



NOTA INFORMATIVA Nº 01

ATIVIDADES PRÁTICAS PRESENCIAIS NO LTE DA DISCIPLINA SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM I DO DENC/CCS.

PERÍODO LETIVO SUPLEMENTAR 2021.1

À Comissão de Biossegurança do CCS/UFPB

A CBio Interna do DENC/CCS/UFPB, através da Nota Informativa Nº 01, comunica que os docentes da área de Enfermagem Fundamental da disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I do Curso de Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB, estarão desenvolvendo atividades práticas presenciais durante o período de 2021.1 nas dependências do Laboratório de Técnicas de Enfermagem do DENC/CCS.

Anexos a esta Nota Informativa:

1. Programação das atividades a serem realizadas, por dia/turno/horário e número de alunos por subgrupo de acordo com a área disponível de ocupação do laboratório.
2. Dimensionamento do espaço físico do laboratório (ocupação por m²) onde será realizada a atividade presencial.
3. Insumos necessários: EPIs (Luvas, protetor facial face shield, máscaras cirúrgicas, gorros, avental, propés); produtos para a higiene das mãos (Água e sabão, papel toalha, Álcool em gel 70%.); produtos para limpeza dos materiais, equipamentos, superfícies e ambiente (comunicar se existem, se aguardam recebimento ou quem vai prover antes do início das atividades previstas).
4. Informações sobre a Vacinação dos docentes, discentes e técnicos administrativos.
5. Formulários de Automonitoramento das condições de saúde preenchidos por todos os usuários do laboratório.

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2021.

Maria Auxiliadora Pereira
Membro Titular da CBio/DENC/CCS/UFPB

Iolanda Beserra Costa
Membro Suplente da CBio/DENC/CCS/UFPB

Programação das atividades práticas presenciais no Laboratório de Técnicas de Enfermagem da disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I – Período Letivo 2021.1¹

Mediante à Pandemia da COVID-19, a disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I para o Período Letivo 2021.1 foi mais uma vez ofertada no formato híbrido, com base na Resolução Nº 27/2021 e 28/2021 do CONSEPE (Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão da UFPB). Os conteúdos teóricos estão sendo ministrados no formato remoto, com as atividades práticas programadas para ocorrer de forma presencial no LTE.

O planejamento das atividades práticas presenciais da referida disciplina seguiu as normas estabelecidas pelas Comissões de Biossegurança da UFPB e do CCS; o Protocolo de Biossegurança de Prevenção da COVID-19 da CDBio/DENC/UFPB; a Nota Técnica CBio/DENC Nº 01/2021 (Recomendações de Biossegurança para prevenção da Covid-19 no retorno às atividades presenciais da disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I - 2020.2) e a Nota Técnica Nº 03/2021 (Recomendações de Biossegurança para prevenção da Covid-19 no retorno às atividades presenciais das disciplinas do DENC nos Laboratórios)², com recomendações de biossegurança para prevenção da Covid-19.

Para atender as condições de biossegurança e, considerando o cenário epidemiológico para a COVID-19 divulgado pelas autoridades sanitárias em saúde do estado e do município de João Pessoa-PB, todos os envolvidos nas atividades presenciais da disciplina (docentes, discentes e técnicos administrativos e colaboradores) deverão cooperar na observância e cumprimento dessas Recomendações.

1.1 Distribuição dos alunos por turno

Para o Período letivo 2021.1 foram ofertadas uma turma no período da manhã (terça-feira de 8h às 12h, e quarta-feira das 8h às 10h) e uma turma no período da tarde (quarta-feira das 13h às 15h e quinta-feira de 13h às 17h). As atividades práticas presenciais deverão ocorrer nos dois últimos meses do período letivo, no período da manhã às terças-feiras de 8h às 12h, e no período da tarde às quintas-feiras de 13h às 17h. As turmas foram divididas em subgrupos conforme a capacidade de ocupação dos ambientes disponíveis no LTE.

Quadro 1. Distribuição dos alunos do período da Manhã para as atividades práticas presenciais nos laboratórios conforme a capacidade de ocupação.

