

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

PORTARIA Nº 03/2020 – DEASE/SEJUF/PR, DE 21 DE MAIO DE 2020

Altera a Portaria nº 02/2020 –
DEASE/SEJUF.

O CHEFE DO DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO, no uso das atribuições legais,

CONSIDERANDO a ausência de estrutura de rede de saúde no município de Laranjeiras do Sul;

RESOLVE:

Art. 1º. Alterar a redação da Portaria 02/2020 – DEASE, no § 3º do Artigo 2º:

§ 3º. Denominar Unidades Sentinelas Referência: as unidades com condições físicas para disponibilidade de alojamentos de isolamento para adolescentes que apresentarem sintomas e/ou confirmados da COVID-19 e que atenderão as unidades sem condições físicas para disponibilidade de alojamentos de isolamento ou sem estrutura de rede de saúde, para adolescentes que apresentarem sintomas e/ou confirmados da COVID-19.

I – Estabelecer como Unidades Sentinelas os CENSE's: Foz do Iguaçu, Joana Richa, Londrina I, Londrina II, Piraquara (São Francisco) e Toledo.

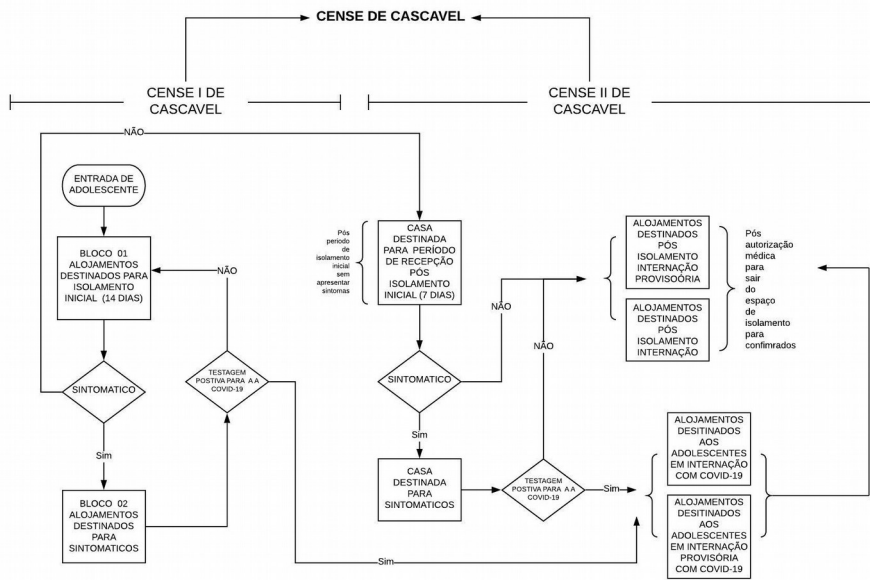
II – Estabelecer como Unidades Sentinelas de Referência os CENSE's: Cascavel, Maringá, Ponta Grossa e São José dos Pinhais.

III – Todos os adolescentes sintomáticos e/ou confirmados da COVID-19 e estiverem em atendimento junto aos CENSE's de Campo Mourão, Fazenda Rio Grande, Laranjeiras do Sul, Paranavaí, Pato Branco, Santo Antônio da Platina e Umuarama deverão ser remanejados para as unidades sentinelas de referência, conforme quadro abaixo:

CENSE	UNIDADE SENTINELA DE REFERÊNCIA PARA CASOS SINTOMÁTICOS E/OU CONFIRMADOS DE COVID-19
Campo Mourão	CENSE de Maringá
Fazenda Rio Grande	CENSE de São José dos Pinhais
Laranjeiras do Sul	CENSE de Ponta Grossa
Paranavaí	CENSE de Maringá
Pato Branco	CENSE de Cascavel
Santo Antônio da Platina	CENSE de Ponta Grossa
Umuarama	CENSE de Cascavel

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

Art. 2º. Alterar o fluxo do Art. 4ª, inciso I da Portaria 02/2020 – DEASE:



Art. 3º. Substituir o ANEXO I da Portaria 02/2020 – DEASE pelo ANEXO I da presente portaria.

Art. 4º. Substituir o ANEXO II da Portaria 02/2020 – DEASE pelo ANEXO II da presente portaria.

Art. 5º. Substituir o ANEXO III da Portaria 02/2020 – DEASE pelo ANEXO III da presente portaria.

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Curitiba, 21 de maio de 2020.

