17
11.9 Exame físico 18
11.10 Exame genital masculino 18
11.11 Exame genital feminino 18
12. ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM IST 19
13. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE 21
13.1 Candidíase vulvovaginal 22
13.1.1 Diagnóstico de candidíase vulvovaginal 22
13.2 Vaginose bacteriana 24
13.2.1 Diagnóstico de vaginose bacteriana 24
13.2.2 Tratamento 25
13.3 Tricomoníase 26

13.3.1 Diagnóstico da Tricomoníase....26
13.3.2 Tratamento....27
13.4 Cervicite....27
13.4.1 Tratamento das cervicites....28
14. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL....28
14.1 Uretrite gonocócica....28
14.2 Uretrite não gonocócica....29
14.3 Tratamento....30
15. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL....30
15.1.1 Manifestações clínicas de sífilis adquirida....31
15.1.3 Interpretação dos testes imunológicos e condutas....33
15.1.4 Tratamento e monitoramento da Sífilis....35
15.1.5 Monitoramento pós-tratamento....36
15.1.6 Parcerias Sexuais....37
15.2 Herpes genital....37
15.2.1 Tratamento....39
15.3 Cancroide....40
15.3.1 Tratamento....41
15.4 Linfogranuloma venéreo (LGV)....41
15.4.1 Tratamento....42
15.5 Donovanose....42
15.5.1 Tratamento....43
16. INFECÇÃO PELO HPV....43
16.1 Apresentações subclínicas do HPV....43
16.2 Manifestações clínicas do HPV....44
16.3 Diagnóstico do HPV....44
16.4 Prevenção do HPV....45
16.5 Tratamento....46
17. HIV E HEPATITES VIRAIS....47
17.1 Pacientes HIV/AIDS....47
17.2 Pacientes HEPATITES VIRAIS....48
18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....48
19. FLUXOGRAMAS....49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rastreamento de IST por subgrupo populacional 13
Quadro 2 - Tratamento da Candidíase Vulvovaginal 23
Quadro 3 - Tratamento da Vaginose Bacteriana 25
Quadro 4 - Tratamento da Tricomoníase 27
Quadro 5 - Tratamento das cervicites 28
Quadro 6 - Tratamento das Uretrites 30
Quadro 7 - Estágios e Manifestações clínicas da Sífilis Adquirida 31
Quadro 8 - Diagnóstico sífilis por testes imunológicos no município de Toledo 32
Quadro 9 - Resultados testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis 33
Quadro 10 - Tratamento e monitoramento da Sífilis 35
Quadro 11 - Tratamento da herpes genital 39
Quadro 12 - Indicação da vacina HPV 45
Quadro 13 – Tratamento dos condilomas 46

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Corrimento vaginal e cervicite.....51
Fluxograma 2 - Corrimento uretral.....52
Fluxograma 3 - Úlceras genitais.....53

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são a principal causa de morbidez no adulto, sendo responsáveis por inúmeras mortes em todo o mundo. Apesar da incidência, vários problemas envolvem seu manejo, dentre os quais se ressalta o desconhecimento da população quanto à forma de transmissão e prevenção, bem como a demora em iniciar o tratamento efetivo, possibilitando a disseminação da doença não tratada (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2020) a saúde sexual é uma estratégia para a promoção da saúde e do desenvolvimento humano e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor.

A sexualidade é definida como uma questão essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (BRASIL, 2020).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2020).

Durante a consulta de enfermagem, o profissional enfermeiro deverá adotar alguns eixos norteadores no seu processo de trabalho para facilitar o raciocínio diagnóstico:

1. Anamnese completa e detalhada;
2. Exame clínico e genital minucioso;
3. Elucidação diagnóstica;
4. Tratamento;
5. Aconselhamento.

Entende-se que o aconselhamento deverá englobar orientações referentes à doença em questão, seus riscos e consequências, prevenção de outros agravos transmissíveis, identificação e tratamento das parcerias sexuais, além do esclarecimento e oferecimento de testagens para HIV, Sífilis e Hepatites virais.

Com base na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, ficou estabelecido que os **enfermeiros podem realizar a consulta de enfermagem, prescrever e administrar medicamentos de acordo com os protocolos pactuados e aprovados em programas de saúde pública.** As orientações sobre o ato de prescrever medicamentos ou solicitar exames laboratoriais foram divulgadas na Resolução COFEN 317/2007 (COFEN, 2007), devendo ser realizado mediante a elaboração efetiva da sistematização da assistência de enfermagem prevista na Resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009).

Para os tratamentos, a base será o Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde, (2020).

2. JUSTIFICATIVA

O tratamento imediato e eficiente das IST é fundamental para o seu controle. Deve ter como princípios a cura da doença, a prevenção das complicações e sequelas e impedir a cadeia de transmissão.

3. OBJETIVO GERAL

Realizar em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados, com a finalidade de interromper a cadeia de transmissão e prevenir complicações e novas ocorrências das IST.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toledo-PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde atendidos nas unidades de saúde do município de Toledo-PR, com sinais, sintomas ou suspeita de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO

Agendamento ou demanda espontânea.

7. PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

A percepção dos riscos de adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa, e sofre mudanças ao longo da vida. A prevenção dessas infecções impulsiona a continuidade de projetos pessoais, como relacionamentos, filhos(as) e vida sexual saudável. Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes. A seguir, será detalhado o que é Prevenção Combinada e sexo seguro como ferramentas colaboradoras para a gestão de risco de cada pessoa. É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de ajudá-la a reconhecer e minimizar seu risco.

7.1 O que é Prevenção Combinada?

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo.

7.2 O que é sexo seguro?

Geralmente, o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos. Por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, ele possui limitações. Assim, outras medidas de prevenção são importantes e complementares para uma prática sexual segura, como as apresentadas a seguir:

- Usar preservativo;
- Imunizar para Hepatite A, Hepatite B e HPV;
- Conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is);
- Testar regularmente para HIV e outras IST;
- Tratar todas as pessoas vivendo com HIV – PVHIV
- Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncótica);
- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;

- Conhecer e ter acesso à anticoncepção e concepção;
- Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado.

Nesse sentido, é essencial ampliar as possibilidades de prevenção e tornar o cenário mais completo e efetivo.

8. ADOLESCENTES

A maneira como os adolescentes expressam e vivem a sexualidade é influenciada por vários fatores, como a qualidade de suas relações emocionais e afetivas, vividas com pessoas significativas na infância e na fase atual; a integração com seus pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais em decorrência do crescimento e desenvolvimento; o início da capacidade reprodutiva; as crenças, normas morais, mitos e tabus; e as tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos.

A abordagem ao adolescente deve respeitar sua autonomia, em conformidade com os princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde.

De acordo com a Nota Técnica nº 04/2017, do Departamento de ações programáticas estratégicas de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, sobre o direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsáveis e do Código de ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN 311/2007) no Art. 82, &4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou risco ao mesmo.

Portanto, é imprescindível o acolhimento e escuta ativa desse adolescente pela equipe de saúde e fica a cargo de cada profissional as condutas pertinentes a cada caso (tratamentos e acompanhamentos) sem a presença do responsável, de acordo com a legislação vigente. Enfatizando que todas as atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem devem ser registradas em prontuário do usuário, de acordo com a resolução COFEN nº429/2012 (COFEN, 2012).

9. RASTREAMENTO DE IST

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado.

Diferentemente de outros rastreamentos, como a mamografia para câncer de mama, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão. Quando não identificado e tratado o agravo na(s) parceria(s), este se perpetua na comunidade e expõe o indivíduo à reinfecção, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos.

O Quadro 1 descreve o rastreamento de IST recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária.

Quadro 2 - Rastreamento de IST por subgrupo populacional

QUEM	QUANDO		
	HIV	SÍFILIS	HEPATITES B e C
Adolescentes e jovens (<= 30 anos)	Anual	Anual	Ver frequência conforme outros subgrupos ou práticas sexuais
Gays	Semestral		Semestral
Trabalhadores do sexo	Semestral		Semestral
Travestis/ Transexuais	Semestral		Semestral
Pessoas que usam álcool e outras drogas	Semestral		Semestral
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após		No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico		-------
Pessoas com diagnóstico de Tuberculose	No momento do diagnóstico		
PVHIV	-------	Semestral	Anual
Violência sexual	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial, aos 3 e 6 meses após exposição
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativo	Semestral		
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	

Gestantes	Vide Protocolo de Assistência de Enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

Os dois principais fatores de risco para IST são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade mais baixa. Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos. Por esse motivo, foram incluídas no rastreamento anual as pessoas de até 30 anos de idade com vida sexualmente ativa. Caso a pessoa de 30 anos ou mais pertença a algum outro subgrupo populacional, deve-se optar pelo que for mais representativo.

Para o restante da população, a testagem para sífilis e demais IST não inclusa no Quadro 1 dependerá da avaliação de risco, devendo fazer parte da abordagem de gerenciamento de risco.

10. HISTÓRIA SEXUAL E AVALIAÇÃO DE RISCO: HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA CLÍNICA

Somente por meio de uma avaliação adequada é que se pode identificar o risco de uma pessoa para IST. Hipóteses e inferências sobre o risco de IST podem ser imprecisas. O investimento exclusivo em diagnósticos e tratamentos não será suficiente se não falarmos de sexo. É necessário conhecer a temática para conversar e reduzir o estigma relacionado às práticas sexuais e às IST.

Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente, há uma tendência em subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, os pacientes querem discutir sua saúde sexual, querem que o profissional aborde essa dimensão de sua vida. É importante que o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais.

Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é preciso primeiro ganhar a confiança do paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns; porém, é preferível que o profissional de saúde faça uma aproximação mais gradual, com o objetivo de construir uma relação de confiança, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico.

Nesse sentido, recomenda-se avisar ao paciente que as perguntas que você está fazendo são feitas para todos os pacientes adultos, independentemente de idade ou de estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Igualmente necessária é a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões de cada pessoa, visto que estas também podem contribuir para suas vulnerabilizações, principalmente em se tratando da prostituição.

Ao iniciar o assunto de forma gradual, podem-se utilizar metáforas, mas será necessário avançar para uma comunicação transparente e clara, abordando os pontos mais importantes para a avaliação de risco. Nesse segundo momento, ou para usuários com quem o profissional já estabeleceu uma relação de confiança prévia, para os quais uma abordagem inicial mais direta pode funcionar, algumas perguntas abertas e diretas podem ser usadas para uma comunicação mais transparente.

11. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Abaixo segue sugestão de perguntas norteadoras para a consulta de enfermagem, com algumas perguntas específicas que abordam os pontos mais importantes relacionados à vulnerabilidade em relação às IST. A partir das respostas, é possível ao profissional fazer uma avaliação de risco adequada e realizar o gerenciamento de risco junto com o paciente.

11.1 Saúde sexual

- “Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde sexual. Uma vez que a saúde sexual é muito importante para a saúde geral, sempre pergunto aos pacientes sobre isso. Se está tudo bem para você, eu vou fazer algumas perguntas sobre questões sexuais agora. Antes de começar, você tem dúvidas ou alguma preocupação em relação à sua saúde sexual que gostaria de discutir?”

11.2 Identificação

- O que você se considera ser (orientação sexual)? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
- “Qual é a sua identidade de gênero? Homem, mulher, homem trans, mulher trans, travesti, outra?”

11.3 Parcerias

- “Você já teve relações sexuais?”
- Se sim: “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?” (ou em outro período de tempo, de acordo com a avaliação clínica a ser realizada na consulta)
- “Você teve relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?”
- “Nos últimos três meses, você teve relações sexuais com alguém que não conhecia ou acabou de conhecer?”
- “Você já foi forçado(a) ou pressionado(a) a ter relações sexuais?”

11.4 Práticas sexuais

- “Nos últimos três meses, que tipos de sexo você teve? Anal? Vaginal? Oral? Receptivo (passivo), insertivo (ativo), ambos (passivo e ativo)?”
- “Você ou sua parceria usou álcool ou drogas quando você fez sexo?”
- “Você já trocou sexo por drogas ou dinheiro?”

11.5 História de IST

- “Você já teve uma IST?”
- Se sim: “Qual? Onde foi a infecção? Quando foi? Você tratou? Sua parceria tratou?”
- “Você já foi testado(a) para o HIV, sífilis, hepatite B/C?”
- Se sim: “Há quanto tempo foi esse teste? Qual foi o resultado?”

11.6 Proteção

- “O que você faz para se proteger das IST, incluindo o HIV?”
- “Quando você usa essa proteção? Com quais parcerias?”
- “Você foi vacinado contra hepatite B? HPV?”

11.7 Planejamento reprodutivo

- “Você tem algum desejo de ter (mais) filhos(as)?”
- Se sim: “Quantos filhos(as) você gostaria de ter? Quando você gostaria de ter um filho? O que você e sua parceria estão fazendo para evitar a gravidez até este momento?”

- Se não: “Você está fazendo alguma coisa para evitar a gravidez?” (Certifique-se de fazer as mesmas perguntas também a pacientes trans que ainda possuem órgãos reprodutivos femininos)

11.8 Perguntas a serem feitas uma vez por ano a todos os pacientes adolescentes

Explique ao pai/mãe/cuidador que você gostaria de ter uma parte de cada consulta sozinho com o(a) adolescente. O tempo sozinho com os adolescentes é fundamental para discutir tópicos sensíveis, como a saúde sexual, e os prepara para assumir a responsabilidade pelos seus cuidados de saúde. Certifique-se de que pai/mãe/cuidador será convidado de volta para completar a consulta.

Comece com tópicos menos ameaçadores, como escola ou atividades cotidianas, antes de avançar para tópicos mais sensíveis, como drogas e sexualidade. Faça perguntas abertas para facilitar a conversação.

- “Eu vou fazer algumas perguntas que eu pergunto a todos os meus pacientes. Essa informação é importante e me ajudará saber como melhor oferecer o cuidado para você. Suas respostas serão mantidas confidenciais; então, fale livremente. Pode ser que algumas vezes talvez seja necessário compartilhar essa informação com outras pessoas”.
- “Quais perguntas você tem sobre seu corpo e/ou sobre sexo?”
- “Seu corpo muda muito durante a adolescência e, embora isso seja normal, também pode ser confuso. Alguns dos pacientes sentem que são mais um menino ou uma menina, ou mesmo outra coisa, enquanto seu corpo muda de outra maneira. Como isso aconteceu com você?”
- “Como você descreveria sua orientação sexual? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
- “Você já teve relações sexuais com alguém? Por sexo, quero dizer sexo vaginal, oral ou anal”.

