



Ofício SMS - 28/2024

Itajaí, 21 de Maio de 2024.

**Assunto:** Orientações do Município de Itajaí, referente ao Ofício Circular N°04/2024, de 14 de Maio de 2024, da Gerência Regional de Saúde

No dia 14 de Maio de 2024, a Gerência Regional de Saúde de Itajaí, lançou um documento orientador para o Fluxo de Comunicação de Eventos de Saúde em Escolas Municipais, Estaduais e Privadas da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí (**Anexo 01**). Desta maneira, a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde de Itajaí, estabelece informações municipais para a melhor condução desta comunicação.

Atualmente, as escolas municipais, já possuem fluxo próprio de encaminhamento dos educandos e dos profissionais de Educação (**Anexo 02 e Anexo 03**) para os serviços de saúde e conseqüentemente de comunicação para a Diretoria de Vigilância Epidemiológica Municipal, sendo assim, este documento é válido para as Escolas Estaduais e Privadas do nosso município.

É de responsabilidade da unidade de ensino estadual e privada, comunicar via e-mail [agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br](mailto:agravosagudos.dve@itajai.sc.gov.br) as seguintes informações: **Nome da Criança ou do Profissional, Data de Nascimento da Criança ou do Profissional, Turma que a criança estuda, Cargo que o profissional ocupa, Nome da Escola, Endereço da Escola e Responsável pela Escola**, sempre que houver suspeitas ou confirmações das seguintes doenças: 02 casos de Caxumba, 01 caso de Coqueluche, 02 casos de Conjuntivite, 02 casos de Diarreia, 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) e 01 caso de Pediculose (Piolho).

Este documento entrará em vigor em 27 de Maio de 2024.

**Elisete Furtado Cardoso**  
**Secretária Municipal de Educação**  
**Itajaí/SC**

**Emerson Roberto Duarte**  
**Secretário Municipal de Saúde**  
**Itajaí/SC**

## **ANEXO 01:**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS)**  
**Diretoria de Planejamento em Saúde (DIPS)**  
Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí  
Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE)  
Área Técnica Doenças Infecciosas Agudas e Imunização

Ofício Circular nº 004/2024

Assunto: **FLUXO DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS DE SAÚDE EM ESCOLAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS PÚBLICAS E PRIVADAS DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ.**

Reconhecendo a escola como um importante ambiente propiciador para a Promoção da Saúde, favorecedor da Prevenção e do Controle de Doenças e também reconhecendo a necessidade do fortalecimento na relação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Educação, vimos por meio deste, mui respeitosamente, apresentar o **FLUXO DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS DE SAÚDE EM ESCOLAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS PÚBLICAS E PRIVADAS DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ.**

O Ministério da Saúde (MS) possui uma lista de Doenças/Agravos de Notificação Compulsória IMEDIATA, cuja suspeição visa garantir ao cidadão o benefício INDIVIDUAL do diagnóstico laboratorial e do tratamento em tempo oportuno, bem como assegurar o benefício da COLETIVIDADE com a interrupção da cadeia de transmissão do patógeno causador destas Doenças/Agravos.

A comunicação imediata em caso de surtos (2 ou mais alunos) constituem o pilar para as ações de saúde que possibilitarão o controle do evento. A partir da comunicação, a Vigilância Epidemiológica Municipal irá desencadear a investigação do caso para a obtenção do conhecimento do tipo de agente patogênico que está provocando a doença e instituirá as medidas cabíveis para cada situação.

Isto não significa necessariamente que a escola irá passar por algum tipo de intervenção, mas sim que os Técnicos de Vigilância Epidemiológica do município irão investigar os casos com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e/ou recomendar medidas de controle para a redução de agravos e a prevenção de novos casos.

A Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí está buscando fortalecer a cultura de hábitos saudáveis por meio de ações intersetoriais recíprocas entre a Saúde e a Educação para o bem-estar e a qualidade de vida dos educandos, visando reduzir os impactos negativos para a sociedade e ampliar a segurança em Saúde.

**Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí**  
Rua Jorge Mattos, nº 21 e nº 33 | 88302-130  
Centro - Itajaí - SC

**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS)**  
**Diretoria de Planejamento em Saúde (DIPS)**  
Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí  
Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE)  
Área Técnica Doenças Infecciosas Agudas e Imunização

Diante do exposto, reiteramos a orientação que mediante o surgimento de 2 (dois) ou mais casos de ocorrências de saúde, com diagnóstico firmado e/ou com sinais e sintomas compatíveis com

doenças como Síndrome Mão-Pé-Boca, Diarréia, Conjuntivite, Parotidite (Caxumba), entre outras, que a escola comunique os eventos **IMEDIATAMENTE** aos e-mails de referência, conforme apresentado no **FLUXO DE COMUNICAÇÃO DE EVENTOS DE SAÚDE EM ESCOLAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS PÚBLICAS E PRIVADAS DA MACRORREGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ** (anexo).

Para melhor instrução às Equipes de Educação, listamos objetivamente em anexo os principais sinais e sintomas das Doenças/Agravos de interesse epidemiológico para estes casos, acompanhado da identificação de suas Notas Técnicas ou documentos afins, caso algum profissional da Saúde e de Educação tenham interesse na leitura complementar.

Esperando alcançar a compreensão de todas as autoridades envolvidas neste processo de que a pretensão deste documento objetiva fortalecer a segurança da Saúde Coletiva das Unidades Escolares, presto meus agradecimentos pela atenção dispensada, requeiro adesão à causa e coloco-me à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Sres. (as)

Secretários (as) Municipais de Saúde

Responsáveis Municipais da Vigilância Epidemiológica

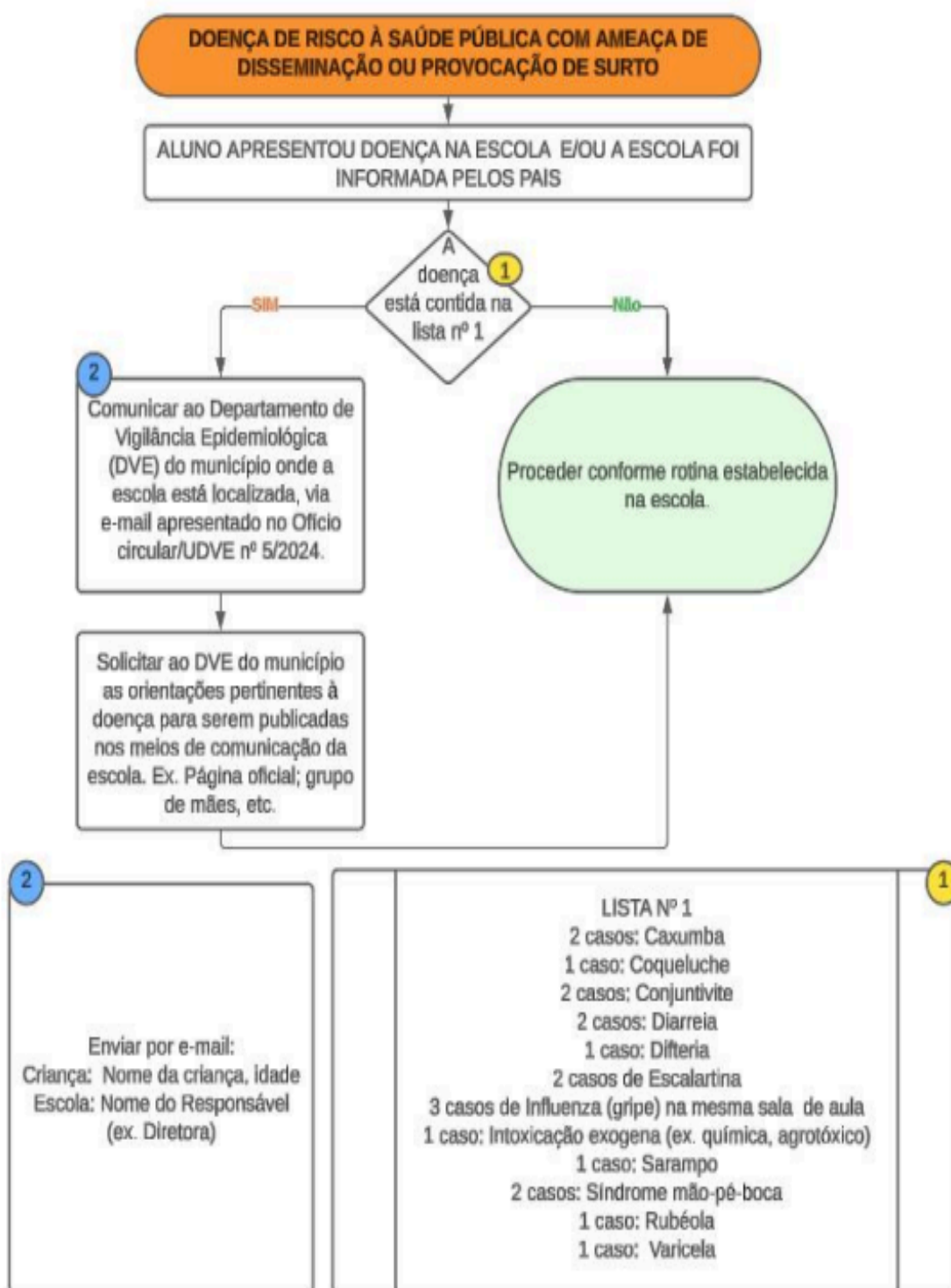
Gerente Regional de Educação da Foz do Rio Itajaí