AMILTON ANTONIO DE OLIVEIRA
Chefe Interino do Departamento de Atendimento Socioeducativo

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO ANEXO I



Região	Município	Unidade	Sexo	Capacidade Instalada						
				IP		I		SL		TOTAL
				M	F	M	F	M	F	TOTAL
Região 1 269 vagas	Ponta Grossa	Cense de Ponta Grossa	M F	8	8	20	0	0	0	36
	Ponta Grossa	Semi Masculina de Ponta Grossa	M	0	0	0	0	18	0	18
	Curitiba	Cense Curitiba	M F	50	5	0	0	0	0	55
	Curitiba	Cense Joana Miguel Richa	F	0	0	0	15	0	0	15
	Curitiba	Semi Feminina de Curitiba	F	0	0	0	0	0	7	7
	Curitiba	Semi Masculina de Curitiba	M	0	0	0	0	18	0	18
	Fazenda Rio Grande	Cense Fazenda Rio Grande	M	0	0	15	0	0	0	15
	Piraquara	Cense São Francisco	M	0	0	45	0	0	0	45
	São José dos Pinhais	Cense São José dos Pinhais	M	0	0	50	0	0	0	50
Região 2 184 vagas	Paranavaí	Cense de Paranavaí	M	4	0	10	0	0	0	14
	Paranavaí	Semi Masculina de Paranavaí	M	0	0	0	0	18	0	18
	Umuarama	Cense de Umuarama	M	3	0	5	0	0	0	8
	Umuarama	Semi Masculina de Umuarama	M	0	0	0	0	18	0	18
	Londrina	Cense 1 de Londrina	M F	28	2	0	0	0	0	30
	Londrina	Cense 2 de Londrina	M	0	0	18	0	0	0	18
	Londrina	Semi Masculina de Londrina	M	0	0	0	0	18	0	18
	Maringá	Cense de Maringá	M	10	0	30	0	0	0	40
	Santo Antônio da Platina	Cense de Santo Antônio da Platina	M	5	0	5	0	0	0	10
	Campo Mourão	Cense Campo Mourão	M	3	0	7	0	0	0	10
Região 3 194 vagas	Cascavel	Cense 1 de Cascavel	M	20	0	0	0	0	0	20
	Cascavel	Cense 2 de Cascavel	M	0	0	40	0	0	0	40
	Cascavel	Semi Masculina de Cascavel	M	0	0	0	0	18	0	18
	Foz do Iguaçu	Cense Foz do Iguaçu	M F	15	1	24	0	0	0	40
	Foz do Iguaçu	Semi Masculina de Foz do Iguaçu	M	0	0	0	0	18	0	18
	Toledo	Cense de Toledo	M	5	0	10	0	0	0	15
	Pato Branco	Cense de Pato Branco	M	2	0	3	0	0	0	5
	Laranjeiras do Sul	Cense Laranjeiras do Sul	M	12	0	38	0	0	0	50
TOTAL DA CAPACIDADE INSTALADA				165	16	320	15	126	7	649

**DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO
ANEXO II**

FICHA DE MONITORAMENTO ADOLESCENTE ASSINTOMÁTICO - COVID-19

- ✓ Adolescente assintomático ao ingressar na Internação Provisória: permanecer em isolamento por 14 dias.
- ✓ Adolescente assintomático que, após cumprimento da internação provisória, é encaminhado para Unidade de Internação: permanecer em isolamento na unidade de internação por 7 dias.
- ✓ O monitoramento deverá ocorrer pela equipe de saúde a cada 24 horas, até findar o período do isolamento.
- ✓ Observação: orientar o adolescente que a qualquer tempo, caso o adolescente apresente sintomas de febre, coriza, tosse, dor de gargante e/ou dificuldade pra respirar, ele deverá comunicar imediatamente ao agente de segurança socioeducativo.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: _____

RG: _____

CPF: _____

Cartão Nacional de Saúde (CNS) / Cartão SUS: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Município: _____

CEP: _____

Data de entrada na Unidade Socioeducativa: ____/____/____

Origem: () Unidade Socioeducativa

Se sim, qual?

() Delegacia

Se sim, qual município?

() Hospital

Se sim, qual?

() Outros – Especificar: _____

DADOS CLÍNICOS

Data e horário da avaliação pela equipe de saúde: ____/____/____ ____:____

Responsável pela Avaliação: (nome completo e categoria profissional)

Teve contato com suspeito/confirmado para COVID-19?

() SIM

() NÃO

() NÃO SOUBE INFORMAR

Se sim, quem foi o contato?

Gestante: () Sim

() Não

Se sim, quantas semanas?

Comorbidades:

() Sim

() Não

Especificar: _____

Faz uso de medicamentos: () Sim () Não Especificar: _____

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

OBSERVAÇÕES

- ✓ Preencher com N quando não houver sintomas e com S quando houver.
- ✓ Favor não deixar os campos em branco.
- ✓ Em caso de não preenchimento do campo, fazer um hífen: “-”
- ✓ Caso se tratar de adolescente em isolamento de 7 dias, fazer um hífen “-” nos dias de monitoramento 08, 09, 10, 11, 12, 13 e 14.