A partir do resultado da história sexual, é possível realizar uma adequada avaliação do estilo de vida do usuário. Nesse momento, é fundamental olhar para a Prevenção Combinada e, junto com o usuário, pactuar ações de prevenção individualizadas. A abordagem da história sexual deve ser repetida de acordo com o perfil do usuário e a pactuação das ações a cada consulta.

11.9 Exame físico

O Exame Físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido cefalocaudal.

Deve-se rotineiramente examinar pele, mucosas e palpar os gânglios de todos os segmentos corporais, observando particularmente a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e genitais.

Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada, etc.) no abdômen, dorso, couro cabeludo e principalmente na região perineal, deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão. O diagnóstico das IST não pode se basear em sinais isolados, mas sim em um conjunto de informações (anamnese completa) e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

11.10 Exame genital masculino

Para uma melhor inspeção, tanto na região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deverá estar em pé ou sentado em plano superior ao examinador, com as pernas afastadas. Para a região anorretal, o paciente deverá curvar-se para frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou deitado em decúbito lateral com leve ante flexão do tronco e da coxa não encostada na maca. Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras, etc. Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular ou processo inflamatório da bolsa escrotal e, se necessário realizar compressão da glande buscando confirmar corrimento uretral.

11.11 Exame genital feminino

O examinador deverá descrever todos os procedimentos a serem realizados na usuária, ressaltando o fato de que todo o material a ser utilizado é esterilizado ou descartável. O exame deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica.

No exame estático deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações e ulcerações. Para o exame dinâmico deve-se colocar os dedos indicador e médio na região que corresponde as glândulas de Bartholin

(aproximadamente as 5 e 7 horas) e tracioná-las para baixo e para fora. Com isso pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta, solicitando-se à paciente para aumentar a pressão intra-abdominal, que pode ser conseguido através da solicitação para que a mesma tussa.

O exame especular deverá ser feito, após breve explicação sobre o instrumento a paciente. A coleta do exame citopatológico, deverá sempre ser o primeiro procedimento a ser realizado. Coloca-se o espéculo descartável sempre com uma inclinação de 75º, pressionando levemente a parede posterior da vagina, usando o dedo indicador e médio para expor o introito vaginal (evitando o traumatismo de uretra e bexiga); observar coloração e pregueamento vaginal, além do aspecto do colo uterino, principalmente do muco cervical; notar a presença ou não de secreções, tumorações, ulcerações, lacerações e roturas. A retirada do espéculo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espéculo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que causará dor e traumatismo uretral.

Se disponível na unidade, realizar durante o exame especular:

- Teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo);

  OU

- Coleta de material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” – em uma lâmina ou chumaço de gaze, acrescentar uma gota de KOH 10% sobre o conteúdo vaginal coletado, sendo positivo se apresentar cheiro de peixe podre);

Não há indicação de rastreamento por meio destes testes em mulheres assintomáticas.

12. ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico são importantes elementos na abordagem das pessoas com IST. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para:

- Gonorreia;
- Clamídia;
- Sífilis;
- HIV;
- Hepatite B;

- Hepatite C.

As amostras para os exames rápidos devem ser colhidas no momento da primeira consulta e solicitados os exames laboratoriais, se necessários. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientações de tratamento, além da definição de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção no serviço. Para tanto, o profissional deve promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas (a maioria) ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST corretamente diagnosticada ou tratada. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a reinfecção ou a infecção de sua parceira sexual.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores quando o acesso ao tratamento é menor. A vigilância epidemiológica e o manejo dos contatos sexuais também são estratégias para alcançar e tratar todas as pessoas infectadas.

Todas essas intervenções devem ser acompanhadas pela promoção da busca adequada aos serviços de saúde. Os demais passos estão ligados ao acesso a serviços de qualidade, envolvendo infraestrutura, equipamentos, insumos, recursos financeiros e humanos e educação permanente. Esses serviços devem ter condições mínimas de atendimento, além de estar inseridos em uma rede de atenção que possibilite o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.

O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato, com o menor tempo de espera possível, podendo esse período ser aproveitado para a realização de ações de informação/educação em saúde individual e coletiva. O atendimento imediato de uma pessoa com IST não é apenas uma ação curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes das infecções.

Vale ressaltar que o enfermeiro deve realizar o monitoramento do tratamento de todos os pacientes com IST, utilizando de instrumentos como planilhas, relatórios de CIAP, busca ativa, controle de dispensação de medicamentos, entre outros.

13. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Entre as causas não infecciosas do corrimento vaginal, incluem-se drenagem de excessivo material mucoide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa) ou presença de corpo estranho. Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (líquen, psoríase).

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- IST (tricomoníase, infecção por C. trachomatis e N. gonorrhoeae).

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico.

As mulheres com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem orientadas sobre as diferenças entre as ITR. O diagnóstico de uma IST tem implicações que estão ausentes nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais. É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico.

A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. Daí a necessidade de indagar sobre:

- Consistência, cor e alterações no odor do corrimento;
- Presença de prurido; e/ou
- Irritação local.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, abrangendo informações sobre:

- Comportamentos e práticas sexuais;
- Data da última menstruação;
- Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos; e/ ou
- Outros potenciais agentes irritantes locais.

Orientações de enfermagem para corrimentos vaginais:

- Manter um estilo de vida saudável e reduzir o estresse;
- Evitar alimentos com alto teor de açúcar e manter atividades físicas;
- Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível;
- Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro;
- Evitar desodorantes e produtos perfumados na região íntima;
- Não realizar ducha vaginal;
- Evitar o uso de absorventes diários;
- Evitar roupas apertadas e de tecidos grossos por períodos prolongados;
- Atentar-se para as condições laborais (locais frios, úmidos, trabalho muito tempo sentada).

13.1 Candidíase Vulvovaginal

Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres serão colonizadas por Candida spp., de forma assintomática, sem requerer tratamento. Fatores que predispõem à candidíase vulvovaginal:

- Gravidez;
- Obesidade;
- Diabetes mellitus (descompensado);
- Uso de corticoides;
- Uso de antibióticos;
- Uso de contraceptivos orais;
- Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência);
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);
- Infecção pelo HIV.

13.1.1 Diagnóstico de candidíase vulvovaginal

Clinicamente, a paciente pode referir os seguintes sinais e sintomas, diante de uma CVV clássica:

- Prurido;

- Ardência;
- Corrimento geralmente grumoso, sem odor;
- Dispareunia de introito vaginal; e
- Disúria externa.

Os sinais característicos são:

- Eritema e fissuras vulvares;
- Corrimento grumoso, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca;
- Edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas pelo ato de coçar.

13.1.2 Tratamento:

Quadro 3 - Tratamento da Candidíase Vulvovaginal

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única **OU** Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 1 dia
CVV complicada ou recorrente (Recorrência em menos de 30 dias ou 4 episódios ou mais no ano)	**Encaminhar para avaliação médica**
Observações: ➢ As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas; ➢ Tratamento de gestantes e lactantes: Vide Protocolo de Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo; ➢ Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.2 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) é a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não) e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com predomínio de Gardnerella vaginalis, seguida de Atopobium vaginae, Mobiluncus spp., Mobiluncus curtesii, Mobinculus mulieris, Bacteroides spp., Prevotella spp., Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum e Streptococcus agalactie (grupo B).

13.2.1 Diagnóstico de vaginose bacteriana:

- Corrimento vaginal homogêneo;
- pH >4,5;
- Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

Não há indicação de rastreamento de vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas. O tratamento é recomendado para **mulheres sintomáticas**, especialmente aquelas com histórico de comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital).

A recorrência de VB após o tratamento é comum: 15% a 30% das mulheres apresentam VB sintomática 30 a 90 dias após a terapia com antibióticos, enquanto 70% das pacientes experimentam uma recorrência em nove meses.

Algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais; dentre elas, atividade sexual frequente sem uso de preservativos, duchas vaginais, utilização de DIU, inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos. Cepas de Atopobium vaginae resistentes ao metronidazol são identificadas em várias portadoras de vaginose bacteriana recorrente (VBR), contudo, esses bacilos são sensíveis à clindamicina e às cefalosporinas.

13.2.2 Tratamento

Quadro 4 - Tratamento da Vaginose Bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção	Metronidazol 250mg. 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg. 1 comprimidos VO, 8/8h, por 7 dias **OU** Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) **OU** Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x por dia, por 7 dias
Recorrentes	**Encaminhar para consulta médica**
Observações: ➢ O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado; ➢ Para o tratamento com Metronidazol 2g orientar o paciente em relação a intolerância gástrica; ➢ **Para tratamento das gestantes vide Protocolo de Enfermagem de Assistência ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo;** ➢ Durante o tratamento com Metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”); ➢ Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais; ➢ Manter o tratamento durante a menstruação.	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.3 Tricomoníase

Vulvovaginite menos frequente nos dias atuais, é causada por um protozoário flagelado unicelular, o Trichomonas vaginalis, e parasita com mais frequência a genitália feminina que a masculina.

Seus sinais e sintomas característicos consistem em:

- Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe);
- Prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção;
- Sinusiorragia (sangramento durante as relações sexuais);
- Dispareunia;
- Edema vulvar; e
- Sintomas urinários, como disúria.

Cerca de 30% dos casos são assintomáticos, mas algum sinal clínico pode aparecer. Não há complicações sérias na mulher na grande maioria dos casos, mas a tricomoníase pode propiciar a transmissão de outros agentes infecciosos agressivos, facilitar DIP, VB e, na gestação, quando não tratada, pode evoluir para rotura prematura das membranas.

13.3.1 Diagnóstico da Tricomoníase

No exame especular, percebem-se:

- Microulcerações no colo uterino, que dão um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”);
- Elevação do pH para 6,7 a 7,5;
- Odor fétido;
- Bolhas no corrimento vaginal purulento.

13.3.2 Tratamento

Quadro 5 - Tratamento da Tricomoníase

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) **OU** Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 7 dias
Observações: ➢ As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico; ➢ O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão; ➢ A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da **citologia oncológica**. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, **deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após seis meses,** para avaliar se as alterações persistem; ➢ **Para tratamento das gestantes vide Protocolo de Enfermagem de Assistência ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo.**	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.4 Cervicite

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Os principais agentes etiológicos são Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae.

Ao exame físico, podem estar presentes:

- Dor à mobilização do colo uterino;
- Material mucopurulento no orifício externo do colo;
- Edema cervical;
- Sangramento ao toque da espátula ou swab.

As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.

Além disso, outros sintomas, como corrimento vaginal, febre, dor pélvica, dispareunia e disúria também podem estar associados.

13.4.1 Tratamento das cervicites

Quadro 6 - Tratamento das cervicites

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) E Infecção por clamídia	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Observações: ➢ O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

14. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral costuma ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

Entre os fatores associados às uretrites, foram encontrados: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos.

14.1 Uretrite gonocócica

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado pela Neisseria gonorrhoeae (diplococo Gram-negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é, em média, 50% por ato sexual. Os sinais e sintomas são

determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra (uretrite), endocérvice (cervicite), reto(proctite), faringe (faringite) e conjuntiva (conjuntivite).

A infecção uretral no homem é assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e de disúria em mais de 50%. O período de incubação costuma ser de dois a cinco dias após a infecção. Nas mulheres, a uretrite gonocócica é frequentemente assintomática.

O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, edema, prurido, hiperemia da região prepucial, descamação da mucosa e, em alguns casos, material purulento e de odor desagradável no prepúcio). As complicações no homem ocorrem por infecção ascendente a partir da uretra, podendo ocasionar orquiepididimite, prostatite e estenose de uretra.

14.2 Uretrite não gonocócica

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram, cultura e detecção de material genético por biologia molecular são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Trichomonas vaginalis, entre outros.

A infecção por clamídia no homem é responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não gonocócica. A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com uretrite não gonocócica hospedem a C. trachomatis na endocérvice. Elas podem reinfectar sua(s) parceria(s) sexual(ais)e desenvolver quadro de DIP se permanecerem sem tratamento.

A uretrite não gonocócica caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação em aproximadamente 50% dos pacientes com uretrite causada por C. trachomatis. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das uretrites não gonocócicas podem simular, clinicamente, os da gonorreia. As uretrites causadas por C. trachomatis podem evoluir para prostatite, epididimite, balanite, conjuntivite (por autoinoculação) e síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou síndrome de Reiter.

14.3 Tratamento

Quadro 7 - Tratamento das Uretrites

URETRITE SEM IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Primeira opção	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg. 2 comprimidos, VO, dose única
Segunda opção	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x por dia, por 7 dias
Observações: ➢ Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas encaminhar para avaliação médica; ➢ Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).	

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam síndrome clínica, sendo muitas vezes causadas por IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Nesta seção, serão abordadas as IST que se manifestam com úlceras genitais em alguma fase da doença, cujos agentes etiológicos infecciosos mais comuns são:

- Treponema pallidum (sífilis);
- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- Haemophilus ducreyi (cancroide);
- Chlamydia trachomatis, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- Klebsiella granulomatis (donovanose).

15.1 Sífilis Adquirida

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o Treponema pallidum, subespécie pallidum. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/ tardia)

15.1.1 Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

Quadro 8 - Estágios e Manifestações clínicas da Sífilis Adquirida

ESTÁGIOS DE SÍFILIS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlcera genital) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifílides papulosas, sifílides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter

	destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: BRASIL, 2020.

15.1.2 Diagnóstico da Sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.

Considerando a sensibilidade dos testes diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido). Com o resultado do teste rápido reagente o profissional deverá solicitar um teste não treponêmico (VDRL). O tratamento pode ser iniciado no momento do diagnóstico com o teste rápido (não é necessário aguardar o resultado do VDRL) de acordo com a história clínica, epidemiológica ou exame físico do paciente. No entanto a solicitação do VDRL inicial é imprescindível para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Quadro 9 - Diagnóstico da sífilis por testes imunológicos disponíveis no município de Toledo

TESTES IMUNOLÓGICOS		OBSERVAÇÕES
Treponêmico	Teste Rápido (TR) FTA-Abs	São os primeiros a se tornarem reagentes; Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento; São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Não treponêmico	VDRL	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.3 Interpretação dos testes imunológicos e condutas

Quadro 10 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta

PRIMEIRO TESTE	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste rápido REAGENTE	VDRL REAGENTE	Diagnóstico de sífilis. • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste rápido REAGENTE	VDRL NÃO REAGENTE	Realizar FTA-Abs: • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. • Se terceiro teste treponêmico não	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos

		disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
VDRL REAGENTE	Teste rápido NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considerase resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. • Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.