Nº	TURMA 2 - MANHÃ - SUBGRUPO 1	Espaço LTE
01	Andrea Conceição da Silva	LAB. 1
02	Andrena Dall A GnoI Ferreira	
03	Daniela de Souza Dantas	
Nº	TURMA 2 - MANHÃ - SUBGRUPO 2	LAB. 2
01	Bruna Gabriela Alves Pessoa	
02	Luana Vieira da Silva	

¹ Aprovado na 210ª Reunião Plenária Ordinária do DENC, de 06/09/2021.

² Documentos aprovados em Reuniões Departamental do DENC/CCS e na CBio/CCS nos períodos suplementares 2020.2 e 2021.1.

Quadro 2. Distribuição dos alunos do período da Tarde para as atividades práticas presenciais nos laboratórios conforme a capacidade de ocupação.

Nº	TURMA 3 – Tarde 13 alunos	LABORATÓRIOS
	SUBGRUPO 1	
01	Eduarda Fontoura Xarão de Mello	LAB. 1
02	Giulia Rhayanne Cordeiro dos Anjos Sales	
03	Maria Luisa Grangeiro Pequeno	
04	Ully Queiroz Caminha Macedo	
	SUBGRUPO 2	
01	Anderson Flor Guilherme	LAB. 3
02	Atlas Lima de Medeiros	
03	Debora Ananias de Melo	
04	Lais Batista Mendes	
05	Maria Julia do Nascimento	
	SUBGRUPO 3	
01	Abraão Fernandes Cordeiro	LAB. 4
02	Alyson Furtunato Epaminondas	
03	Emanuele Paula Lopes Cavalcanti	
04	Jamile da Silva Santos	
05	Letícia Porto (Complementação de estudos)	

1.2 Programação das atividades práticas presenciais

As atividades práticas presenciais incluirão práticas individuais em manequins para a realização dos sinais vitais, entrevista clínica e exame físico geral e específico, associando-as aos conteúdos teóricos já ministrados de forma remota e através de exposições dialogadas, atividade individuais e de grupos e situações simuladas.

Quadro 3. Programação das atividades a serem realizadas no período da Manhã, por dia/carga horária, docente e número de alunos por laboratório de acordo com a área disponível de ocupação do laboratório.

DATA	CH	ATIVIDADES	Docentes	Nº Alunos	Nº LAB	HORÁRIO	
						Entrada	Saída
26/10 3ª	4h	Prática – Higienização das mãos e enlramento. Sinais Vitais	Cleide	3	1	8:00	11:50
			Marta	2	2	8:10	12:00
09/11 3ª	4h	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame físico Geral – Peso, Altura, CA, Cabeça e pescoço	Auxiliadora	3	1	8:00	11:50
			Marta	2	2	8:10	12:00
16/11 3ª	4h	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame Físico Tórax, Mamas, Sistemas Respiratório, Cardiovascular e Sinais Vitais	Cleide	3	1	8:00	11:50
			Auxiliadora	2	2	8:10	12:00
23/11 3ª	4h	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame Físico Sistemas Digestório e Geniturinário	Auxiliadora	3	1	8:00	11:50
			Cleide	2	2	8:10	12:00
30/11 3ª	4h	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame Físico Sistemas Musculoesquelético e Neurológico	Marta	3	1	8:00	11:50
			Cleide	2	2	8:10	12:00
07/12 5ª	4h	Prática – Higienização das mãos 3ª Avaliação Prática – - Exame Físico Geral e Específico - Sinais Vitais	Auxiliadora	3	1	8:00	11:50
			Marta	4	2	8:10	12:00

Quadro 4. Programação das atividades a serem realizadas no período da Tarde, por dia/carga horária, docente e número de alunos por laboratório de acordo com a área disponível de ocupação do laboratório.

