



**RESOLUÇÃO SESA Nº 536/2014**  
(Publicada no Diário Oficial do Estado nº 9258, de 30/07/14)

**O SECRETARIO DE ESTADO DA SAUDE**, usando da atribuição que lhe confere o Art.45, Inciso XIV, da Lei Estadual nº 8.485, de 03 de junho de 1987 e,

- considerando o disposto no Chamamento Público nº 011/2014, o qual tem por objeto contratação de prestadoras de serviço especializado de atenção às pessoas com alto grau de dependência relacionado à deficiência e/ou transtorno mental, vulnerabilidade e risco pessoal, com rompimento de vínculos familiares e comunitários;
- considerando Contrato nº 0306.662/2014 SGS que entre si celebram o Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde/Fundo Estadual de Saúde, e a Casa de Apoio para Adultos MF LTDA/Casa de Apoio Doce Lar, município de Curitiba, para prestação de serviço especializado de atenção as pessoas com alto grau de dependência relacionado à deficiência e/ou transtorno mental, vulnerabilidade e risco pessoal, com rompimento de vínculos familiares e comunitários;
- considerando a necessidade de acesso ao cuidado integral aos usuários atendidos,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Criar uma Comissão de Avaliação e Monitoramento com composição e atribuições desta para acompanhamento dos serviços prestados pela instituição contratada conforme Contrato acima citado.

**Art. 2º** - A composição da Comissão e os indicados é o que segue:

- 02 (dois) representantes da 2ª Regional de Saúde, sendo da Coordenação Regional de Saúde Mental e da Auditoria:  
Denise de Castro  
Maria Aparecida Fernandes Assunção de Freitas
- 01 (um) representante da Superintendência de Atenção à Saúde – SAS:  
Rejane Cristina Teixeira Tabuti

**Art. 3º** - As atribuições da Comissão de Avaliação e Monitoramento contemplam os seguintes itens:

1



- I. Fiscalização do Contrato;
- II. Atestar os relatórios mensais (Anexo I);
- III. Acompanhar a apresentação das faturas e atestar a nota fiscal mensal;
- IV. Preencher a Ficha de Avaliação da Instituição contratada;
- V. Visita técnica mensal à instituição contratada ou quando necessário;
- VI. Verificar as fichas de avaliação individual enviadas pela Casa Doce Lar (Anexo II).

**Art. 4º-** A Comissão de Avaliação e Monitoramento deverá providenciar reunião técnica mensal juntamente com a Comissão de Apoio definida em resolução própria tendo como objetivo reunir as informações acerca da assistência prestada aos usuários acolhidos e subsidiar o preenchimento da Ficha de Avaliação da Instituição contratada.

**Art. 5º-** A Coordenação da Comissão de Avaliação e Monitoramento ficará a cargo da Superintendência de Atenção à Saúde.

**Art. 6º-** Esta resolução terá vigência de um ano, podendo ser renovada por igual período.

**Art. 7º -** Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 23 de julho de 2014.

Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

*\* Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial*



Anexo I da Resolução SESA nº 536/2014

**Ficha de relatório mensal dos moradores da Residência Doce Lar**

DADOS DA INSTITUIÇÃO				
<b>Nome da Instituição:</b> Casa de Apoio para adultos Doce Lar				
<b>Endereço:</b> Rua Isaías Regis Miranda, 2972				
<b>CEP:</b> 81670-070				
<b>Município:</b> Curitiba/PR				
<b>Telefone:</b> (41) 3053-5996				
<b>Responsável:</b> Marcelo Ephigênio da Cruz / Laudir Fernandes				
<b>Mês e ano de Competência</b>			<b>Total de moradores</b>	
Nº	Nome completo do morador	Sexo	Data de nascimento	Data de entrada
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

**RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_



Anexo II da Resolução SESA nº 536/2014

**AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>
<b>NOME COMPLETO DO USUÁRIO/ APELIDO:</b>
<b>DATA DE ADMISSÃO NA RESIDÊNCIA:</b> ____/____/____
<b>DIAGNÓSTICO(S) PSIQUIÁTRICO(S) ATUAL (AIS) – Nº CID 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS</b>
<b>DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS</b>
<b>DEFICIÊNCIAS FÍSICAS ASSOCIADAS</b> ( ) DEFICIÊNCIA FÍSICA ( ) DEFICIÊNCIA VISUAL ( ) DEFICIÊNCIA AUDITIVA USO DE ( ) ÓCULOS ( ) PRÓTESES ( ) APARELHO AUDITIVO ( ) CADEIRA DE RODAS ( ) MULETAS ( ) BENGALA ( ) BOLSA COLETORA ( ) OUTRAS
<b>EM CASO DE NÃO DEAMBULAÇÃO, ANOTAR FORMA DE LOCOMOÇÃO:</b>



**TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DIÁRIO OU MENSAL, INCLUINDO OS CLÍNICOS E CONTRACEPTIVOS (CONSULTAR PRESCRIÇÃO ATUAL)**


( ) NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS

**VÍNCULOS SOCIAIS E/OU FAMILIARES**

**VISITAS**

- ( ) Não  
( ) Sim – Quem?