Teste rápido NÃO REAGENTE	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar o início do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.4 Tratamento e monitoramento da Sífilis

Quadro 11 - Tratamento e monitoramento da Sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	VDRL trimestral até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses); Em gestantes, o controle deve ser mensal.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2	VDRL trimestral até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses); Em gestantes, o controle

terciária	milhões UI, IM	deve ser mensal.
Neurossífilis	Encaminhar para avaliação e conduta médica	
Observações: ➢ Caso necessário tratamento alternativo encaminhar para consulta médica; ➢ A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado, exceto gestantes.		

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.5 Monitoramento pós-tratamento

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após um ano de seguimento pós tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST na população de pessoas curadas de sífilis.

Os testes não treponêmicos não são automatizados; portanto, pode haver diferença entre leituras em momentos diferentes e/ou quando realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) devem ser analisadas com cautela.

Atualmente, para definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

› Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU

› Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); **OU**

› Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Para esquema de retratamento encaminhar para consulta médica.

15.1.6 Parcerias Sexuais

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.

A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

15.2 Herpes genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família Herpesviridae, da qual fazem parte o citomegalovírus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano 8. Todos são DNA-vírus que variam quanto à composição química e podem ser diferenciados por técnicas imunológicas. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões perorais.

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primoinfecção herpética e surtos recorrentes. Sabe-se que muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre as pessoas com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a serem dolorosas, atípicas e de maior duração.

A primoinfecção herpética tem um período de incubação médio de seis dias. Em geral, é uma manifestação mais severa, caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosas, muito dolorosas e de localização variável na região genital. O conteúdo dessas vesículas é geralmente citrino, raramente turvo.

O quadro local na primoinfecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infeção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.

Quando há acometimento do colo do útero, é comum o corrimento vaginal, que pode ser abundante. Entre os homens, o acometimento da uretra pode provocar corrimento e raramente é acompanhado de lesões extragenitais. O quadro pode durar de duas a três semanas.

Após a infecção genital, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células dos gânglios sensitivos e entra em um estado de latência. A ocorrência de infecção do gânglio sensitivo não é reduzida por qualquer medida terapêutica. Episódios de recorrência são bem mais frequentes entre pacientes que apresentam primoinfecção por HSV-2 que por HSV-1.

Após a infecção genital primária por HSV-2 ou HSV-1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação viral. Essa reativação deve-se a quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência.

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

A recorrência tende a ser na mesma localização da lesão inicial, geralmente, em zonas inervadas pelos nervos sensitivos sacrais. As lesões podem ser cutâneas e/ ou mucosas. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização das vesículas, uma vez que seus tetos rompem muito facilmente. Mais raramente, a ocorrência de lesões pode ser acompanhada de sintomas gerais. As lesões

têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.

Nos pacientes com imunodepressão, podem ocorrer manifestações atípicas, com lesões ulceradas ou hipertróficas de grandes dimensões, que persistem na ausência de tratamento local ou até mesmo sistêmico. Os diagnósticos diferenciais incluem o cancroide, a sífilis, o LGV, a donovanose e as ulcerações traumáticas.

15.2.1 Tratamento

Quadro 12 - Tratamento da herpes genital

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 7-10 dias **OU** Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x por dia, (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h) por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível; O tratamento pode ser prorrogado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	**Lesões maiores:** Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 5 dias **OU** Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x por dia, por 5 dias **Lesões menores:** Aciclovir 50mg creme, 1 aplicação 5x ao dia	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano) **OU** **Herpes genital em imunossuprimidos**	**Encaminhar para avaliação médica**	

OU **Gestação**	

Observações:

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;
- O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.3 Cancroide

O cancroide é uma afecção provocada pelo Haemophilus ducreyi, mais frequente nas regiões tropicais. Denomina-se também cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em uma relação sexual é de 80%, mais frequente em homens.

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálanoprepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos pacientes, a bactéria atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica.

A cicatrização pode ser desfigurante. A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos é indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação. São contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose e erosões traumáticas infectadas.

15.3.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

15.4 Linfogranuloma venéreo (LGV)

O LGV é causado por Chlamydia trachomatis, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que esses sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos.

A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e sequelas, que são descritas a seguir:

› Fase de inoculação: inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa;

› Fase de disseminação linfática regional: no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação;

› Fase de sequelas: o comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa. A lesão da região anal pode levar a proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo. Os bubões que se tornarem flutuantes podem ser aspirados com agulha calibrosa, não devendo ser incisados cirurgicamente. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na

mulher é denominada estiomene. Além disso, podem ocorrer fístulas retais, vaginais e vesicais, além de estenose retal.

Mulheres com prática de coito anal ou HSH receptivos podem apresentar proctocolites como manifestação inicial. O uso de preservativos ou outros métodos de barreira para sexo oral, vaginal e anal previnem a infecção por C. trachomatis. Acessórios sexuais devem ser limpos antes de sua utilização, sendo necessariamente de uso individual.

O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal.

15.4.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

15.5 Donovanose

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria Klebsiella granulomatis. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente, ocorrendo na maioria das vezes em climas tropicais e subtropicais. A donovanose (granuloma inguinal) está frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam bem conhecidos, sendo a transmissibilidade baixa.

O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcerovegetante. As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais. Na mulher, a forma elefantiásica é uma sequela tardia, sendo observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos. A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

15.5.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

16. INFECÇÃO PELO HPV

A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara.

O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas. Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações no exame preventivo de colo do útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses.

A infecção por um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV, podendo ocorrer infecção múltipla. Os tipos que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. O tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento do câncer cervical é de aproximadamente 20 anos, de acordo com o tipo do vírus, sua carga viral, sua capacidade de persistência e o estado imunológico do hospedeiro. Tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo as causadas pela infecção pelo HIV, desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras são fatores predisponentes.

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação. O tempo de latência pode variar de meses a anos e, quando presentes, as manifestações podem ser subclínicas.

16.1 Apresentações subclínicas do HPV

As alterações são detectadas pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões

escamosas de baixo grau (low grade intraepithelial lesions – LSIL), equivalendo ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).

Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (high grade intraepithelial lesions – HSIL), correspondendo à histopatologia aos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma in situ – também denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais grau 2 (NIC 2) ou grau 3 (NIC 3). Esta última é considerada carcinoma in situ. Como mencionado, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasias intraepiteliais vaginais (NIVA), vulvares (NIV), perineais (NIPE), penianas (NIP) e anais (NIA).

16.2 Manifestações clínicas do HPV

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálano-prepucial ou na glande. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvice. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais. As manifestações perianais são mais frequentes, ainda que não exclusivas, em pessoas que tenham atividade sexual anal receptiva. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laríngea.

16.3 Diagnóstico do HPV

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Em situações especiais, há indicação de biópsia para estudo histopatológico:

› Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;

› Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;

› Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade.

As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com anuscopia e toque retal.

O estudo citológico de material colhido do canal anal ainda tem sua realização debatida, mas pode ter importância em populações especiais (HSH e pessoas com prática sexual anal receptiva), em razão de aumento da incidência de câncer anorretal.

Não são recomendados testes que identificam os diferentes tipos de HPV na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas com a finalidade de diagnosticar a infecção pelo HPV. Esses testes têm importância para o rastreio de câncer genital, como câncer de colo uterino e de pênis.

16.4 Prevenção do HPV

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. Existe robusta evidência do benefício individual e populacional, com demonstração de redução da ocorrência de lesões benignas e malignas.

A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas(os) antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos.

Quadro 132 - Indicação da vacina HPV

PÚBLICO ALVO	DOSES
Meninas de 9 a 14 anos Meninos de 11 a 14 anos	2 doses (0 e 6 meses)
PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos Mulheres e Homens de 9 a 26 anos	3 doses (0, 2 e 6 meses)

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

16.5 Tratamento

Quadro 143 – Tratamento dos condilomas

CONDILOMAS	TRATAMENTO
Lesões pequenas em pele e mucosa (Exceto canal vaginal, colo uterino, lábio interno, língua e outras mucosas internas)	Ácido Tricloroacético (ATA) 80% a 90% Aplicar nas lesões 1x por semana até o desaparecimento das mesmas (Na própria UBS/ESF)
Lesões extensas	Encaminhar para pequenos procedimentos no Mini-Hospital.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cuidados de enfermagem pré e pós cauterização química com ATA:

Pré-cauterização:

- Não estar menstruada;
- Cuidado ao se depilar para não cortar o condiloma;
- Não realizar depilação com cera quente;
- Realizar higiene íntima antes do procedimento;
- Evitar relação sexual antes do procedimento, pelo menos 2 dias;
- Não realizar duchas vaginais;
- Não estar fazendo uso de pomadas ou comprimidos vaginais.

Pós-cauterização:

- Evitar relação sexual até que esteja completamente cicatrizado;
- Evitar o uso de bebidas alcoólicas, de cigarro e outras drogas;
- Não compartilhar roupa íntima, toalha, sabonete, bucha de banho com outra pessoa;
- Melhorar ingesta hídrica, ingesta alimentar, aumentando consumo de alimentos ricos em vitamina C;
- Evitar roupa íntima muito apertada;
- Não utilizar métodos para alívio da dor sem consentimento médico;

- Não arrancar o condiloma que esteja se desgrudando da pele/mucosa, deixar cair naturalmente;
- Plano de cuidados pós-cauterização;

Cauterização:
- Anotar a quantidade de condilomas;
- Anotar local de inserção dos condilomas;
- Anotar quantos condilomas foram cauterizados;
- Anotar evolução do processo de cauterização dos condilomas.

17. HIV E HEPATITES VIRAIS

17.1 Pacientes HIV/AIDS

- Após a realização dos dois testes reagentes (o resultado reagente sempre deve ser confirmado com um segundo teste diferente, com base na especificidade dos testes de triagem, dois resultados reagentes são utilizados para o diagnóstico da infecção);
- Realizar a notificação;
- O paciente deve ser orientado sobre o diagnóstico, agravo. O acolhimento e o aconselhamento não devem ocorrer apenas no serviço de referência. O profissional capacitado para realização de teste rápido deste agravo, deve estar capacitado também para o acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste;
- Solicitar parceria sexual para testagem (parceria fixa ou parcerias dos últimos 12 meses);
- Ligar no serviço de referência CTA para realizar o agendamento.

Obs. Caso o primeiro teste apresente resultado reagente e o segundo não reagente, solicitar no sistema eletrônico municipal o exame: Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa).

A **PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV)** deverá seguir fluxo específico e está disponível para os seguintes casos:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem uso de camisinha ou com rompimento da camisinha);

- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

17.2 Pacientes HEPATITES VIRAIS

Testes rápidos de Hepatite B não são exames confirmatórios, são testes de triagem, então precisam ser confirmados por testes sorológico. O Teste rápido de Hepatite C apesar de não ser teste confirmatório não necessita mais a realização do confirmatório pelo teste sorológico.

Se teste rápido Reagente para HBSAG

- Realizar a notificação;
- Solicitar HBSAG - em dados clínicos ou observação colocar: se reagente para HBSAG realizar demais marcadores virais. Anti-HBc IGM e IGG, Anti-HBs, Anti-HBe e HBeAg. (via LACEN-PR);
- Solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite B, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato);
- Se o resultado do PCR a carga viral for Menor que 2000 o paciente deve ser acompanhado pelo médico da unidade;
- Se for maior encaminhar para referência, entrando em contato com CTA via telefone para realizar o agendamento com infectologista;
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.

Se teste rápido Reagente para ANTIHCV

- Realizar a notificação;
- Confirmando o diagnóstico, Solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite B, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato);

- Com o exame PCR pronto, realizar o agendamento com infectologista no CTA via telefone;
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.

Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento:

CHECK LIST

- RG, CPF, Cartão SUS;
- Comprovante de endereço;
- Exame do diagnóstico do agravo (TR e marcadores sorológicos);
- Demais testes rápidos;
- Outros exames realizados recentemente;
- Encaminhamento;
- Se transferência de outro serviço, os documentos acima devem ser solicitados pelo município de residência do paciente, e posteriormente agendada consulta no serviço.

18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para manejo das doençcas sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV.** São Paulo, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST**), 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 317/2007.

