

## INSTRUÇÃO NORMATIVA SME/SMS Nº

*Estabelece normas para regulamentar a administração de medicamentos e protocolos no âmbito da saúde dos educandos nas unidades de ensino, e dá outras providências.*

Os **SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem o artigo 120, inc.VIII c/c art.77 da Lei Complementar nº 337, de 20 de dezembro de 2018 e:

**CONSIDERANDO** a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências;

**CONSIDERANDO** a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população;

**CONSIDERANDO** a Portaria ANVISA/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

**CONSIDERANDO** as recomendações do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina;

**CONSIDERANDO** o Ofício Circular nº 004/2024 de 14 de Maio de 2024, da Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí, que estabelece o fluxo de comunicação de eventos de saúde em escolas municipais e estaduais públicas e privadas da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí;

**CONSIDERANDO** a Lei Nº 13.722 de 04 de Outubro de 2018 que torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica;

**CONSIDERANDO** a necessidade de normatizar a administração de medicamentos de uso oral, nasal, retal, oftalmológico, otológico, tópico e injetável, nas unidades de ensino da Rede Municipal de Itajaí;

**CONSIDERANDO** a necessidade de normatizar as condutas dos profissionais da Rede Municipal de Educação em casos de acidentes ou ocorrências nas unidade de ensino;

## RESOLVEM:

**Art. 1º** Os educandos e os profissionais da educação encaminhados pela unidade de ensino, por meio dos instrumentos (Anexo 1 - Encaminhamento do Educando e Anexo 2 - Encaminhamento do Profissional da Educação), para o serviço de saúde, deverão **OBRIGATORIAMENTE** retornar com a comprovação de atendimento médico ou enfermeiro, apresentando o instrumento, declaração ou atestado médico, devidamente datado, assinado e carimbado.

**Parágrafo único.** É de responsabilidade da unidade de ensino, preencher o encaminhamento para o serviço de saúde com informações completas e detalhadas, bem como enviar cópia para o e-mail: [agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br](mailto:agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br) para as respectivas doenças ou suspeitas: 02 casos de Caxumba, 01 caso de Coqueluche, 02 casos de Conjuntivite, 01 caso de Difteria, 02 casos de Escarlatina, 03 casos de Gripe / COVID / Influenza na mesma sala, 01 caso de Intoxicação Exógena, 01 caso de Sarampo, 01 caso de Rubéola, 01 caso de Varicela (catapora), 02 casos de Síndrome Mão Pé Boca, 01 caso de Meningite, 02 casos de Impetigo, 02 casos de Roséola, 02 casos de Molusco Contagioso, 02 casos de Monilíase Oral (Sapinho), 02 casos de Dermatite de Fralda, 01 caso de Escabiose (Sarna), 01 caso de Pediculose (Piolho) e 2 ou mais casos de Diarreia.

**Art. 2º** Os educandos somente serão medicados nas unidades de ensino quando for imprescindível a administração de medicamento em horário escolar, devendo-se, para tanto, serem apresentadas as respectivas receitas/prescrições de profissional médico ou dentista.

**Parágrafo único.** Na impossibilidade de os pais ou responsáveis administrarem os medicamentos em casa, estes deverão solicitar, por escrito, o auxílio dos profissionais da educação.

**Art. 3º** Nos casos em que os pais ou responsáveis administrarem medicamentos (trazidos de casa) na unidade de ensino, os profissionais da educação deverão registrar o fato por escrito em formulário próprio e solicitar a assinatura dos mesmos. Os repelentes de uso tópico não necessitam receituário médico e podem ser aplicados nas unidades de ensino.

**Art. 4º** Ainda que o educando apresente os mesmos sintomas, em datas diferentes, cada receita/prescrição médica deverá ser utilizada especificamente para o tratamento prescrito, com exceção dos medicamentos de uso contínuo.

**Parágrafo único.** A receita/prescrição que contenha somente a especificação “USO CONTÍNUO” terá validade de 6 (seis) meses. É recomendável que os responsáveis comuniquem a unidade escolar nos casos de diagnósticos crônicos ou que necessitam de acompanhamento mais frequente.

**Art. 5º** Sempre que houver sobras de medicamentos, estas devem ser devolvidas aos pais ou responsáveis diariamente, não podendo ser armazenadas nas unidades de ensino;

**Art. 6º** Aos pais ou responsáveis pelos educandos que frequentam as unidades de ensino compete:

- I. Encaminhar a devida receita/prescrição médica ou odontológica e a **autorização datada e assinada** (conforme formulário anexo), com a definição do horário para administração do medicamento, a fim de que os profissionais da educação possam administrar adequadamente o medicamento.
- II. Entregar, em mãos, aos profissionais da Educação, os medicamentos nas embalagens originais (frasco/cartela) devidamente identificados com o nome completo do educando;
- III. Definir os horários de administração dos medicamentos, para que seja administrado nas unidades de ensino o menor número de doses possível durante o horário escolar, sendo que a primeira dose deverá ser administrada em casa, impreterivelmente;
- IV. No caso de medicamentos que necessitam de preparo antes da administração (dilução em água, por exemplo), o procedimento deverá ser feito pelos pais ou responsáveis, antes de ser entregue na unidade de ensino.