**EVOLUÇÃO DA AUTONOMIA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**

**ESCOLARIDADE**

- ( ) NÃO  
( ) SIM – NÍVEL:  
Está estudando? ( ) Não ( ) Sim – Onde?

**TIPO DE RENDA**

- ( ) NÃO TEM  
( ) AJUDA FINANCEIRA ESPORÁDICA (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS)  
( ) AJUDA FINANCEIRA FREQUENTE (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS)  
( ) RENDA PROVENIENTE DE PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NA RESIDÊNCIA  
( ) BENEFÍCIOS (LOAS/APOSENTADORIA)  
( ) RENDA PROVENIENTE DE BENEFÍCIO E PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NA COMUNIDADE

**HIGIENE (BANHO, CABELOS, UNHAS, HIGIENE BUCAL, USO DO VASO SANITÁRIO)**

- ( ) APENAS QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO  
( ) SOMENTE COM AUXÍLIO  
( ) APENAS QUANDO SOLICITADO  
( ) DE VEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA  
( ) DIARIAMENTE E POR VONTADE PRÓPRIA



**ALIMENTAÇÃO**

- ALIMENTA-SE SOMENTE QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO
- ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO
- ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES SOMENTE QUANDO SOLICITADO
- ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DE VEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA
- ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DIARIAMENTE POR VONTADE PRÓPRIA

**VESTIR-SE**

- NÃO SE VESTE SOZINHO, RECUSA A SE VESTIR
- VESTE-SE SOMENTE COM AJUDA DE OUTROS E/OU ESTIMULADO POR OUTRO
- VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM HIGIENE PRECÁRIA E DESALINHADAS
- VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E DESALINHADAS
- VESTE-SE COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E ALINHADAS

**COMUNICAÇÃO (FALA, CONVERSA, PEDE, PERGUNTA, RESPONDE QUANDO PERGUNTADO)**

- NÃO SE COMUNICA NEM QUANDO SOLICITADO NEM COM AUXÍLIO
- COMUNICA-SE APENAS COM AUXÍLIO
- COMUNICA APENAS QUANDO SOLICITADO VERBALMENTE
- COMUNICA-SE DE VEZ EM QUANDO POR VONTADE PRÓPRIA
- COMUNICA-SE SEMPRE POR VONTADE PRÓPRIA

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

ACEITA TOMAR MEDICAÇÃO:

- SIM
- NÃO. QUAL A ESTRATÉGIA ADOTADA PARA QUE TOME A MEDICAÇÃO?

REALIZOU ACOMPANHAMENTO EXTERNO EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (INCLUINDO SAÚDE MENTAL)

- SIM. Qual? \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

- NÃO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL E ATIVIDADES NO TERRITÓRIO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**

**TRÂNSITO PELA RESIDÊNCIA**

- LIVRE
- COM AUXÍLIO DE TERCEIROS
- COM AUXÍLIO DE MULETAS OU BENGALAS
- COM CADEIRA DE RODAS
- OUTRAS

**PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DENTRO DA RESIDÊNCIA (OFICINAS, FESTAS, JOGOS, ETC.)**

- NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES
- PARTICIPA DE ATIVIDADES – QUAIS?



<b>USO DE TRANSPORTE COLETIVO</b> ( ) NÃO USA TRANSPORTE COLETIVO ( ) USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO ( ) USA TRANSPORTE COLETIVO SEMPRE E DESACOMPANHADO		
<b>COMPRAS</b> ( ) NÃO ( ) SIM		
<b>PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DA RESIDÊNCIA (ESCOLA, IGREJA, PASSEIOS, BANCO, CURSO PROFISSIONALIZANTE)</b> ( ) NÃO ( ) SIM – QUAIS?		
<b>ATIVIDADES REALIZADAS</b>		
EXERCÍCIO FÍSICO: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) SOZINHO ( ) COM AUXÍLIO DE TERCEIROS		
CUIDADOS EM SAÚDE:		
<b>HOVE ALTERAÇÃO (EVOLUÇÃO OU RETROCESSO) OBSERVADA NA AUTONOMIA DO USUÁRIO?</b> ( ) NÃO ( ) SIM – DESCREVER:		
<b>INTERCORRÊNCIAS E OUTRAS INFORMAÇÕES:</b>		
<b>RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES</b>		
NOME DO PROFISSIONAL	FUNÇÃO	DATA