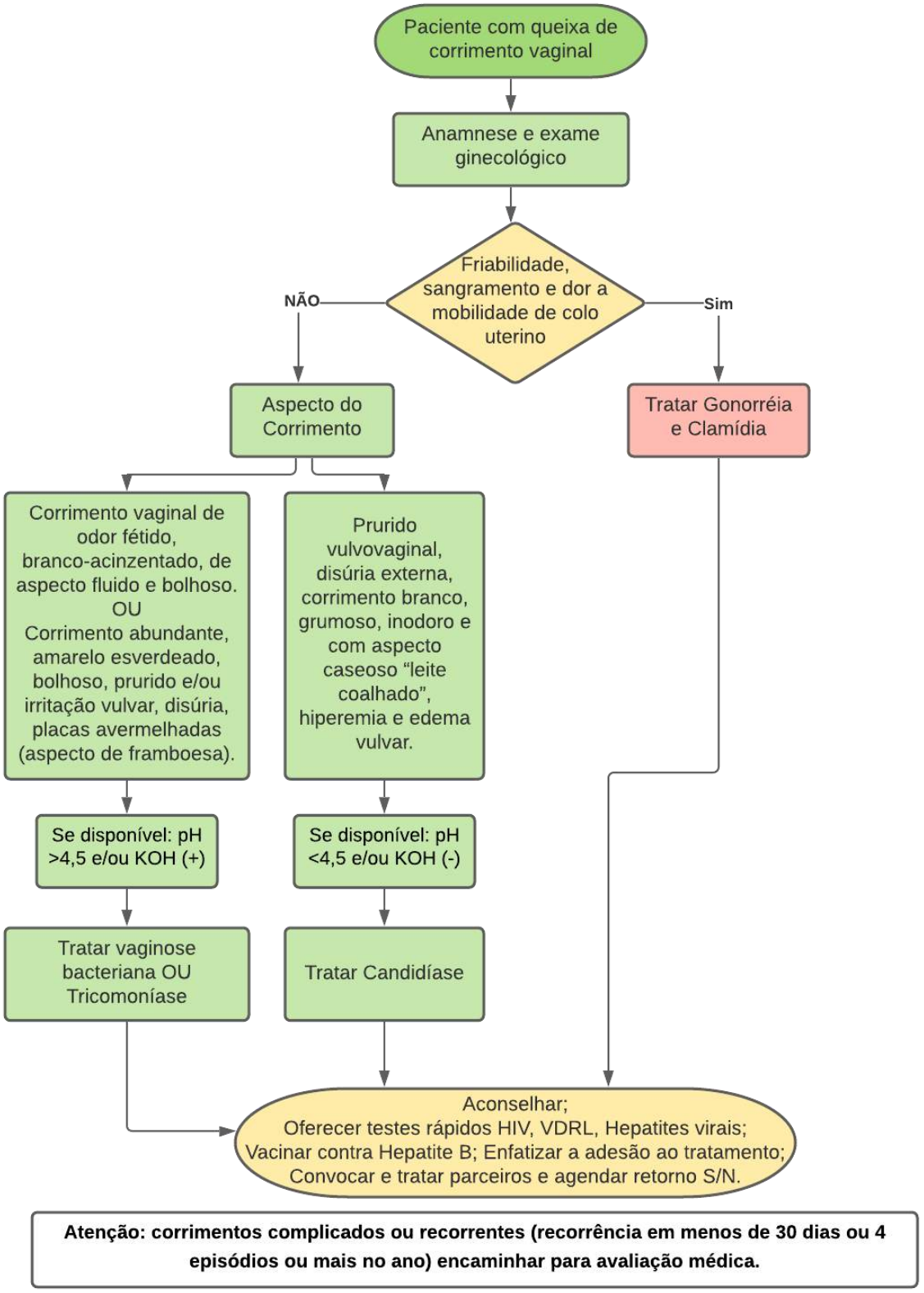
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012

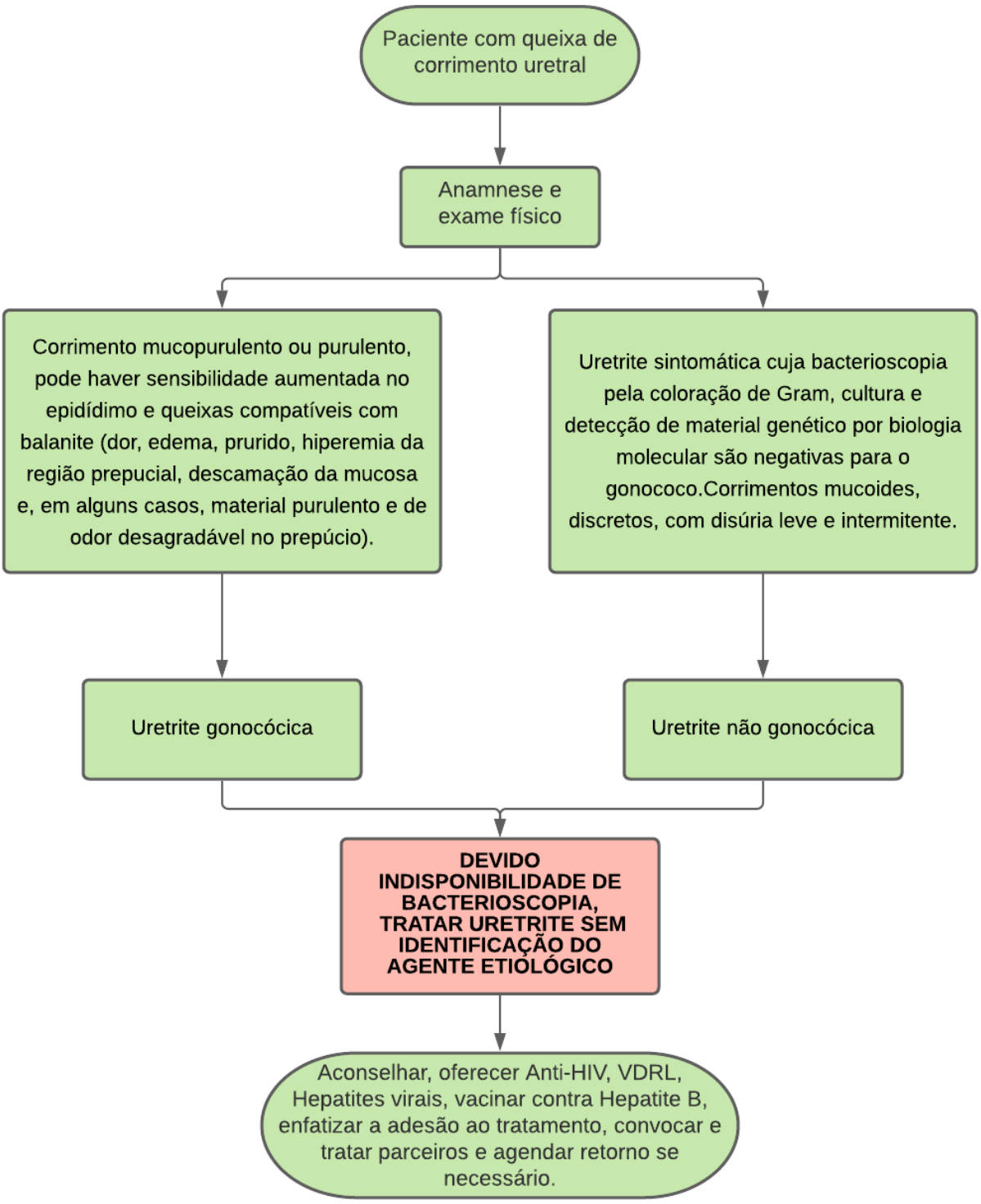
Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.

19. FLUXOGRAMAS

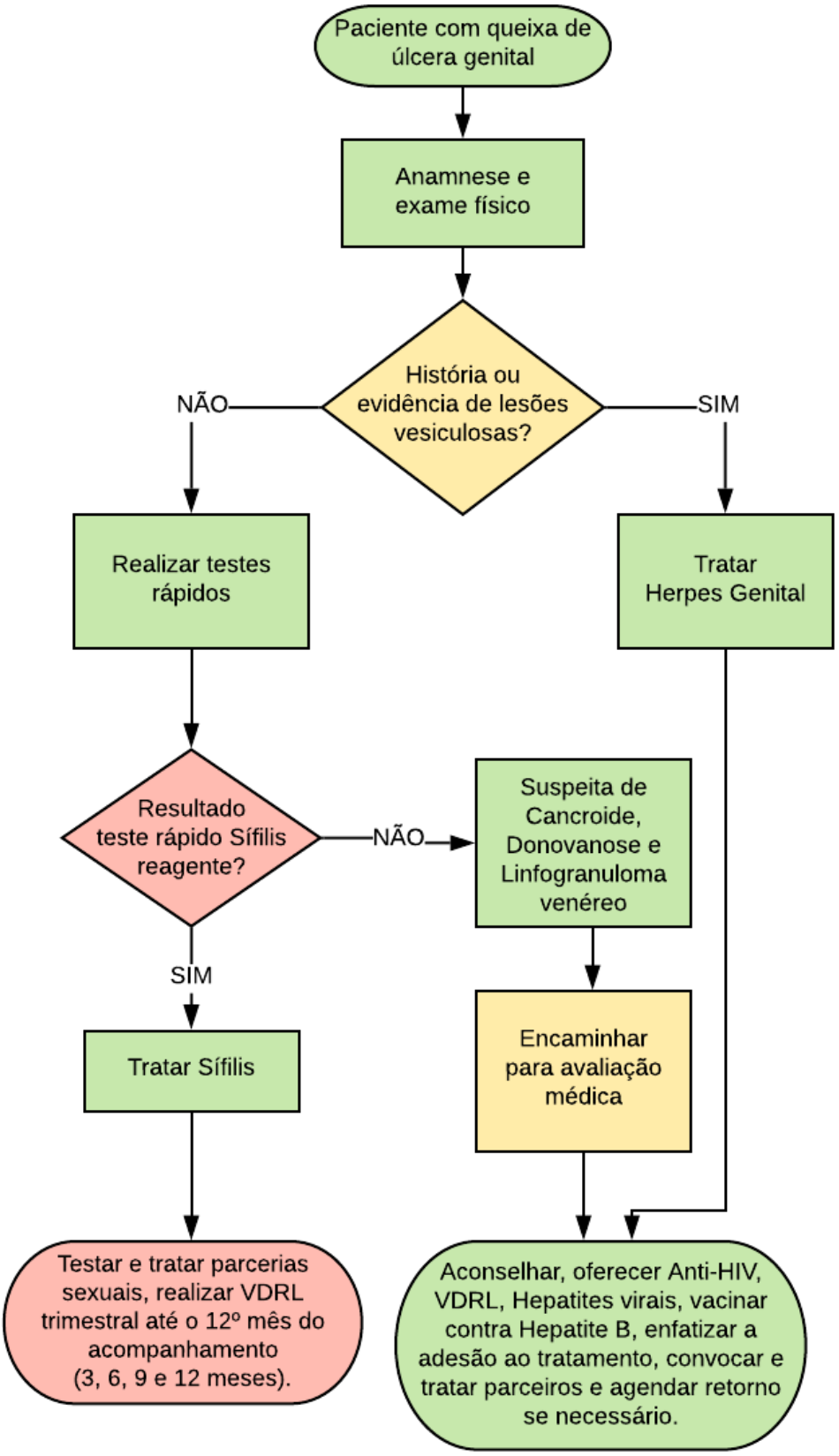
Fluxograma 1 – Corrimento vaginal e cervicites



Fluxograma 2 – Corrimento uretral



Fluxograma 3 – Úlceras genitais



	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NAS UNIDADES DE SAÚDE NO PERÍODO DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS		
Protocolo Nº 04	**Versão** 01	**Elaborado em:** Maio/2020	**Página:** 1/23

1. Objetivo

Padronizar o atendimento odontológico durante o período de enfrentamento ao coronavírus.

2. Abrangência

Este documento aplica-se ao serviço de odontologia das UBSs do Município de Toledo.

3. Responsabilidades

Todos os profissionais que prestarem atendimento odontológico.

4. Recomendações

A assistência odontológica apresenta um alto risco para a disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), pela alta carga viral presente nas vias aéreas superiores e devido à grande possibilidade de exposição aos materiais biológicos, proporcionado pela geração de aerossóis durante os procedimentos e pela proximidade que a prática exige entre profissional e paciente.

Segundo publicação da Associação Dentária Americana, em tempos de surto de COVID-19, os procedimentos odontológicos devem se restringir aos emergenciais (que representam risco de morte), os quais são citados: sangramento descontrolado; celulite facial ou bactéria difusa em partes moles, infecção intrabucal ou extrabucal, com inchaço que potencialmente comprometa a via aérea do paciente; e trauma envolvendo ossos faciais, com potencial comprometimento das vias aéreas. Também deve ser realizado atendimento em caráter de urgência (que não representam risco de morte). Desta forma, recomenda-se ao cirurgião dentista, que se não for clinicamente urgente ou emergencial, o procedimento odontológico seja adiado.

5. Triagem e Estratificação

5.1) Triagem dos usuários com relação aos sintomas gripais

Antes do atendimento odontológico realiza-se a triagem do usuário pela equipe da UBS (ACS, ASB, TSB, recepção ou outro profissional que está realizando acolhimento na entrada da UBS (fast Track)). Após a triagem, o usuário segue os fluxos para atendimentos:

- Usuário com sintomas gripais: será encaminhado para o médico. Somente após consulta médica retornará para a triagem da urgência odontológica, conforme o fluxo das urgências odontológicas (ANEXO 1 E 2).
- Usuário sem sintomas gripais: será atendido pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), conforme o fluxo das urgências odontológicas (ANEXO 1).

5.2) Triagem da urgência odontológica

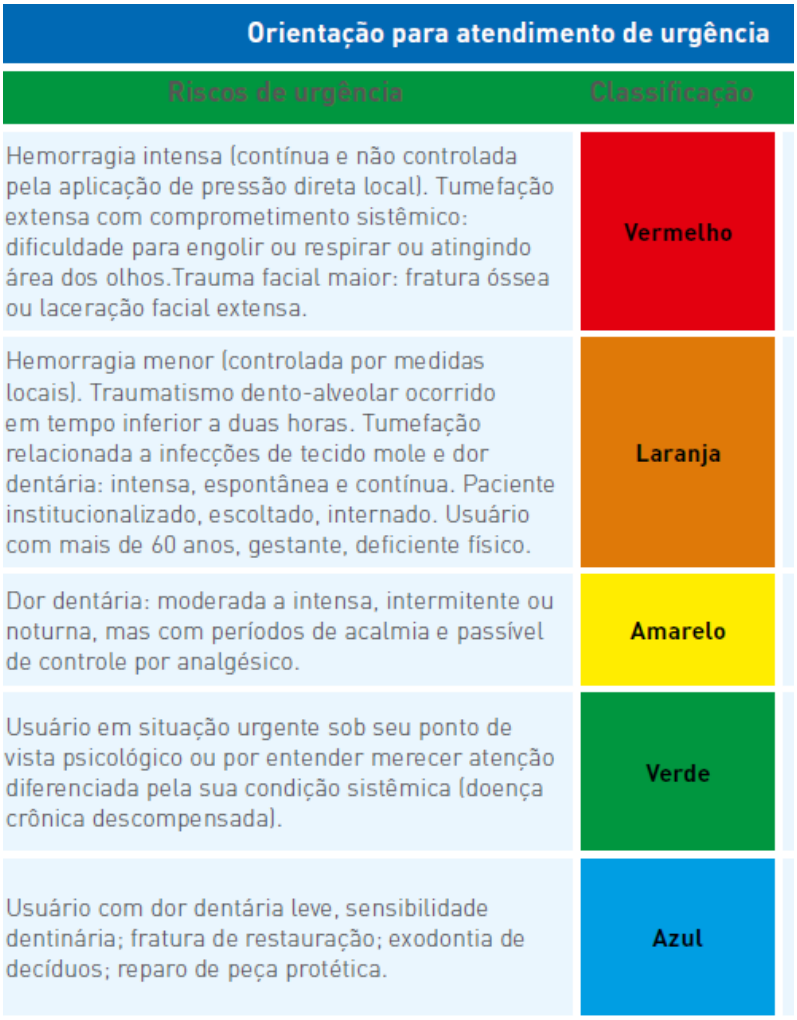
As urgências odontológicas devem ser triadas pelos odontólogos ou por ASB/TSB da equipe de apoio. Previamente ao atendimento:

- Agendamento odontológico no sistema.
- Encaminhar o paciente para lavar as mãos e o rosto no banheiro.
- Encaminhar para pré-consulta (PA, temperatura, HGT).
- Antes de entrar no consultório oferecer álcool gel para o paciente realizar a desinfecção das mãos.