DATA	CH	CONTEÚDOS	Docentes	Nº Alunos	Nº LAB	HORÁRIO	
						Entrada	Saída
28/10 5ª	4	Prática – Higienização das mãos e enluvamento. Prática – Sinais Vitais	Auxiliadora	4	1	13:00	16:40
			Cleide	5	3	13:10	16:50
			Marta	5	4	13:20	17:00
04/11 5ª	4	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame físico Geral – Peso, Altura, CA Prática – Cabeça e pescoço	Marta	4	1	13:00	16:40
			Auxiliadora	5	3	13:10	16:50
			Cleide	5	4	13:20	17:00
11/11 5ª	4	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame Físico Tórax, Mamas, Sistemas Respiratório, Cardiovascular e Prática – Sinais Vitais	Cleide	4	1	13:00	16:40
			Marta	5	3	13:10	16:50
			Auxiliadora	5	4	13:20	17:00
18/11 5ª	4	Prática – Higienização das mãos Prática – Exame Físico Sistemas Digestório e Geniturinário	Auxiliadora	4	1	13:00	16:40
			Cleide	5	3	13:10	16:50
			Marta	5	4	13:20	17:00
25/11 5ª	4	Prática – Exame Físico Sistemas Musculoesquelético e Neurológico	Marta	4	1	13:00	16:40
			Auxiliadora	5	3	13:10	16:50
			Cleide	5	4	13:20	17:00
02/12 5ª	4	Prática – Higienização das mãos 3ª Avaliação Prática – - Exame Físico Geral e Específico - Sinais Vitais	Cleide	4	1	13:00	16:40
			Marta	5	3	13:10	16:50
			Auxiliadora	5	4	13:20	17:00

2. Dimensionamento do espaço físico do laboratório

De acordo com os Decretos Estadual e Municipal em vigor, a situação de Pandemia da COVID-19, coloca o município de João Pessoa na classificação de Bandeira Amarela, permitindo a as atividades de ensino na modalidade presencial com 50% de ocupação nos espaços fechados.

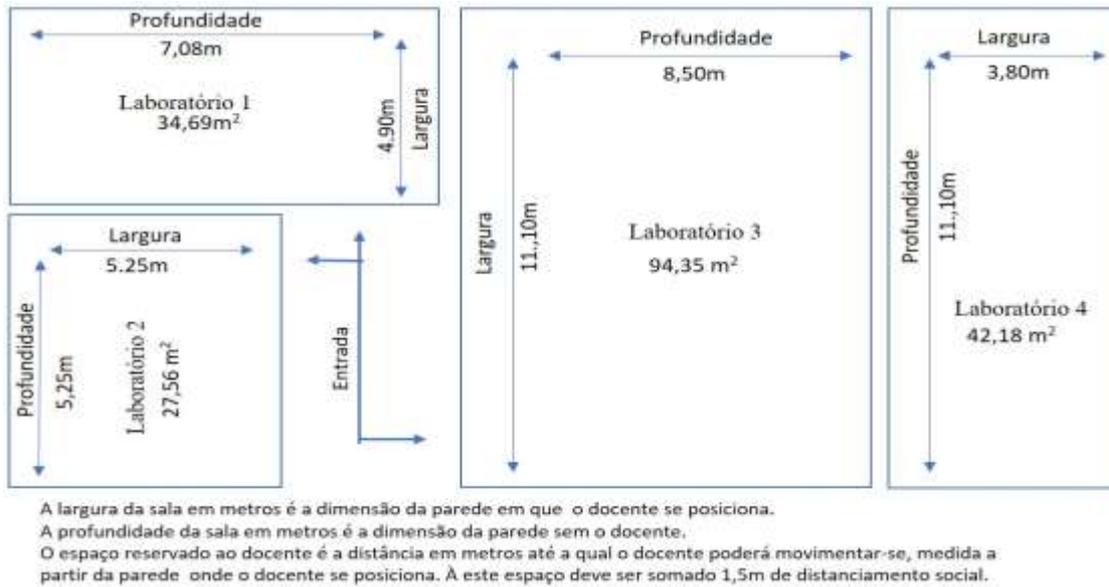
O dimensionamento dos espaços e a distribuição dos docentes e discentes para as aulas práticas, deverá seguir as instruções apresentadas na Nota Técnica nº 01/2021 (CBio/DENC/CCS) aprovada em reunião departamental e pela CBio/CCS.

Quadro 5 – Ocupação máxima dos ambientes do LTE/DENC/CCS/UFPB de acordo com as cores das bandeiras.