**Art. 7º** Aos profissionais da educação compete:

- I. Observar os seguintes itens na receita/prescrição médica ou odontológica e na solicitação dos pais ou responsáveis: Nome do educando; Nome do medicamento; Carimbo do prescritor (Médico ou Dentista) com nome legível e número do registro no respectivo Conselho profissional; Posologia/Dosagem; Horário para administração do medicamento; Validade da Prescrição Médica.
- II. Verificar se as informações de identificação no rótulo do medicamento estão de acordo com o prescrito na receita/prescrição. Em caso de medicamentos genéricos, atentar para o princípio ativo e administrar conforme prescrição.
- III. Verificar a data de validade do medicamento;
- IV. Manter a receita médica ou odontológica junto à medicação.
- V. Administrar os medicamentos aos educandos matriculados na Rede Municipal de Ensino, mediante solicitação por escrito dos pais ou responsável devidamente datada e assinada, com a receita/prescrição médica ou odontológica;
- VI. Fazer uma cópia da receita/prescrição médica para mantê-la na unidade de ensino, junto aos documentos/dados de cada educando;
- VII. Guardar e conservar os medicamentos em sua embalagem original e em local seguro, arejado, seco e protegido da luz. Jamais em cima de geladeiras, microondas, em banheiros, embaixo de pias, ou próximos de materiais de limpeza;
- VIII. Manter os medicamentos longe do alcance dos educandos;
- IX. Não administrar chás, ou preparação de plantas, para os educandos, salvo com prescrição médica. Preparações caseiras não serão administradas.

**Art. 8º** Em casos excepcionais poderá ser administrada, na unidade de ensino, a insulina injetável, mediante análise do Grupo Gestor da Secretaria de Educação e Saúde.

**Parágrafo único.** Comprovada a necessidade da aplicação de medicamentos injetáveis na Unidade de Ensino, os profissionais da educação, juntamente com os pais ou responsáveis do educando, deverão solicitar auxílio ao profissional de saúde competente da Unidade de Saúde mais próxima para receberem orientação/treinamento, e tornarem-se aptos a realizar a administração dos mesmos.

**Art. 9º** Os medicamentos que necessitam de aparelho nebulizador não serão administrados nas unidades de ensino.

**Parágrafo único.** No caso dos medicamentos inalatórios que necessitam do uso de espaçador, os pais ou responsáveis deverão orientar os profissionais da educação sobre o uso deste equipamento e, se este acharem necessário, deverão solicitar orientação ao profissional de saúde competente da Unidade de Saúde mais próxima.

**Art. 10** O educando que apresente febre, diarreia, vômitos, ou outros sintomas, após o uso de medicamentos, não deve permanecer na unidade de ensino, cabendo aos profissionais da educação informar imediatamente o ocorrido aos pais ou responsáveis, a fim de que estes tomem as providências cabíveis.

**Art. 11** Considera-se febre a temperatura maior ou igual a 37,8º, devendo a unidade escolar informar imediatamente o ocorrido aos pais ou responsáveis.

**Art. 12** Amostras biológicas não serão coletadas nas unidades de ensino (urina, fezes, sangue), exceto as coletas determinadas pela Vigilância Epidemiológica.



**Art. 13** Casos em que o educando faça uso de sondas para alimentação enteral, bolsas de colostomia ou outros dispositivos na Unidade de Ensino, os profissionais da educação, juntamente com os pais ou responsáveis do educando, deverão solicitar auxílio ao profissional de saúde competente da Unidade de Saúde mais próxima, para receber orientação/treinamento e tornarem-se aptos a realizar o manejo dos mesmos.

**Art. 14** Em casos de acidentes ou ocorrências, a unidade de ensino deverá:

- I - Avaliar o estado da criança (respiração, batimento cardíaco, sonolência, comunicação);
- II - Comunicar imediatamente o (s) responsável (s);
- III - Contactar o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU – 192) e seguir as orientações.


**Parágrafo único:** Em situações extremas os profissionais da unidade de ensino deverão levar o educando ao serviço de saúde mais próximo.

**Art. 15** Os casos omissos nesta Instrução Normativa deverão ser levados às instâncias competentes das Secretarias Municipais de Educação e Saúde.

**Art. 16** Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Instrução Normativa n.01, de 13 de agosto de 2015.

Itajaí - SC, 27 de junho de 2024.