5.3) Estratificação da urgência odontológica

A Estratificação da urgência odontológica é realizada pelos odontólogos conforme critérios estabelecidos pela Linha Guia de Saúde Bucal (FIGURA 1).

FIGURA1- Estratificação da Urgência Odontológica.



Orientação para atendimento de urgência	
Riscos de urgência	Classificação
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local). Tumefação extensa com comprometimento sistêmico: dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos.Trauma facial maior: fratura óssea ou laceração facial extensa.	Vermelho
Hemorragia menor (controlada por medidas locais). Traumatismo dento-alveolar ocorrido em tempo inferior a duas horas. Tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor dentária: intensa, espontânea e contínua. Paciente institucionalizado, escoltado, internado. Usuário com mais de 60 anos, gestante, deficiente físico.	Laranja
Dor dentária: moderada a intensa, intermitente ou noturna, mas com períodos de acalmia e passível de controle por analgésico.	Amarelo
Usuário em situação urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer atenção diferenciada pela sua condição sistêmica (doença crônica descompensada).	Verde
Usuário com dor dentária leve, sensibilidade dentinária; fratura de restauração; exodontia de decíduos; reparo de peça protética.	Azul

Fonte: Linha Guia de Saúde Bucal, 2016.

6. Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- O uso de EPI deve ser completo para todos os profissionais de saúde bucal no ambiente clínico:
  - Avental impermeável/ capote com gramatura mínima de 50 g/m^2 (em situação de escassez de aventais nesta gramatura, admite-se a utilização de avental com no mínimo 30 g/m^2, desde que o fabricante assegure que esse produto seja impermeável).
  - Máscara N95/PFF2 sem válvula.
  - Óculos de proteção com protetores laterais sólidos.
  - Protetor facial (face shield).
  - Gorro descartável.
  - Luvas de procedimento.

- Caso não se utilize caneta de alta rotação para o atendimento e a N95/PFF2 estiver íntegra, limpa e seca, pode ser usada por até 7 dias pelo mesmo profissional. O armazenamento destas máscaras deverá ser realizado em saco de papel identificado com nome do profissional e data da abertura, sempre mantendo as tiras de fixação para fora e o saco aberto, em local limpo. A cada retirada de máscara o papel deverá ser trocado.
- Nos casos da utilização da caneta de alta rotação a N95/PFF2 será descartada no final do turno de atendimento.
- O avental descartável impermeável deverá ser substituído após o atendimento de cada paciente.
- A Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve utilizar a roupa privativa no atendimento odontológico de pacientes com síndrome gripal ou casos confirmados de coronavírus.
- Os profissionais de saúde bucal devem aderir à sequência padrão de paramentação e desparamentação de EPI (ANEXOS 3, 4 e 5).
- A utilização de duas luvas com objetivo de reduzir risco de contaminação no processo de desparamentarão não está indicada, pois pode passar a falsa sensação de proteção. A medida mais eficaz para prevenir contaminação do profissional no processo de retirada das luvas é a higienização obrigatória das mãos e cumprimento de todos os passos recomendados.
- Com relação à utilização e reutilização das máscaras N95/PFF2 devem ser seguidas as recomendações abaixo:
    - Utilizar o protetor facial (face shield), pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente.
    - Seguir o Protocolo de utilização de Máscaras Cirúrgicas e N95/ PFF2 do Município de Toledo, o qual orienta a colocação, retirada, acondicionamento, avaliação da integridade, tempo de uso e critérios para descarte.
    - Os profissionais de saúde devem inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.
    - Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.
    - O profissional de saúde não deve usar a máscara cirúrgica sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de

contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez.

- Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na sua superfície interna e a acondicione de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso. Os elásticos da máscara deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo a facilitar a retirada da máscara da embalagem. Importante: Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente.

- Durante a circulação em áreas adjacentes ao ambiente clínico, os profissionais de saúde bucal devem estar com máscara cirúrgica e manter o distanciamento adequado.
- Remover adornos como anéis, pulseiras, cordões, brincos e relógios em horário de trabalho.

7- Lavagem das mãos

- A Lavagem frequente das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica é um dos pilares de prevenção e controle de infecções nos serviços de saúde (ANEXO 6).
- Considerando que, uma das principais vias de contaminação do profissional de saúde é no momento da desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos (ANEXO 4 e 5).
- A Organização Mundial da Saúde estabeleceu os 5 momentos para higienização das mãos, nos consultórios odontológicos (ANEXO 7):

1- Antes de tocar o paciente.

2- Antes de realizar procedimento limpo/asséptico.

3- Após risco de exposição a fluidos corporais.

4- Após tocar o paciente.

5- Após tocar superfícies próximas ao paciente.

8- Atendimento Clínico

- Durante os atendimentos, recomenda-se utilização de ar condicionado com exaustão que garanta as trocas de ar necessárias ou a manutenção das janelas abertas e a porta fechada.
- As bancadas deverão estar livres de qualquer objeto alheio ao atendimento.
- Colocar o paciente na posição mais adequada possível.
- Oferecer bochecho (09 ml peróxido de hidrogênio 1% por 30 segundos). Diluição para peróxido de hidrogênio 3%: 1 parte de H2O2 a 3% para 2 partes de H2O. Realizar este

procedimento após redução consistente da saliva residual, por aspiração contínua. A indicação do uso de agentes de oxidação é exclusivamente para pré-procedimento, não é recomendado o uso contínuo desse produto pelo paciente. Em paciente impossibilitado a realizar bochecho recomenda-se a embrocação com gaze (02 ml).

- Após o exame clínico e antes do início da execução do procedimento, a ASB/TSB deve realizar a separação dos materiais e instrumentais, com a finalidade de evitar abrir gavetas/armários durante o atendimento. Se necessário abrir as gavetas/armários, deve usar sobre luvas. Sugestão de kits clínicos:
    - Bandeja, pinça, sonda, espelho, cureta de dentina, espátula de inserção, carpule, rolete de algodão, brocas de alta e baixa rotação, material para isolamento absoluto;
    - Kits com alta rotação, baixa rotação e saca-brocas esterilizados.
- Em casos onde é necessário o uso da caneta de alta rotação utilizar isolamento absoluto (dique de borracha) e o sugador de alta potência (quando possível). Avaliar a possibilidade do uso da caneta de baixa rotação e curetas de dentina. Preferir técnicas químico-mecânicas se necessário.
- Não utilizar jato de bicarbonato e ultrassom em virtude da produção de aerossol, optar por curetas periodontais para raspagem e alisamento.
- Evitar, ao máximo o uso da seringa tríplice, principalmente em sua forma em névoa (spray); regular a saída de água de refrigeração.
- Preferir radiografias extrabucais, como Raio-X panorâmico ou Tomografia Computadorizada (com feixe cônico) para evitar o estímulo da salivação e tosse.
- Deve ser realizada a aspiração contínua da saliva residual e se possível com sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo).
- Sempre que possível, trabalhar a 4 mãos.
- Após atendimento e repasse das orientações, solicitar ao paciente para que aguarde fora do consultório e que não toque em nenhuma superfície, enquanto o odontólogo faz as prescrições (se necessárias).
- Se houver geração de aerossol solicitar que o paciente lave mãos e rosto novamente no banheiro, orientando-o a não tocar em qualquer superfície no trajeto.

9- Limpeza e Desinfecção das superfícies

- Manter um ambiente limpo e seco irá reduzir a persistência do SARS-CoV-2 em superfícies.
- A limpeza e desinfecção das superfícies deve ser realizada após cada atendimento.
- Limpeza e desinfecção das gavetas no caso de terem sido abertas durante o atendimento.

- Limpeza e desinfecção da cadeira odontológica, haste do refletor e refletor, braço da mesa auxiliar e mesa auxiliar/kart, mocho, armários, protetores faciais e outros, de acordo com o POP (Procedimento Operacional Padrão) Municipal (ANEXO 8).
- Após as prescrições e registros, realizar a desinfecção de escrivaninha, cadeira, notebook, caneta e carimbo com álcool 70%.

10- Limpeza e Desinfecção das mangueiras

- A limpeza das mangueiras que compõe o sistema de sucção deve ser realizada ao término de cada atendimento. Realizar a limpeza e desinfecção das mangueiras de acordo com POP Municipal (ANEXO 9).

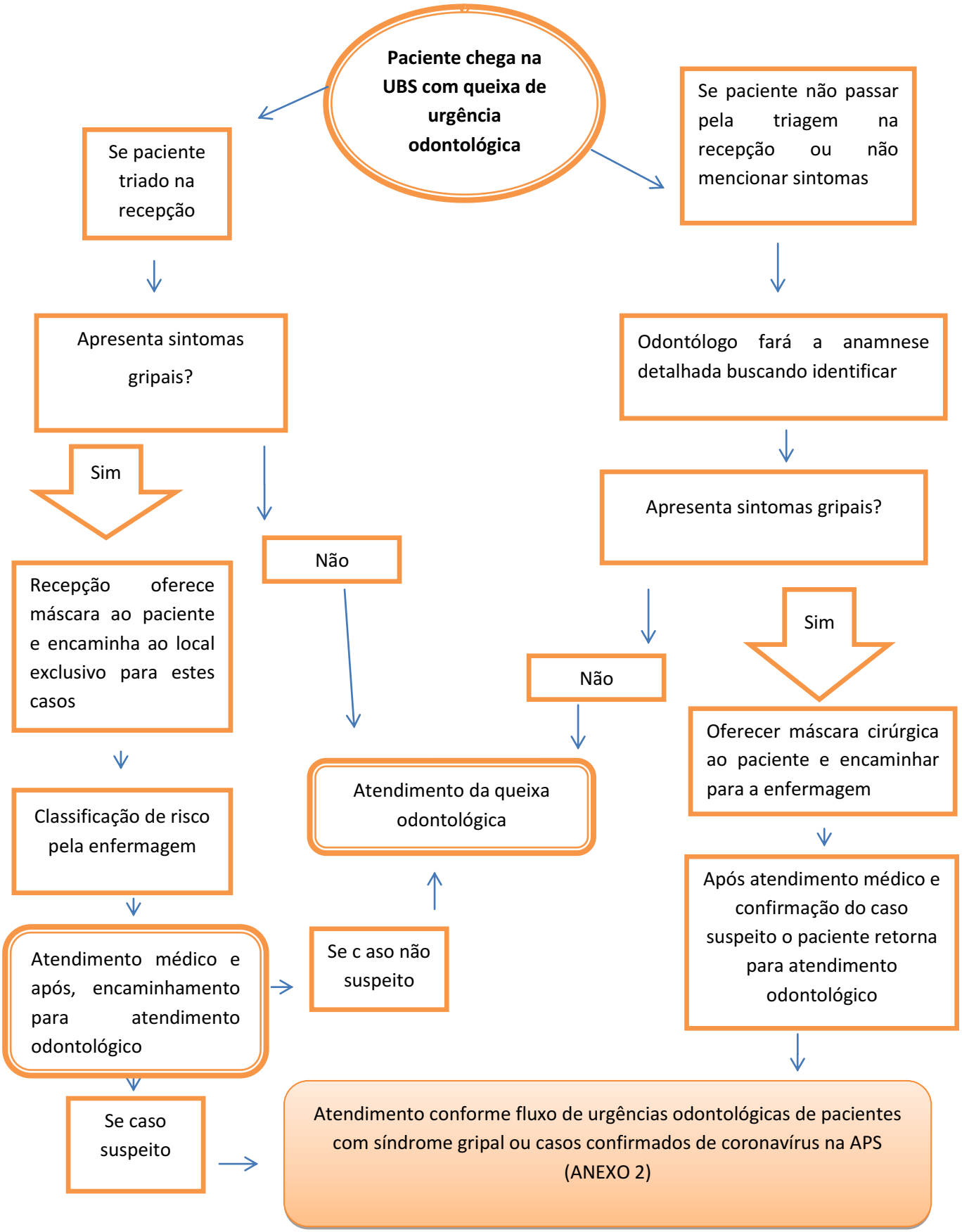
11. Limpeza e Lubrificação de periféricos

- Realizar a limpeza e desinfecção de periféricos de acordo com POP Municipal (ANEXO 10).