Secretários (as) Municipais de Educação

Diretores (as) das Escolas da Rede Municipal e Estadual de Ensino Público e Privado

**UNIDADE DESCENTRALIZADA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
Departamento de Agravos Agudos.

**Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí**  
Rua Jorge Mattos, nº 21 e nº 33 | 88302- 130  
Centro - Itajaí - SC





## Assinaturas do documento



Código para verificação: **5F2O2J2K**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



**SIMONE ELENIR TORQUATO** (CPF: 852.XXX.659-XX) em 03/04/2024 às 17:18:47

Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/01/2022 - 17:37:49 e válido até 14/01/2122 - 17:37:49.

(Assinatura do sistema)



**ANDRESSA GRANEMANN DOS SANTOS** (CPF: 043.XXX.619-XX) em 15/04/2024 às 18:51:08

Emitido por: "SGP-e", emitido em 07/03/2023 - 14:38:56 e válido até 07/03/2123 - 14:38:56.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNzYxNjJfNzc0OTVfMjAyNF81RjJPMkoySw==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00076162/2024** e o código **5F2O2J2K** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



## ANEXO 02:

### 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	
<input type="checkbox"/> pastosa/com alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/com alteração de cor	
<input type="checkbox"/> Vômito: ____ vezes/dia	
Febre: ____ °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:	
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE	
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:	

### ANEXO 03:

#### ENCAMINHAMENTO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO

PARA PREENCHIMENTO DA UNIDADE ESCOLAR	
<b>Centro de Educação Infantil (CEI):</b>	
Cargo Ocupante no CEI:	
Se atua em sala de aula, qual a turma:	
Nome Completo:	
Data de Nascimento:	
Data do encaminhamento:	
Data dos primeiros sintomas:	
Primeiros sintomas apresentados no CEI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Crianças ou Profissionais com os mesmos sintomas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quantas?	
Alguém com sintomas 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	
<input type="checkbox"/> pastosa/com alteração de cor <input type="checkbox"/> líquida/com alteração de cor	
<input type="checkbox"/> Vômito: ____ vezes/dia	
Febre: ____ °C <input type="checkbox"/> Temperatura não aferida	
Outros sintomas:	
<input type="checkbox"/> manchas vermelhas no rosto	<input type="checkbox"/> bolhas no corpo
<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"/> _____
Observações adicionais:	
Assinatura e Carimbo do responsável pelo C.E.I:	
PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE	
Data do atendimento:	
<input type="checkbox"/> Profissional apto a frequentar o CEI- Justificar: _____	
<input type="checkbox"/> Profissional deverá permanecer ____ dias afastadas do CEI.	
Assinatura e carimbo do Médico ou do Enfermeiro:	