Ambientes	Área de circulação (m ²)	Número de pessoas por ambiente			
		Bandeira Vermelha	Bandeira Laranja (30%)	Bandeira Amarela (50%)	Bandeira Verde (até 100%)
Laboratório 1	34,69	<i>Atividades práticas presenciais suspensas</i>	4	9	15
Laboratório 2	27,56		4	9	15
Laboratório 3	94,35		13	26	44
Laboratório 4	42,18		6	12	20

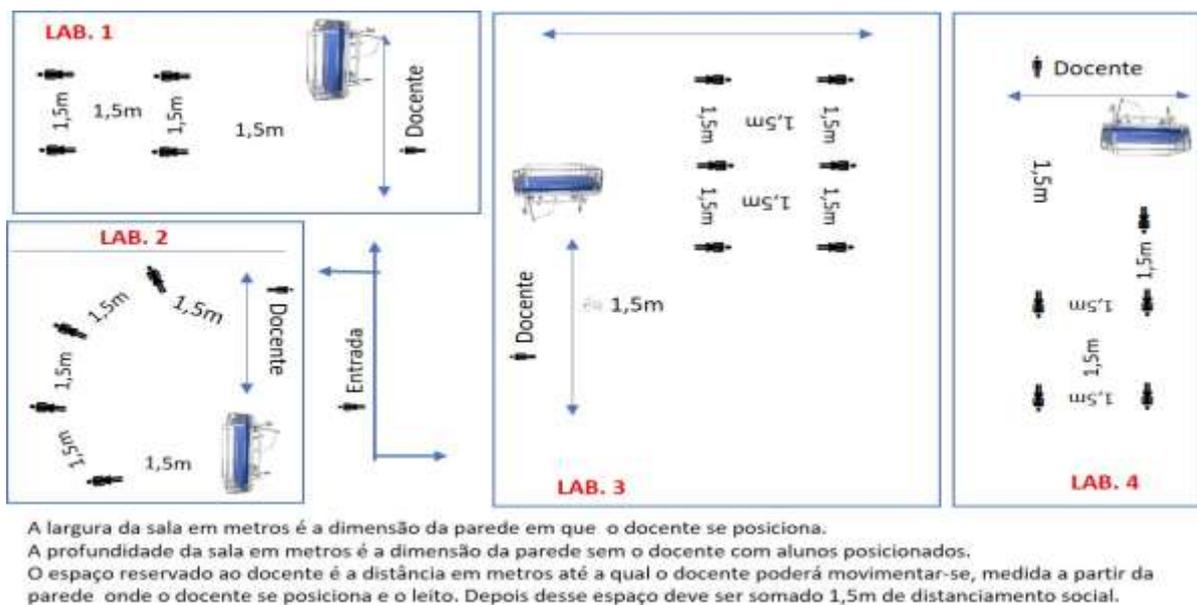
Para atender as medidas sanitárias, principalmente em relação ao distanciamento social, será respeitado o dimensionamento do LTE, conforme apresentado na Figura abaixo.

Figura 1. Dimensionamento dos Ambientes do LTE por m²



Considerando que as atividades práticas exigem a movimentação do docente junto ao leito para demonstração da técnica e ainda, a colocação de um leito no espaço físico, o número de ocupantes (docentes e discentes) nesses ambientes foi reduzido a menos de 50% da sua capacidade, respeitando o distanciamento social, de acordo com a classificação da bandeira vigente (Amarela).

Figura 2. Ocupação dos ambientes do LTE por m² (distanciamento de 1,5 m)³



³ O MEC orienta o distanciamento social, respeitando a distância mínima de 1,0m (um metro), no Protocolo de Biossegurança para retorno das atividades nas instituições federais de ensino (Versão 3, atualizada em 04 de maio de 2021). Mesmo assim, será mantido o distanciamento de 1,5m (um metro e meio) de distanciamento social.

2. INSUMOS NECESSÁRIOS E DISPONÍVEIS PARA AS ATIVIDADES PRÁTICAS

O LTE dispõe dos insumos necessários para a realização das atividades práticas presenciais da disciplina (luvas, máscaras cirúrgicas, álcool líquido 70%, álcool em Gel 70%, sabonete líquido, papel toalha, hipoclorito de sódio, termômetro de testa).

3. INFORMAÇÕES SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Docentes	Vacinação COVID-19		
	Tipo	1ª dose	2ª dose
Cleide Rejane Damaso de Araújo	FioCruz - AstraZeneca	X	X
Maria Auxiliadora Pereira	Coronavac - Butantan	X	X
Marta Miriam Lopes Costa	Coronavac - Butantan	X	X
Técnicos de Laboratório	-	-	-
Maria dasVitórias dos Santos Venâncio	Coronavac - Butantan	X	Set.
Laudicéia Teixeira Lins	Coronavac - Butantan	X	X

OBS: As técnicas não estão presentes nos horários das atividades práticas. Fazem a higienização dos materiais e organizam os ambientes do LTE nas segundas, quartas e sextas-feiras.