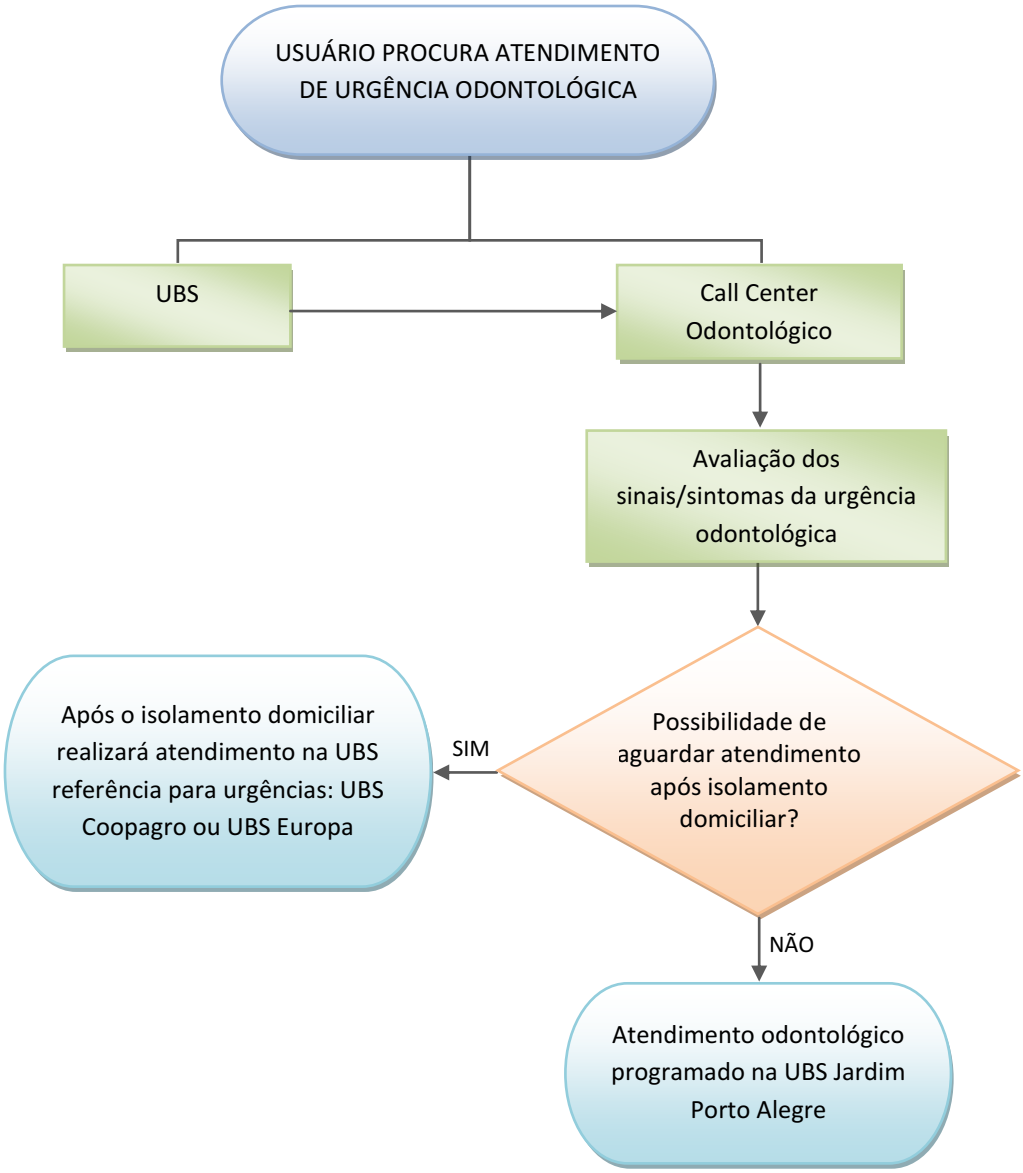
12. Limpeza e Desinfecção Terminal

- Depois do atendimento devem ser realizados os procedimentos adequados de limpeza e desinfecção ambiental. É indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies do consultório odontológico entre os atendimentos e limpeza terminal diária.
- Se o paciente for suspeito ou confirmado para COVID-19 deverá ser realizado desinfecção terminal após o atendimento.
- A limpeza terminal deverá ser realizada conforme POP Municipal (ANEXO 11).

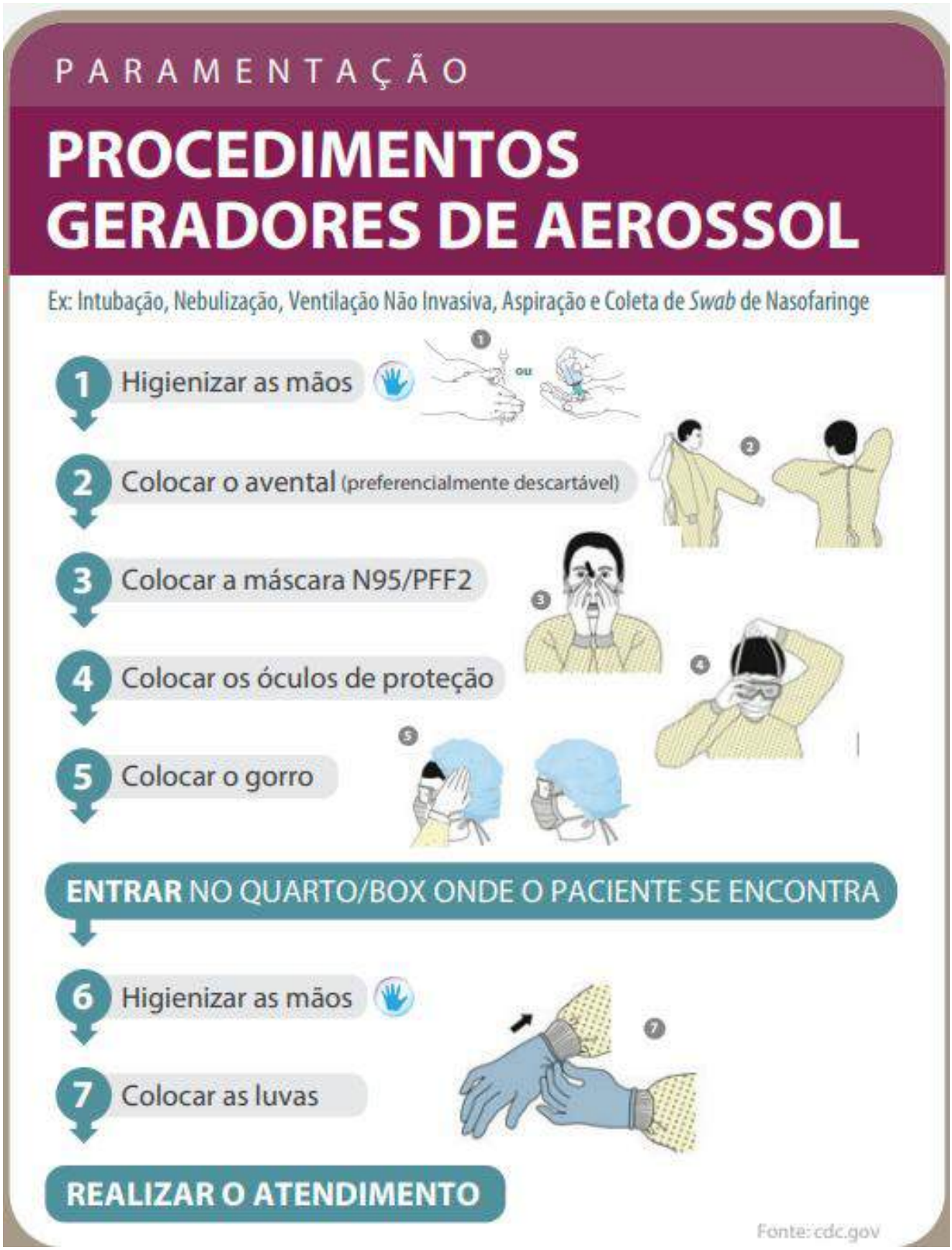
ANEXO 1- FLUXO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS COMO MEDIDAS PREVENTIVAS AO ENFRENTAMENTO DO CORONAVÍRUS.



ANEXO 2- FLUXO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS EM PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL OU CASOS CONFIRMADOS DE CORONAVÍRUS NA APS.



ANEXO 3



Fonte: cdc.gov

ANEXO 4



Fonte: cdc.gov

ANEXO 5



Fonte: cdc.gov

ANEXO 6

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

LAVAGEM DAS MÃOS- POP I

OBJETIVO: Lavar as mãos.

SIGLAS: EPIs (equipamento de proteção individual), CD (Cirurgião Dentista), ASB (Auxiliar em Saúde Bucal), TSB (Técnico em Saúde Bucal), UBS (Unidade Básica de Saúde)

LOCAL DE APLICAÇÃO: Consultórios odontológicos nas UBS.

RESPONSABILIDADE: CD ASB e TSB.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: água, sabão e papel toalha.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Lavar as mãos ao chegar no consultório, retirando anéis, pulseiras e relógio.
- Lavar as mãos corretamente antes e após calçar as luvas.
- Não preencher fichas, abrir portas ou tocar em qualquer superfície contaminada estando de luvas.
- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize o papel toalha.
- Mantenha as unhas tão curta quanto possível, e somente utilize esmaltes de cor clara.
- Lavar as mãos antes de sair do consultório.

Técnica de lavagem das mãos.

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.



2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



5.Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.



6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



7.Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.



8.Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.



10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboada com a torneira.



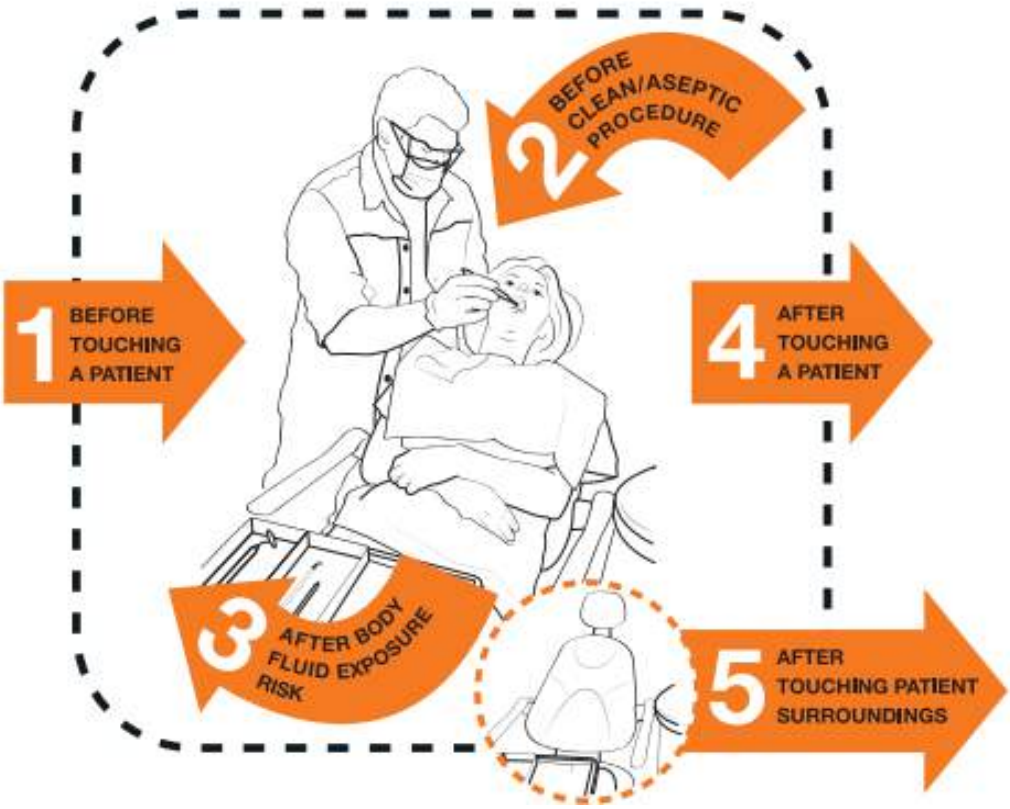
11.Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.



ANEXO 7

Your 5 Moments for Hand Hygiene

Dental Care



1	BEFORE TOUCHING A PATIENT	WHEN?	Clean your hands before touching a patient.
		WHY?	To protect the patient against harmful germs carried on your hands.
2	BEFORE CLEAN/ ASEPTIC PROCEDURE	WHEN?	Clean your hands immediately before performing a clean/aseptic procedure.
		WHY?	To protect the patient against harmful germs, including the patient's own, from entering his/her body.
3	AFTER BODY FLUID EXPOSURE RISK	WHEN?	Clean your hands immediately after a procedure involving exposure risk to body fluids (and after glove removal).
		WHY?	To protect yourself and the environment from harmful patient germs.
4	AFTER TOUCHING A PATIENT	WHEN?	Clean your hands after touching the patient at the end of the encounter or when the encounter is interrupted.
		WHY?	To protect yourself and the environment from harmful patient germs.
5	AFTER TOUCHING PATIENT SURROUNDINGS	WHEN?	Clean your hands after touching any object or furniture in the patient surroundings when a specific *zone* is temporarily and exclusively dedicated to a patient - even if the patient has not been touched.
		WHY?	To protect yourself and the environment from harmful patient germs.

World Health Organization

SAVE LIVES
Clean **Your** Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO acknowledges the Ministry of Health of Spain and the Hôpitaux Universitaires de Genève (Infection Control programme) for their active participation in developing this material.

ANEXO 8

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES – POP II

OBJETIVO: Proceder à limpeza e desinfecção dos equipamentos e bancadas.

SIGLAS: EPIs (equipamento de proteção individual).

LOCAL DE APLICAÇÃO: Clínica odontológica UBS.

RESPONSAVÉL PELA EXECUÇÃO: ASB e/ou TSB.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: EPIs (luva de borracha, gorro, máscara, óculos, jaleco manga longa), água, sabão, esponja, pano limpo, álcool 70%, hipoclorito de sódio 1%, gaze.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

Entre pacientes e no final do atendimento (turno)

- Usar EPIs e luva de borracha.
- Lavar bancadas com esponja, água e sabão e enxaguar com pano limpo.
- Lavar com esponja, água e sabão o equipamento odontológico, começando do local menos contaminado (braço e haste refletor, encosto cabeça, encosto costas e assento, equipo) enxaguar com pano limpo e úmido.
- Lavar a parte de fora da cuspideira, depois a mangueira do sugador com esponja, água e sabão e enxaguar com pano limpo.
- Fazer desinfecção das superfícies com pano limpo embebido em álcool 70%, friccionar por 3 vezes intercaladas pelo tempo de secagem natural totalizando 10 mim.
- Lavar a parte interna da cuspideira com esponja (exclusiva para isso), água e sabão e enxaguar com água limpa. Fazer desinfecção com pano limpo embebido em hipoclorito de sódio a 1%.

ANEXO 9

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES – POP II

OBJETIVO: Proceder à limpeza e desinfecção dos equipamentos e bancadas.

SIGLAS: EPIs (equipamento de proteção individual).

LOCAL DE APLICAÇÃO: Clínica odontológica UBS.

RESPONSAVÉL PELA EXECUÇÃO: ASB e/ou TSB.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: EPIs (luva de borracha, gorro, máscara, óculos, jaleco manga longa), água, sabão, esponja, pano limpo, álcool 70%, hipoclorito de sódio 1%, gaze.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

Entre pacientes e no final do atendimento (turno)

- Usar EPIs e luva de borracha.
- Lavar bancadas com esponja, água e sabão e enxaguar com pano limpo.
- Lavar com esponja, água e sabão o equipamento odontológico, começando do local menos contaminado (braço e haste refletor, encosto cabeça, encosto costas e assento, equipo) enxaguar com pano limpo e úmido.
- Lavar a parte de fora da cuspideira, depois a mangueira do sugador com esponja, água e sabão e enxaguar com pano limpo.
- Fazer desinfecção das superfícies com pano limpo embebido em álcool 70%, friccionar por 3 vezes intercaladas pelo tempo de secagem natural totalizando 10 mim.
- Lavar a parte interna da cuspideira com esponja (exclusiva para isso), água e sabão e enxaguar com água limpa. Fazer desinfecção com pano limpo embebido em hipoclorito de sódio a 1%.