  
Profª. MSc. Elisete Furtado Cardoso  
Secretária Municipal de Educação

  
Emerson Roberto Duarte  
Secretário Municipal de Saúde



**ENCAMINHAMENTO DO EDUCANDO**

| PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Centro de Educação Infantil (CEI):</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| Sala que a criança frequenta:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| Nome da Criança:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
| Data de Nascimento:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |
| Data do encaminhamento:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| Data dos primeiros sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |
| Primeiros sintomas apresentados no CEI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                            |                                                   |
| Outras crianças com os mesmos sintomas na sala? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                    |                                                   |
| Quantas?                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |
| Alguma criança que já passou por atendimento médico ou de enfermagem, já possui algum diagnóstico:                                                                                                                                                                           |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Doenças Diarreias                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Conjuntivite             |
| <input type="checkbox"/> Catapora                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Caxumba                  |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Mão Pé Boca                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Molusco Contagioso       |
| <input type="checkbox"/> Meningite                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Monilíase Oral – Sapinho |
| <input type="checkbox"/> Influenza A                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Dermatite de Fralda      |
| <input type="checkbox"/> Influenza B                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Escabiose – Sarna        |
| <input type="checkbox"/> COVID                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Pediculose – Piolho      |
| <input type="checkbox"/> Impetigo                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> Roséola                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> _____                    |
| Sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Diarreia: ____ vezes/dia <input type="checkbox"/> pastosa/sem alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/sem alteração de cor<br><input type="checkbox"/> pastosa/com alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/com alteração de cor |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Vômito: ____ vezes/dia                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| Temperatura: ____ °C <input type="checkbox"/> Temperatura não aferida                                                                                                                                                                                                        |                                                   |
| Outros sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
| <input type="checkbox"/> manchas vermelhas no rosto                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> manchas vermelhas no corpo                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> tosse                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> lesão mucosa oral                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> Secreção nos olhos                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> bolhas no corpo                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> _____                    |
| Observações adicionais:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I:                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| <b>PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| Data do atendimento:                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Criança apta a frequentar o CEI- Justificar: _____                                                                                                                                                                                                  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Criança deverá permanecer ____ dias afastadas do CEI.                                                                                                                                                                                               |                                                   |
| Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |





**ENCAMINHAMENTO DO EDUCANDO**

| PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Centro de Educação Infantil (CEI):</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| Sala que a criança frequenta:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| Nome da Criança:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
| Data de Nascimento:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |
| Data do encaminhamento:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| Data dos primeiros sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |
| Primeiros sintomas apresentados no CEI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                            |                                                   |
| Outras crianças com os mesmos sintomas na sala? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                    |                                                   |
| Quantas?                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |
| Alguma criança que já passou por atendimento médico ou de enfermagem, já possui algum diagnóstico:                                                                                                                                                                           |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Doenças Diarreias                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Conjuntivite             |
| <input type="checkbox"/> Catapora                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Caxumba                  |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Mão Pé Boca                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Molusco Contagioso       |
| <input type="checkbox"/> Meningite                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Monilíase Oral – Sapinho |
| <input type="checkbox"/> Influenza A                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Dermatite de Fralda      |
| <input type="checkbox"/> Influenza B                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Escabiose – Sarna        |
| <input type="checkbox"/> COVID                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Pediculose – Piolho      |
| <input type="checkbox"/> Impetigo                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> Roséola                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> _____                    |
| Sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Diarreia: ____ vezes/dia <input type="checkbox"/> pastosa/sem alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/sem alteração de cor<br><input type="checkbox"/> pastosa/com alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/com alteração de cor |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Vômito: ____ vezes/dia                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| Temperatura: ____ °C <input type="checkbox"/> Temperatura não aferida                                                                                                                                                                                                        |                                                   |
| Outros sintomas:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
| <input type="checkbox"/> manchas vermelhas no rosto                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> manchas vermelhas no corpo                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> tosse                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> lesão mucosa oral                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> Secreção nos olhos                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> _____                    |
| <input type="checkbox"/> bolhas no corpo                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> _____                    |
| Observações adicionais:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I:                                                                                                                                                                                                                              |                                                   |
| <b>PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| Data do atendimento:                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Criança apta a frequentar o CEI- Justificar: _____                                                                                                                                                                                                  |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Criança deverá permanecer ____ dias afastadas do CEI.                                                                                                                                                                                               |                                                   |
| Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |



MUNICÍPIO DE  
**ITAJAÍ**

**ANEXO 03:**



MUNICÍPIO DE  
**ITAJAÍ**

**AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS AOS ALUNOS**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado autorizo o  
profissional de educação competente desta Unidade de Ensino, a administrar este  
medicamento \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_h \_\_\_\_min e \_\_\_\_h \_\_\_\_min, de \_\_\_\_/\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ do ano de 20\_\_\_\_, conforme cópia da receita médica recebida do(a)aluno(a),  
\_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade que frequenta o ano  
\_\_\_\_\_ da turma \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais ou responsável

OBSERVAÇÕES

---

---

---



MUNICÍPIO DE  
**ITAJAÍ**

**AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS AOS ALUNOS**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado autorizo o  
profissional de educação competente desta Unidade de Ensino, a administrar este  
medicamento \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_h \_\_\_\_min e \_\_\_\_h \_\_\_\_min, de \_\_\_\_/\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ do ano de 201\_\_\_\_, conforme cópia da receita médica recebida do(a)  
aluno(a), \_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade que frequenta  
o ano \_\_\_\_\_ da turma \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais ou responsável

OBSERVAÇÕES

---

---