Calendário de Vacinas COVID-19 Alunos Manhã e Tarde

Nº	Alunos - Turma MANHÃ	1ª Dose	2ª Dose
01	Andrea Conceição da Silva	x	Set
02	Andrena Dall A Gnoi Ferreira	x	Out
03	Bruna Gabriela Alves Pessoa	x	Set
04	Daniela de Souza Dantas	x	Jansen
05	Luana Vieira da Silva	x	Set
Nº	Alunos - Turma TARDE	1ª Dose	2ª Dose
01	Abraão Fernandes Cordeiro	x	Nov
02	Alyson Furtunato Epaminondas	x	Nov
03	Anderson Flor Guilherme	x	Set
04	Atllas Lima de Medeiros	x	Out
05	Debora Ananias de Melo	Em tratamento de saúde - Previsão Nov.	
06	Eduarda Fontoura Xarão de Mello	x	Nov
07	Emanuele Paula Lopes Cavalcanti	x	Set.
08	Giulia Rhayanne Cordeiro dos Anjos Sales	x	x
09	Jamile da Silva Santos	x	Nov
10	Lais Batista Mendes	x	Nov
11	Letícia Porto (Complem. de estudos)	x + H1N1	Nov
12	Maria Julia do Nascimento	x	Ago
13	Maria Luisa Grangeiro Pequeno	x	Nov
14	Ully Queiroz Caminha Macedo	x	Nov

5. Formulário de Automonitoramento (Modelo produzido pela Comissão de Biossegurança Interna do DENC/CCS/UFPB).

AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS LABORATÓRIOS¹

Nome Completo: _____

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

Febre	Sim () Não ()	Dor de Cabeça	Sim () Não ()
Tosse	Sim () Não ()	Dores no corpo	Sim () Não ()
Coriza	Sim () Não ()	Irritabilidade	Sim () Não ()
Dor de Garganta	Sim () Não ()	Diarreia	Sim () Não ()
Dificuldade de Respirar	Sim () Não ()	Vômito	Sim () Não ()
Mal estar	Sim () Não ()	Perda do olfato	Sim () Não ()
Fraqueza	Sim () Não ()	Alteração do paladar	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 AO CORONAVÍRUS E VACINAÇÃO

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? _____

Vacina para a COVID-19: 1ª dose () 2ª dose () OBS: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: (se gestante ou lactante; ou outra informação que julgar importante) _____

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 DENC 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 Unidade Básica de Saúde/SUS, seguindo as orientações sanitárias necessárias.

Data, Nome Completo e Assinatura: _____

¹ Adaptado do Plano UFPB para retorno gradual das atividades presenciais com orientações para a Prevenção contra a COVID-19.**AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS LABORATÓRIOS¹**

Nome Completo: _____

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

Febre	Sim () Não ()	Dor de Cabeça	Sim () Não ()
Tosse	Sim () Não ()	Dores no corpo	Sim () Não ()
Coriza	Sim () Não ()	Irritabilidade	Sim () Não ()
Dor de Garganta	Sim () Não ()	Diarreia	Sim () Não ()
Dificuldade de Respirar	Sim () Não ()	Vômito	Sim () Não ()
Mal estar	Sim () Não ()	Perda do olfato	Sim () Não ()
Fraqueza	Sim () Não ()	Alteração do paladar	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 AO CORONAVÍRUS E VACINAÇÃO

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? _____

Vacina para a COVID-19: 1ª dose () 2ª dose () _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: (se gestante ou lactante; ou outra informação que julgar importante) _____

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 DENC 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 Unidade Básica de Saúde/SUS, seguindo as orientações sanitárias necessárias.

Data, Nome Completo e Assinatura: _____

¹ Adaptado do Plano UFPB para retorno gradual das atividades presenciais com orientações para a Prevenção contra a COVID-19.

AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS LABORATÓRIOS

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: _____

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: _____

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: _____

AUTOMONITORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DOS LABORATÓRIOS

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: _____

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: _____

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: _____