ANEXO 10

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

LIMPEZA E LUBRIFICAÇÃO DAS CANETAS DE ALTA E BAIXA ROTAÇÃO- POP IV

OBJETIVO: Efetuar a limpeza, lubrificação e preparar as canetas para a esterilização.

SIGLAS: EPIs (equipamentos de proteção individual).

LOCAL DE APLICAÇÃO: Clínica odontológica UBS.

RESPONSABILIDADE: ASB e/ou TSB.

MATERIAIS NECESSÁRIOS: EPIs (luva de borracha, máscara, óculos, gorro, jaleco manga longa), água, sabão neutro, detergente enzimático, escova, gaze, papel toalha e lubrificante.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Usar EPIS.
- Caneta de alta rotação
  - Após a utilização da caneta de alta rotação.
  - Acionar o pedal e funcionar a caneta por 30 segundos.
  - Desacoplar a caneta de alta rotação do terminal.
  - Limpar com detergente neutro ou enzimático com gaze ou escova, enxaguar com gaze embebida em água.
  - Não submergir a caneta em água tampouco banho em solução desinfetante.
  - Secar a caneta com gaze limpa e seca ou papel toalha.
  - Lubrificar a caneta com lubrificante bactericida Kavo Unispray:
  - Caneta de alta rotação (encaixe borden)
    - Envolta a cabeça do instrumento com papel toalha.
    - Encaixe o bico do aplicador borden do lubrificante no encaixe borden da caneta de alta rotação no orifício maior.
    - Segure a caneta na posição horizontal e o lubrificante na posição vertical.



    - Acione o lubrificante por 2 ou 3 segundos.
    - Caso o resíduo extravasado no papel toalha apresente resíduos escuros repita a operação para garantir que os detritos foram removidos do interior da caneta.
    - Lubrifique a pinça utilizando o bico para encaixe borden acionando por 2 segundos.



- Embale e sele e envie para a esterilização

- Contra ângulo e micromotor.

- Desacoplar o contra ângulo e micromotor do terminal.
- Limpar com detergente neutro ou enzimático com gaze ou escova, enxaguar com gaze embebida em água.
- Não submergir o contra ângulo e micromotor em água tampouco banho em solução desinfetante.
- Secar o contra ângulo e micromotor com gaze limpa e seca ou papel toalha.
- Lubrificar o contra ângulo e micromotor com lubrificante bactericida Kavo Unispray.

- Contra ângulo e micromotor (encaixe intra)

  - Separe o contra ângulo do micromotor e faça todo o processo separadamente, primeiro o contra ângulo e depois o micromotor.
  - Envolta a cabeça do instrumento com papel toalha.
  - Encaixe o bico do aplicador intra do lubrificante no encaixe intra do contra ângulo e micromotor.



  - Segure o contra ângulo e micromotor na posição horizontal e o lubrificante na posição vertical.
  - Acione o lubrificante por 2 ou 3 segundos.
  - Caso o resíduo extravasado no papel toalha apresente resíduos escuros repita a operação para garantir que os detritos foram removidos do interior do contra ângulo e micromotor.
  - Embale e sele separadamente e envie para a esterilização.

Antes da utilização do instrumento, após desembalar e acoplar no equipo, acionar por 30 segundos para eliminar excesso de lubrificante e testar o funcionamento.

ANEXO 11

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

LIMPEZA E DESINFECÇÃO TERMINAL – PISO E PAREDE- POP V

OBJETIVO: Efetuar limpeza e desinfecção de piso, parede, janelas e portas.

SIGLAS: EPIs (equipamentos de proteção individual).

LOCAL DE APLICAÇÃO: Clínica odontológica UBS.

RESPONSABILIDADE: Equipe Limpeza (terceirizada).

MATERIAIS NECESSÁRIOS: EPIs (luva de borracha, máscara, óculos, gorro, jaleco manga longa), água, sabão, esponja, pano limpo, hipoclorito de sódio 1%.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Usar EPIS
- Lavar com esponja e sabão as paredes, janelas e porta, começando de cima para baixo e do fundo da sala para a porta.
- Enxaguar com pano molhado e água limpa, secar com pano limpo.
- Lavar o piso com esponja e sabão e enxaguar com pano e água limpa, secar com pano limpo, iniciar do fundo em sentido à porta da sala.
- Fazer a desinfecção das paredes, piso, janela e porta passando o pano limpo embebido em hipoclorito de sódio a 1%, sempre no sentido de cima para baixo e fundo para a porta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. SALVE VIDAS: Higienize suas Mãos/ Organização Mundial da Saúde Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos"; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 73 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica n. 4/2020.** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2). Brasília, 31 mar. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde.** *Brasília, 2009. 95 p.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. *Atendimento odontológico no SUS. Brasília, 2020.*

RICCI, W.A. Guia Odontológico para Atendimento Durante Pandemia COVID19, SOBRAPE.Disponível:<http://www.dfl.com.br/covid19/wpcontent/uploads/2020/04/guia_atendimento_pandemia.pdf>. Acesso em 02 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Dez dicas de prevenção no atendimento odontológico. Disponível: <http://website.cfo.org.br/covid-19-cfo-apresenta-e-book-com-10-dicas-de-prevencao-no-atendimento-odontologico/>. Acesso em 02 abr. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. 2ª ed. Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Your 5 moments for hand hygiene dental care. Disponível: <https://www.who.int/gpsc/5may/dental-care.pdf?ua=1>. Acesso em 28 maio 2020.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprovado por:**
Equipe de Saúde Bucal do Município de Toledo	Juciliane Angoneze Cesaro- Coordenação Odontologia Aline Claudia Ribeiro Medeiros Silva – Odontóloga Alethea Bussolo Rodrigues- Odontóloga Carlos Cesário Frana- Odontológo Diane Michely Cassaro – Enfermeira Dep. Gestão Jose Eduardo Mainart Panini – Médico infectologista	Denise Liell – Secretária de Saúde Marcia Cristina Guilhem – Diretora Rede de Atenção Primária

	PROTOCOLO DE RECOMENDAÇÃO PARA O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI - SERVIÇOS DE SAÚDE SEM ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS		
Protocolo Nº 03	**Versão** 01	**Elaborado em:** Junho/2020	**Página:** 1/7

1. INTRODUÇÃO

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

Considerando as precauções indicadas para a assistência aos pacientes que não apresentem sintomas respiratórios, são indicados os equipamentos de proteção individual (EPI) descritos neste protocolo, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

2.OBJETIVO

Padronizar o uso de EPIs conforme o tipo de atendimento prestado aos pacientes sem sintomas respiratórios.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os serviços que atendam pacientes sem sintomas respiratórios;

4. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS SEM SINTOMAS RESPIRATÓRIO

AMBIENTE	PÚBLICO-ALVO	ATIVIDADE	EPI
Atendimento na Recepção (FAST TRACK)	Trabalhadores em Saúde	Atendimento na recepção dos usuários antes de adentrar aos serviços	Manter paciente a 1 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Recepção - Administrativa	Administrativos ou outros profissionais neste atendimento	Atendimento ao público, agendamento, orientações, atividades administrativas.	Manter paciente a 1 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Dispensação de medicamentos - farmácia	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Dispensar medicamentos e orientações	Manter paciente a 1 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Realização de procedimentos nos serviços de saúde	Técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, estagiários, e demais profissionais.	Realização de curativos, administração de imunobiológicos, administração de medicamentos e demais procedimentos realizados **OBS: evitar ao maximo realizar nebulização nos serviços**	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Luvas de procedimentos OBS: De acordo com procedimento realizado; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.

Consultas médicas e demais profissionais de saúde, paciente sem sintomas respiratórios.	Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais que realizam consulta.	Consulta/atendimento	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Luvas de procedimentos OBS: De acordo com procedimento realizado; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Serviços Gerais	Serviços gerais	Limpeza e desinfecção	- Manter distanciamento de 01 metro se ocorrer atendimento a algum usuário; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); -Gorro - Luvas de borracha ou luvas nitrílicas de borracha; OBS: Limpeza Terminal: utilizar demais EPIs - bota de borracha cano longo com sola antiaderente; gorro, avental impermeável.
Expurgo	Técnicas e Auxiliares de enfermagem	Lavagem de matérias	- Higienizar as mãos; - Máscara cirúrgica; -Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); -Gorro; - Luva de borracha cano longo; - Avental impermeável.
Área limpa	Técnicas e Auxiliares de enfermagem	Preparo de material	- Higienizar as mãos - Máscara cirúrgica - Luva de procedimento
Visita Domiciliar por ACS e ACE	ACS ACE	Visita Domiciliar	Manter paciente a 2 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscara de tecido; -Uniforme Completo. OBS: Atentar para outras orientações constantes na PORTARIA Nº 004/2020 – SMS de 21 de março de 2020

			Orientações do COE - Centro de Operação de Emergências – para Enfrentamento do novo Coronavírus (COVID-19), sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Toledo/PR, acerca do fluxo do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate as Endemias (ACE).
Visita/Atendimento Domiciliar	Profissionais de Saúde	Visita/Atendimento Domiciliar	Contato telefônico prévio, paciente assintomático, orientar não ter aglomerações de familiares no ato da visita; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Luvas de procedimentos. OBS1: conforme procedimento realizado; OBS2: se em algum momento durante processo de atendimento existir procedimentos geradores de gotículas, colocar mascar cirúrgica em paciente;

Orientações Gerais

1. Protocolo acima não está destinado aos profissionais da odontologia devido suas especificações e particularidades em seus atendimentos.
2. Reforçar a higiene das mãos com água e sabão, na impossibilidade utilizar álcool 70%;
3. **N**ão será utilizado roupas privativas nestes serviços, e sim jaleco manga longa. Não utilizar adornos. Proibido o uso de bermudas, chinelos e sapatilhas. Manter cabelos presos, sapatos fechado.
4. Aos que utilizam saias, devido questões religiosas, é permitido apenas saia longa (no tornozelo);
5. Os estabelecimentos de saúde que possuem serviços gerais terceirizados, cabe a empresa, fornecer os EPIs aos seus colaboradores..;

5. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NA CME – CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

AMBIENTE	PÚBLICO-ALVO	ATIVIDADE	EPI
Recepção, limpeza e desinfecção	Profissionais de Saúde	Recepção, conferência de material, imersão em produto padronizado, lavagem manual, secagem do produto	- Máscara N95 ou PFF2; - Roupa Privativa - Avental impermeável; - Gorro; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Luva de borracha nitrílica cano longo ou luva de procedimento a depender do procedimento; - Sapato fechado;
Preparo, inspeção, esterilização	Profissionais de Saúde	Secagem, embalagem, confecção de material, preparo de carga para esterilização.	- Máscara cirúrgica; - Roupa privativa; - Gorro -Óculos proteção ou protetor facial (face shield); - Luva de procedimento.
Acondicionamento	Profissionais de Saúde	Guarda de material	-Máscara cirúrgica; -Roupa privativa; -Gorro.

6. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NOS ATENDIMENTOS DA FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA, PACIENTE NÃO SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS.

AMBIENTE	ATIVIDADE	EPI
Atendimento Domiciliar com produção de aerossóis procedimentos geradores de	Durante aspiração traqueal, treinamento de familiares como aspirar, atendimento em pacientes	- Higienização das mãos; OBS: devido atendimento domiciliar dar preferência para álcool 70%, se

aressóis.	com ventilação mecânica não invasiva.	sujidade lavagem das mãos. - Máscara NR95 (quando na execução do procedimento); - Máscara cirúrgica -Gorro; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Luvas de procedimento; - Avental descartável.
Atendimento Clínica Fisioterapia Infantil	Fisioterapia em crianças	- Higienização das mãos; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Luvas de procedimento; - Avental descartável.
Atendimento paciente não sintomático respiratório	Consulta/atendimento de fisioterapia	- Higienização das mãos; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield). - Luvas de procedimento;

OBS: Importante ressaltar, que o fluxo para os atendimentos, se inicia no contato prévio destes pacientes que serão atendidos e com orientação aos familiares e acompanhantes. Em caso do usuário e/ou familiar em contato direto apresentar sintomas, a orientação é para procurar serviços de saúde. Aguardar para o atendimento de fisioterapia e fonoaudiologia após melhora dos sintomas e término do isolamento a depender do caso.

7. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NAS ÀREAS ADMINISTRATIVAS SEM CONTATO COM PACIENTE

AMBIENTE	PÚBLICO-ALVO	ATIVIDADE	EPI
Área Administrativa	Trabalhadores em Saúde	Atividades administrativas que não possua contato direto com usuários.	Manter atividades com outros profissionais a pelo menos 1 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscaras de tecido; - Realizar desinfecção das

			superfícies, com álcool 70%.

