



(O texto integral da Nota Técnica não deverá exceder 8 (oito) páginas – excluída a capa e a bibliografia – atendendo ao formato sugerido)

**PROTOCOLO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS NAS DEPENDÊNCIAS DO LABORATÓRIO DE  
XXXXXX**

**NOTA TÉCNICA N. XX/2021 (numeração deve ser colocada pela Chefia de Departamento)**

**1. Apresentação**

1.1. Denominar representantes de comissões, coordenadores de laboratório ou coordenadores de disciplina responsáveis pela solicitação.

1.2. Fundamentar a solicitação de desenvolvimento de atividades práticas presenciais baseado em resoluções do CONSEPE (Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão), que regulamenta a oferta de componentes curriculares para a graduação no período suplementar 2021.1 e Portarias do MEC quanto ao retorno às aulas presenciais respeitando condições sanitárias e a necessidade de isolamento social decorrente da pandemia do COVID-19 provocada pelo SARS-CoV-2.

**2. Justificativa**

Justificar a importância do desenvolvimento das atividades híbridas com atividades presenciais para o processo pedagógico da disciplina.

**3. Descrição**

3.1. Apresentar quadro de ocupação do ambiente, seguindo a área calculada disponível no laboratório, de acordo com a bandeira epidemiológica do município de João Pessoa como direciona o Plano de retorno às atividades da UFPB, ou seja, calcular o número máximo de pessoas por área de circulação. (Fonte: Plano UFPB para retorno gradual das atividades presenciais, Comissão de Biossegurança da UFPB)

3.2. Apresentar planejamento com Layout de distribuição das áreas do laboratório, com descrição dos itens de biossegurança encontrados no ambiente e recomendações específicas.

3.3. Descrever as Medidas coletivas gerais; Organização geral dos espaços de uso comum; e Medidas individuais a serem aplicadas no ambiente e pelos usuários de acordo com o que é preconizado pelos órgãos sanitários para a prevenção de contágio pelo SARS-CoV-2.

**4. Referências**

**5. Anexos e Apêndices**

**ANEXO A – Automonitoramento das Condições de Saúde**

**ANEXO B – Necessidade de Insumos**

**ANEXO C – Grupo de risco: Termo de Responsabilidade para retomada de atividades híbridas / presenciais durante pandemia**

**APÊNDICE A – Fotos do Ambiente Sinalizado**



### ANEXO A – AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Nome Completo: \_\_\_\_\_

#### SENTIU OU SENTE ALGUM(UNS) SINTOMA(S) RELATADOS ABAIXO?

Febre	Sim ( ) Não ( )	Dor de Garganta	Sim ( ) Não ( )
Tosse	Sim ( ) Não ( )	Dificuldade de Respirar	Sim ( ) Não ( )
Coriza	Sim ( ) Não ( )	Iritabilidade	Sim ( ) Não ( )
Diarreia	Sim ( ) Não ( )	Fraqueza	Sim ( ) Não ( )
Vômitos	Sim ( ) Não ( )	Dor de Cabeça	Sim ( ) Não ( )
Mal estar	Sim ( ) Não ( )	Dores no corpo	Sim ( ) Não ( )

Em caso positivo, quando começaram os sintomas? \_\_\_\_\_

OUTROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

#### TEM COMORBIDADES PRÉVIAS? (SELECIONAR AS PERTINENTES)

Doença Cardiovascular	( )	Doença Neurológica Neuromuscular	( )
Hipertensão	( )	Doença Neurológica Crônica	( )
Diabetes	( )	Asma	( )
Imunodeficiência	( )	Doença Pulmonar Crônica	( )
Doença Renal	( )	Obesidade	( )
Doença Hepática	( )	Neoplasia	( )

#### EXPOSIÇÃO

Teve contato próximo com pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de COVID-19? Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( ), em caso positivo, quando foi? \_\_\_\_\_

Já foi diagnosticado com COVID-19?

Sim ( ) Não ( ) Não Sabe ( ), em caso positivo, quando foi? \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** Está gestante ou lactante? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
Tomou a vacina COVID? ( ) 1ª dose ( ) 1ª. e 2ª. ( ) Não

Outras Informações: \_\_\_\_\_

**Declaro** que, caso venha a sentir, durante o período da realização das atividades presenciais, quaisquer sintomas citados acima, **suspenderei, imediatamente**, o acesso aos setores/laboratórios do \_\_\_\_\_ e a quaisquer outros setores das dependências do CCS, comunicando a situação aos meus superiores imediatos para providências cabíveis. Também deverei procurar imediatamente atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde/SUS, seguindo as orientações sanitárias necessárias.

Nome Completo do Discente \_\_\_\_\_

#### AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE (colocar no verso)

Declaro que continuo em boas condições de saúde e apto a participar da aula presencial.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que continuo em boas condições de saúde e apto a participar da aula presencial.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que continuo em boas condições de saúde e apto a participar da aula presencial.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que continuo em boas condições de saúde e apto a participar da aula presencial.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**ANEXO B – NECESSIDADE DE INSUMOS PARA O LABORATÓRIO**  
**(Estimativa de insumos descartáveis e de consumo para uso em um período letivo)**

Componente Curricular	Turnos* Semana	No. ** Semanas	No.*** Servidores	Máscara cirúrgica (caixa 50)	Álcool gel 70%	Papel Toalha	Sabonete líquido	Luva (caixa 100)	Gorro (caixa 100)	Álcool Líquido 70%
<b>TOTAL</b>										

**\*TURNOS** = quantidade de turnos de atendimento laboratorial por semana, de todas as turmas desse componente curricular

**\*\* No.** de semanas que vão ter atendimento presencial laboratorial

**\*\*\* Servidores** Docentes e Técnicos

**1 turno = 4h**



**ANEXO C – Grupo de risco: Termo de Responsabilidade para retomada de atividades híbridas / presenciais durante pandemia (para quem autodeclarou comorbidade)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF no. \_\_\_\_\_,  
Matrícula nº \_\_\_\_\_, discente do curso \_\_\_\_\_, vinculado ao  
(Departamento / Programa de Pós-graduação / Núcleo de pesquisa / Instituto)  
\_\_\_\_\_, declaro, que embora tenha doença  
preexistente crônica ou grave ou imunodeficiência, do tipo  
(especificar): \_\_\_\_\_,

DECLARO que pretendo retomar VOLUNTARIAMENTE as atividades híbridas e / ou  
presenciais previstas em meu curso, a partir de \_\_\_/\_\_\_/2021. Estou ciente que esse retorno  
presencial é facultativo.

DECLARO ainda que, conheço os riscos das atividades práticas presenciais enquanto  
integrante do grupo de risco para SARS-CoV-2 e as medidas de biossegurança individuais e  
coletivas que precisam ser seguidas. Comprometo-me a fazer o automonitoramento das  
condições de saúde durante todo o período que antecede e durante as atividades  
presenciais e avisar, imediatamente, o Coordenador da Disciplina/Laboratório e a  
Coordenação de Curso sobre alteração do meu estado de saúde.

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura do Discente	Assinatura do Coordenador do Laboratório/Disciplina

## **APÊNDICE A – FOTOS DO AMBIENTE SINALIZADO**

### **Sugestão:**

- 1 – Foto na Entrada com o nome do Laboratório e Cartaz de Capacidade Máxima**
- 2 – Foto da pia de Lavar as mão com Cartaz de Higiene das mãos**
- 3- Foto do ambiente Geral**
- 4 – Foto da bancada**