MONITORAMENTO ADOLESCENTES ASSINTOMÁTICOS

Dia de Monitoramento	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Data														
Febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$														
Tosse														
Dor de garganta														
Mialgia e fadiga														
Rubrica do Profissional que realizou o monitoramento														

Outros sinais/sintomas (especificar):

Rubrica, assinatura e carimbo dos profissionais de saúde que realizaram o preenchimento deste formulário:

--

Conclusão do período de monitoramento: ____/____/____

Nome completo do profissional:

Categoria Profissional:

Nº do conselho de classe:

Assinatura e carimbo:

--

**DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO
ANEXO III**

**FICHA DE MONITORAMENTO DE CASO SUSPEITO E/OU CONFIRMADO
DA COVID-19**

- ✓ Adolescente sintomático ao ingressar na Internação Provisória/Internação: permanecer em isolamento por 14 dias ou até alta médica.
- ✓ O monitoramento deverá ocorrer pela equipe de saúde a cada 24 horas, até findar o período do isolamento.
- ✓ Observação: orientar o adolescente que a qualquer tempo, caso o adolescente apresente sintomas de febre, coriza, tosse, dor de gargante e/ou dificuldade pra respirar, ele deverá comunicar imediatamente ao agente de segurança socioeducativo.

Unidade:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de nascimento: ____/____/____

Idade:

Sexo:

RG:

CPF:

Cartão Nacional de Saúde (CNS) / Cartão SUS:

Nome da mãe:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

Município:

CEP:

Data de entrada na Unidade Socioeducativa: ____/____/____

Origem: () Unidade Socioeducativa

Se sim, qual?

() Delegacia

Se sim, qual município?

() Hospital

Se sim, qual?

() Outros – Especificar:

DADOS CLÍNICOS

Data e horário da avaliação pela equipe de saúde: ____/____/____ ____:____

Responsável pela Avaliação: (nome completo e categoria profissional)

Gestante: () Sim

() Não

Se sim, quantas semanas?

Comorbidades:

() Sim

() Não

Especificar:

Faz uso de medicamentos: () Sim

() Não

Especificar:

Data do Início dos sintomas: ____/____/____

Tratando-se de caso suspeito e/ou confirmado da COVID-19, deverá ser comunicada a autoridade judiciária, através de ofício anexado nos autos do adolescente via PROJUDI e a Divisão de Saúde do

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

DEASE via e-mail saudedease@sejuf.pr.gov.br

Tratando-se de caso suspeito e/ou confirmado da COVID-19, deverá ser comunicada a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Referência da Unidade Socioeducativa. Quando a comunicação precisar ocorrer fora do horário de atendimento da UBS, deverá ser comunicado o serviço de saúde responsável pelo atendimento aos casos da COVID-19 no município.

Data e horário da informação à UBS de Referência:

(ou serviço de saúde responsável pelos casos da COVID-19) _____ / _____ / _____ : _____

Profissional que recebeu a informação na UBS (nome completo e categoria profissional):

Número da notificação:

Data da notificação: ____/____/____

Necessário consulta na rede municipal de saúde; () SIM () NÃO

Prescrito Oseltamivir (Tamiflu): () SIM () NÃO

Anotações referentes ao caso e/ou consultas e/ou prescrições médicas:

TESTAGEM

Solicitação de testagem, junto a UBS ou serviço de saúde responsável pelos casos da COVID-19?

() SIM () NÃO

Se sim, data da solicitação: ____/____/____

Testagem realizada? () SIM () Não Data da realização do teste: ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____ Resultado: () Positivo () Negativo

Determinação judicial para realização da testagem para a COVID-19?

() SIM () NÃO

Se sim, data da determinação: ____/____/____

Testagem realizada? () SIM () Não Data da realização do teste: ____/____/____

Data do resultado: ____/____/____ Resultado: () Positivo () Negativo

Anotações referentes à testagem:

OBSERVAÇÕES

- ✓ Preencher com N quando não houver sintomas e com S quando houver.
- ✓ Favor não deixar os campos em branco.

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO

(dispneia)																			
Cianose																			
Convulsão																			
Alteração de Estado Mental (confusão, letargia, irritabilidade, sonolência, etc)																			
Sinais de esforço respiratório (batimento de asas nasais, tiragem intercostal, cianose, hipoxemia)																			
Desidratação, inapetência																			
Comorbidades descompensadas																			
Rubrica do Profissional que realizou o monitoramento																			
Outros sinais/sintomas (especificar):																			
Rubrica, assinatura e carimbo dos profissionais de saúde que realizaram o preenchimento deste formulário:																			
Conclusão do período de monitoramento: ____ / ____ / ____																			
Nome completo do profissional: _____																			
Categoria Profissional: _____										Nº do conselho de classe: _____									
Assinatura e carimbo: _____																			