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

2. **BRASIL.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2).(atualizada em 08/05/2020).**

3. OMS. Organização Mundial De Saúde – **TIPOS RECOMENDADOS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NO CONTEXTO DOCOVID-19, DE ACORDO COM O TIPO DE AMBIENTE, PESSOA ALVO E TIPO DE ATIVIDADE.** Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

4. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E PREPARO DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM.**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Jose Eduardo Mainart Panini – Médico infectologista Diane Michely Cassaro – Enfermeira Dep. Gestão Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – enfermeira Dep. Atenção	Fernando Pedrotti – Médico Saúde da Família - Dep. Gestão Anna Luisa Finkler – enfermeira Depto. Atenção Básica Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – enfermeira Depto.	Denise Liell – Secretária de Saúde Márcia Cristina Guilhem – Diretora Atenção Básica;

Básica Marcia Inês Malmann – Enfermeira/Gerente Atenção Básica.	Atenção Primária João Paulo Boiko – Técnico Segurança do Trabalho RH Talyta Cynthia Zanetti Tokunaga – fisioterapeuta PAD	

	PROTOCOLO DE RECOMENDAÇÕES PARA O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI – SERVIÇOS DE SAÚDE COM ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS		
Protocolo Nº 02	**Versão** 01	**Elaborado em:** Maio/2020	**Página:** 1/10

1. INTRODUÇÃO

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

Considerando as precauções indicadas para a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, são indicados os equipamentos de proteção individual (EPI) descritos neste protocolo, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

2. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DESIGNADAS PARA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

PROCEDIMENTO	EPIs
Atendimento na RECEPÇÃO (Fast Track)	- Manter paciente a 1 metro de distância; - Máscara cirúrgica; - Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene

	antisséptica com álcool gel 70%. - Realizar desinfecção das superfícies tocadas pelo paciente, e dos equipamentos e objetos tocados pelo funcionário após receber documentos/papéis de pacientes a cada atendimento;
ATENDIMENTO PELA ENFERMAGEM E MÉDICO	- Avental descartável ou de tecido; - Roupa privativa - Máscara cirúrgica; - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luva; -Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%. - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	- Avental impermeável; - Roupa privativa; - Máscara N95; - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro;

	- Luva;
COLETA DE RT-PCR	- Avental impermeável; - Roupa Privativa - Máscara N95; - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luva;
SERVIÇO DE APOIO E HIGIENIZAÇÃO	- Avental impermeável; - Máscara cirúrgica; - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luva de borrachas; - Botas de borracha com sola antiderrapante;
REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO	- Avental impermeável; - Máscara Cirúrgica - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luva;

Obs.1: Para profissionais que ficarão internos na UBS, sem contato com paciente sintomático respiratório não é recomendado uso de avental, gorro, protetor facial /óculos e N95. A

recomendação é seguir as normas vigentes, para o trabalho em saúde, como sapato fechado e impermeável, cabelo sempre amarrados, jaleco manga longa, não utilizar adornos, e mascara de tecido.

Obs. 2: Os EPIs (avental e luva) devem ser imediatamente removidos após a saída do usuário da tenda, ou de outro local de atendimento direto ao paciente além de realizar higienização das mãos. O profissional de saúde que necessite atender um paciente logo em seguida, não há necessidade de trocar gorro, óculos ou protetor facial e máscara.

3. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

AMBIENTE	PÚBLICO-ALVO	ATIVIDADE	EPI
Recepção	Recepção e Guarda municipal	Recebimento de pacientes	Manter paciente a 1 metro de distância; - Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Triagem	Profissionais de Enfermagem	Classificação de Risco	*Caso entre em contato com paciente com sintomas respiratórios a menos de 01 metro:* - Higiene das mãos; - Avental descartável ou tecido: - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Luvas de procedimento; - Gorro;

			- Realizar desinfecção das superfícies, de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes após cada atendimento.
Consultórios	Médicos	Exame físico de paciente **com** Sintomas respiratório	- Higiene das mãos; - Avental descartável ou tecido ; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luvas de procedimento;
		Exame físico de paciente **sem** Sintomas respiratório	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica;
Áreas Administrativas	Todos os servidores, incluindo profissionais da saúde	Tarefas administrativas sem contato com pacientes portadores de COVID-19	- Máscara de Tecido
Injetáveis COVID	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao paciente	- Higiene das mãos; - Avental descartável ou tecido ; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield);

			- Gorro; - Luvas de procedimento;
Injetáveis **NÃO** COVID	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao paciente	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica;
Observação COVID	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao paciente	- Higiene das mãos; - Avental descartável ou tecido; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luvas; **Obs. 1.** Avental impermeável será indicado a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc). **Obs. 2.** Máscara N95 e avental impermeável (Quando tiver risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais, etc.);
Observação **não** COVID	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao paciente	Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Em casos de isolamento por contato (bactérias MR) manter precauções já estabelecidas;
Emergência	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao	- Higiene das mãos;

COVID		paciente	- Avental descartável ou tecido; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luvas; **Obs. 1.** Avental impermeável será indicado a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc). **Obs. 2.** Máscara N95 e avental impermeável (Quando tiver risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais, etc.);
Emergência **não** COVID	Profissionais de saúde	Cuidado direto ao paciente	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica; - Gorro; - Avental: se contato com paciente com risco de contaminação com secreções biológicas; - **Obs. 1.** Máscara N95 e avental impermeável (Quando tiver risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais, etc.);

Rouparia	Serviços Gerais	Serviço interno rouparia	- Higiene das mãos; - Gorro; - Máscara cirúrgica.
		Reposição nos setores COVID usar:	- Higiene das mãos; - Gorro; - Máscara cirúrgica;
Copa	Serviços Gerais	Serviço interno na copa	-Higiene das mãos; - Gorro; - Máscara cirúrgica;
		Distribuição do almoço nos setores;	-Higiene das mãos; - Gorro; - Máscara cirúrgica; **- Avental**
RX	Técnicos em Radiologia	Distância espacial de pelo menos 1 metro	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica;
		Cuidado direto com o paciente	- Higiene das mãos; - Avental descartável ou tecido; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luvas; **Obs. 1.** Pacientes intubados: Máscara N95

			e avental impermeável (Quando tiver risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais, etc.);

Orientações Gerais – rede Urgência e Emergência

1. Atentar para higiene de mãos nos 5 momentos.
2. Todos os servidores deverão estar em uso de roupa privativa;
3. Calçado fechado;
4. Não usar adornos;
5. Durante a rotina de pacientes intubados com sistema de aspiração fechado (SAF), não há necessidade de uso de N95, devendo utilizar a máscara cirúrgica descartável, exceto em procedimentos geradores de aerossóis (troca de tubo, aspiração do sistema, reanimação cardiopulmonar, coleta de material de oro ou nasofaringe, nebulização);
6. Durante higiene oral, utilizar pouca água e evitar aspiração em excesso.

OBS 1: Sobras de alimento (marmita e talhares descartáveis) deve ser descartado pelo próprio paciente e/ou acompanhante em lixo infectante (ala suspeito ou confirmado COVID-19);

OBS 2: Serviços terceirizados, os EPI devem ser fornecidos pela empresa aos seus profissionais.

4. RECOMENDAÇÕES DO USO DE EPI NO SETOR DE TRANSPORTE

AMBIENTE	PÚBLICO-ALVO	ATIVIDADE	EPI

Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Profissionais de saúde	Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 para serviços de saúde (referência ou não).	- Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%. - óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - máscara cirúrgica; - avental descartável ou de tecido; - luvas; - **Obs. 1.** Máscara N95 e avental impermeável (Quando tiver risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais, etc.); -**Obs 2**: Janelas do veiculo sempre que possível aberta.
		Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes com outros diagnósticos (**não é** suspeito ou confirmado de COVID-19)	- Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%. - máscara cirúrgica (EPI de acordo com as precaução padrão e, se necessário, precauções específicas)

Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Motorista	Envolvido apenas na condução do paciente **com suspeita de doença COVID19** e o compartimento do motorista é separado do paciente suspeito ou confirmado de COVID-19	- Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%. - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas; - máscaras cirúrgica; OBS: janelas do veiculo sempre abertas quando possível.
		Auxiliar na colocação ou retirada de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19	- Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%. - óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - máscara cirúrgica; - avental descartável ou de tecido, com troca a cada paciente, se houver contato com o mesmo; - luvas;
		Nenhum contato a menos de 1 metro do paciente com suspeita de COVID-19, mas	- Higiene das mãos após cada atendimento; na impossibilidade de lavagem das mãos, realizar higiene antisséptica com álcool gel 70%.

		nenhuma separação entre os compartimentos do motorista e do paciente.	- máscara cirúrgica; **Obs 1**: caso seja realizado procedimento que possa gerar aerossóis, trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente **Obs 2**:janelas do veiculo sempre que possível aberta
		Limpeza e desinfecção do interior do veículo, após o transporte de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 para os serviços de saúde	- Avental impermeável; - Máscara cirúrgica; - Óculos ou protetor facial (face shield); - Gorro; - Luva de borrachas; - Botas de borracha com sola antiderrapante; OBS: janela do veiculo aberta, durante processo de limpeza e desinfecção

5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2012.

2. **BRASIL.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2).(atualizada em 08/05/2020).**

3. OMS. Organização Mundial De Saúde – **TIPOS RECOMENDADOS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NO CONTEXTO DOCOVID-19, DE ACORDO COM O TIPO DE AMBIENTE, PESSOA ALVO E TIPO DE ATIVIDADE.** Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

4. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E PREPARO DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM.**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Jose Eduardo Mainart Panini – Médico infectologista Andreia Vidal – Enfermeira CCIH PAM	Assione Vergane – Enfermeira Vigilância Sanitária Diane Michely Cassaro – Enfermeira Dep. Gestão Fernando Pedrotti – Medico Saúde da Família - Dep. Gestão Anna Luisa Finkler – enfermeira Dep. Atenção Primária Sirlene de Fatima da Silva Dela Torre – enfermeira Dep. Atenção Primária João Paulo Boiko – Técnico	Denise Liell – Secretária de Saúde

	Segurança do Trabalho RH	

	Protocolo de Utilização de Máscaras Cirúrgicas e PFF2/N95		
Protocolo Nº 01	**Versão** 01	**Elaborado em:** Maio/2020	**Página:** 1/4

1. Objetivo

As máscaras cirúrgicas e a PFF2/N95 são parte dos equipamentos de proteção individual utilizados durante atendimento de suspeitas de COVID-19, sendo assim, este documento visa orientar a utilização dos mesmos dentro das UBS e Serviços de Urgência e Emergência.

2. Abrangência

Este documento aplica-se a toda a rede municipal de saúde do gerida pela Prefeitura de Toledo, sendo atenção básica, rede de saúde mental, atenção especializada, rede de urgência e emergência.

3. Responsabilidades

Todos os profissionais que prestarem atendimento a pacientes suspeitos e confirmados de COVID 19.

4. Recomendações

1. MÁSCARAS CIRÚRGICAS

- Durante um turno de trabalho os profissionais deverão utilizar a máscara cirúrgica de forma contínua, com trocas a cada 4 horas, sempre descartando a máscara anterior em lixo infectante;

- São de uso individual e deverão cobrir nariz e boca;

- Durante o uso, evitar tocar na parte frontal da máscara, pois é considerada contaminada;

- Devem ser substituídas se contaminação com sangue, secreções respiratórias, nasais, ou outros fluidos corporais, *se estiverem danificadas ou úmidas*.

Sendo assim, fica orientado para todo profissional de saúde retirar suas máscaras na entrada da UBS e Serviços de Urgência e Emergência da seguinte maneira:

- 2 mascara para turnos de 06 horas;
- 2 máscaras para turnos de 8 horas;
- 3 máscaras turnos de 12 horas;

O fornecimento das máscaras deverá ser realizada pela farmácia, com registro e assinatura do profissional, na rede de urgência e emergência.

Nos demais serviços de saúde ficará a responsabilidade de entrega, registro com assinatura e controle na gerência ou coordenação dos serviços.

Após contato com casos suspeitos ou confirmados para COVID-19, o profissional de saúde necessita retirar apenas avental e luvas, além de realizar a higiene de mãos entre os atendimentos de pacientes. Mantendo o gorro, óculos, máscara e protetor facial.

OBS 1: Em situações onde houver necessidade de atendimento de outro usuário não suspeitos para COVID-19, deverá ser trocado mascara e realizado higienização de protetor facial.

OBS 2: casa haja intervalos de descanso, alimentação, entre os atendimentos, a máscara devera ser descartada imediatamente após atendimento do último usurário.

2. MÁSCARAS PFF2/N95

As máscaras PFF2/N95 deverão ficar *reservadas para situações com risco de aerossolização,* como intubação orotraqueal, aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coleta de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc. Se não houverem estas situações, utilizar máscara cirúrgica.

O armazenamento destas máscaras deverá ser realizado em saco de papel identificado com nome do profissional e data da abertura, sempre mantendo as tiras de fixação para fora e o saco aberto, em local limpo. A cada retirada de máscara o papel deverá ser trocado.

- Sempre dar preferência para uso de face shield (protetor facial) ao invés de óculos quando utilizar PFF2/N95.

- As máscaras cirúrgicas não devem ser utilizadas sobre a máscara PFF2/N95.

- As máscaras PFF2/N95 deverão ser dispensadas conforme a necessidade, pela farmácia na rede de urgência e emergência, nos demais serviços de saúde será dispensado pela gerência ou coordenação, todos os locais devem possuir registro, justificativa e assinatura do profissional no ato da dispensação da mascara.

- ***VALIDADE****: Estas máscaras poderão ser utilizadas por até de 7 dias, porém quando úmidas, sujas, rasgadas, amassadas, com vincos ou com problema de vedação devem ser descartadas imediatamente*.

- ***OBS***: a PFF2 pode funcionar dentro das especificações por 8horas, desde que em uso contínuo. Sendo assim a orientação é utilizar nos procedimentos necessários, após termino, retirar na técnica e acondicionar em local adequado, para próximo uso. Alinhado aos treinamentos.

Ação para colocação da Máscara

1. Colocar a máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto do paciente que esteja com recomendação de precauções por aerossóis;

2. Segurar a máscara N95 ou PFF2 com a pinça nasal próxima à ponta dos dedos deixando as alças pendentes;

3. Encaixar o respirador sob o queixo;

4. Posicionar um tirante na nuca e outro sobre a cabeça;

5. Ajustar a pinça nasal no nariz;

6. Verificar a vedação, realizando teste de pressão positiva.



Ação para remoção da Máscara

1. Iniciar a retirada da máscara pelas tiras;

2. Retirar o tirante posicionado na nuca passando-o sobre a cabeça;

3. Retirar o outro tirante, passando-o sobre a cabeça;

4. Remover a máscara N95 ou PFF2 da face sem tocar a sua superfície externa e interna com os dedos e guardá-la.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica n. 4/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2). Brasília, 30 jan. 2020.

DISTRITO FEDERAL. Gerência de Risco em Serviços de Saúde. Nota técnica GRSS/DIVISA Nº01/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas que devem ser adotadas para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19). Brasília, 09 abr.2020.

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprovado por:**
Jose Eduardo Mainart Panini – Médico infectologista Andreia Vidal – Enfermeira CCIH PAM	Anna Luisa Finkler – enfermeira Dep. Atenção Primária Assione Vergane – Enfermeira Vigilância Sanitária Diane Michely Cassaro – Enfermeira Dep. Gestão	Denise Liell – Secretária de Saúde

	Fernando Pedrotti – Medico Saúde da Família - Dep. Gestão João Paulo Boiko – Técnico segurança do trabalho RH Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – enfermeira Dep. Atenção Primária	