**PLANO DE AÇÃO**

**PARA PREPARAÇÃO DA RETOMADA**

**PRESENCIAL DOS**

**GRUPOS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS – SCFV**

**1 – Identificação**

Prefeitura

Secretaria

Grupo de trabalho

Elaboração

Colaboradores

Contatos

**2 – Apresentação**

O documento foi elaborado a partir da Orientação Conjunta: DIRETRIZES PARA O RETORNO DAS ATIVIDADES PRESENCIAIS DO SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS publicada pelo GT ESTADUAL no mês 11/2020.

Tem por objetivo xxxxxxxxxxxxxx

Para planejamento da retomada do SCFV foi constituído grupo de trabalho, formado por representantes das áreas/secretarias xxxxxxxxxxxxxx

Importante mencionar, que até o momento não há data definida para retomada, o que se quer é o planejamento para quando ocorrer a retomada das ações presenciais que seja de forma segura, com planejamento e formação aos profissionais, além de orientação e participação de toda a comunidade.

As diretrizes aplicam-se a todos os grupos de SCFV, ofertados de forma direta ou indireta, em equipamentos públicos ou instituições privadas, devendo ser adotadas no cotidiano de cada serviço.

Outras questões

**3 – Diagnóstico**

**3.1 – Apresentação do município e das condições do SCFV**

Dados sobre a COVID, adaptações, situação geral do SCFV (como funcionou durante a pandemia), outros;

(mapa geral do SCFV seria interessante, planilha com localização das unidades e quantidade de grupos, responsáveis, contatos de referência e emergência)

**3.2 - Identificar e caracterizar as unidades ofertantes do SCFV, públicas e privadas, no território:**

**Identificação da Unidade ofertante:** (fazer descrição de cada unidade)

Nome:

Pública ou privada:

Descrição do local de oferta; estrutura física; quantidade de profissionais com possibilidade de trabalhar de forma presencial e aqueles que deverão permanecer em trabalho remoto por pertencerem à grupo de risco; perfil do público atendido e principais demandas; necessidade de reorganização e adaptação das unidades ofertantes; principais riscos de transmissibilidade a serem mitigados e condições para a implementação de medidas preventivas à transmissibilidade do novo Coronavírus nos espaços de atendimento, incluindo a prevenção da aglomeração;

**3.3 - Mapear no território possíveis espaços públicos e/ou privados que possibilitem a descentralização e/ou melhores condições de prevenção de aglomerações, com vistas ao atendimento presencial com condições seguras para usuários/as e trabalhadores/as;**

**3.4 - Mapear no território as populações em situação de vulnerabilidade e risco social, afetadas pela pandemia:**

Considerar, inclusive, aquelas que integrem grupos de risco à infecção pelo novo Coronavírus e aquelas impactadas pela pandemia, pelos riscos e pelas medidas sanitárias de prevenção e controle - como distanciamento social, isolamento domiciliar e retomada planejada e gradativa das atividades e do convívio social;

**3.5 - Identificar os grupos de risco de acordo com o disposto pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde:**

● os/as usuários/as pertencentes à grupo de risco para contaminação do novo Coronavírus não deverão ser inseridos nos grupos presenciais do SCFV;

● os/as usuários/as que convivem com pessoas do grupo de risco para contaminação do novo Coronavírus não deverão ser inseridos nos grupos presenciais do SCFV;

● considerar o público prioritário do SCFV para retomada do atendimento presencial, exceto os/as usuários/as pertencentes aos grupos de risco para COVID-19;

● Trabalhadores em grupo de risco;

● Trabalhadores afastados por outros motivos;

● Trabalhadores aptos para presencial e trabalhadores que ficarão no trabalho remoto;

● Necessidades de adaptações / contratações emergenciais;

**4 – DESCRIÇÃO GERAL DAS PRINCIPAIS AÇÕES, FLUXOS E ACORDOS IMPORTANTES**

Aqui colocar as questões principais, pode ser por diretriz ou geral, pois depois trabalharão com a planilha

Por Exemplo:

**Encaminhamento boletim diário:**

Diariamente serão produzidos boletins diários e serão encaminhados a Secretaria de Assistência Social, que junto com a saúde farão a vigilância dos dados

**Local e providências quando diante de usuário com sintomas:**

Comunicação aos pais

Quem leva, busca

Quem acionar para as dúvidas

Profissional responsável

Espaço reservado para essas situações

**Medição de temperatura:**

Quem fará

Local

Rastreamento diário – assinatura na entrada de todas as pessoas que circularam, quem teve contato com quem

**Solicitação de apoio**

**Xxxxxxxx**

**Xxxxxxxxxxxx**

**xxxxxxxxxxxxxx**

**5 – PLANO DE AÇÃO**

A partir do diagnóstico sugere-se a utilização do quando abaixo, inspirado na ferramenta de qualidade 5W2H, buscando pensar quais as ações serão necessárias, onde serão realizadas, quando, quem será responsável, como será realizada e quanto custará. (Na orientação Conjunta do GT Estadual tem essa planilha já com alguns apontamentos de ações que servem de referência e podem ser adaptados)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medidas Sanitárias** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Questões das Atividades Socioassistenciais** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medidas para alimentação nos Serviços** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Transporte dos/as Usuários/as**  **(orientação para os municípios que ofertam este Serviço** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestão de Pessoas** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Treinamento e Capacitações** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informação e Comunicação** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finanças** | | | | | |
| **O QUÊ (AÇÃO) (W2)** | **ONDE (W3)** | **QUANDO (W4)** | **QUEM (W5)** | **COMO (H1)** | **QUANTO (H2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**6 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**7 – REFERÊNCIAS**

**8 – MODELOS DE DOCUMENTOS PADRONIZADOS**