

## COMUNICADO EXTERNO SUBSECRETARIA 2020 - Nº 79

São Paulo, 07 de setembro de 2020.

Assunto: Orientações para retomada gradual das atividades presenciais.

A partir de amanhã, dia 08, retomaremos atividades presenciais de reforço, recuperação e acolhimento em parte das escolas estaduais. Para isso seguem algumas orientações gerais para o monitoramento das atividades:

1. As Diretorias Regionais de Ensino devem monitorar de forma constante os estoques de produtos de higiene e limpeza em todas as escolas. Em caso de necessidade de reabastecimento, as escolas devem utilizar os recursos do PDDE Paulista para a aquisição de novos insumos. Para as escolas sem saldo no PDDE ou com problemas de APM, cabe a diretoria o reabastecimento dos itens.
2. Os Dirigentes Regionais de Ensino deverão, a partir do dia 08 de setembro, preencher na Secretaria Digital (SED) a data de retorno de cada escola da Diretoria. Sempre que houver alterações ou novas datas, o sistema deverá ser atualizado.
3. É importante que todas as escolas façam diariamente o registro das atividades no diário de classe, seja impresso ou digital. Deve estar devidamente sinalizado quais profissionais estiveram presentes na escola e para o atendimento de quais alunos.
4. Na medida em que os alunos retornarem, deve ser monitorado o contato daquele estudante com pessoas infectadas pela COVID 19. O questionário anexo deve ser aplicado para todos os estudantes conforme seu retorno. No caso de alteração em qualquer campo do questionário, a escola deverá atualizar as informações daquele aluno. A gestão escolar deverá manter-se atenta aos alunos que faltarem ao atendimento no dia agendado e se certificar para o caso de existirem alteração nos campos do questionário. O questionário é uma ferramenta importante para o início das ações descritas na sessão Monitoramento e Gestão de Riscos, presente no Anexo I da Res. 61/2020.
5. A escola poderá servir aos estudantes merenda não manipulada, ou seja, que não é preparada na escola. São exemplos de merenda não manipulada: biscoitos, bebida láctea, sucos de caixa, frutas e outros itens que podem ser adquiridos por ata de kit lanche.
6. A escola tem liberdade para organizar suas atividades, mas deve observar as regras referente aos horários, agrupamentos e outras medidas obrigatórias disponíveis no Documento Orientador presente no comunicado 2020/78

O retorno opcional para as atividades descritas deve ser planejado com total segurança. Caso não preenchidas todas as condições necessárias para tal, a data de retorno da escola deverá ser postergada.

Atenciosamente,

Henrique Pimentel

Subsecretário de Articulação Regional

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE MAPEAMENTO DE CONTATOS SINTOMÁTICOS DOS ESTUDANTES E SEUS FAMILIARES REDE ESTADUAL DE SÃO PAULO

Dados do Estudante:

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

Sexo: ( ) M ( ) F      Idade: \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_ Turma/Série: \_\_\_\_\_

Número de moradores na mesma residência do estudante: \_\_\_\_\_

Monitoramento de contatos – COVID-19

O estudante teve contato com pessoa infectada pelo Coronavírus nos últimos 14 dias? ( ) Sim ( ) Não

Se não, o estudante **PODERÁ** frequentar as atividades na escola!

Se SIM, o estudante **NÃO** retorna às atividades presenciais! O retorno somente se dará após 14 dias de isolamento.

O estudante apresenta ou apresentou algum (alguns) desses sintomas?

- |                                       |                 |
|---------------------------------------|-----------------|
| Febre $\geq$ a 37.5°                  | ( ) Sim ( ) Não |
| Calafrios                             | ( ) Sim ( ) Não |
| Perda de Olfato                       | ( ) Sim ( ) Não |
| Perda de paladar                      | ( ) Sim ( ) Não |
| Coriza                                | ( ) Sim ( ) Não |
| Tosse                                 | ( ) Sim ( ) Não |
| Dor de garganta                       | ( ) Sim ( ) Não |
| Dor de cabeça                         | ( ) Sim ( ) Não |
| Dor no corpo                          | ( ) Sim ( ) Não |
| Falta de ar/dificuldade para respirar | ( ) Sim ( ) Não |
| Diarreia                              | ( ) Sim ( ) Não |

Se SIM, o estudante **NÃO** retorna às atividades presenciais! Manter isolamento domiciliar por 10 dias, a partir do início dos sintomas. Os casos suspeitos poderão retornar às atividades presenciais antes do período determinado de afastamento quando tiverem um exame laboratorial descartando a COVID-19, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e estiverem com melhora dos sintomas após 72 horas.

Se SIM,

A família/responsável encaminhou para a UBS? ( ) Sim ( ) Não

Foi realizado teste para Covidi-19: ( ) Sim ( ) Não

Se SIM, qual foi o resultado? ( ) Positivo ( ) Negativo

Se POSITIVO, informe o período de quarentena? \_\_\_\_\_

Houve internação: ( ) Sim ( ) Não

Se SIM, informe o período de internação: \_\_\_\_\_

**Declaração de Pertencimento de Grupo de Risco:**

O estudante pertence a algum destes Grupos de Risco?

Diabetes tipo 1; e/ou

- |   |                 |
|---|-----------------|
| Diabetes tipo 1   | ( ) Sim ( ) Não |
| Pressão alta  | ( ) Sim ( ) Não |
| Insuficiência cardíaca grave ou descompensada                       | ( ) Sim ( ) Não |
| Doença pulmonar crônica ou asma de moderada a grave                 | ( ) Sim ( ) Não |
| Doença renal crônica (com necessidade de realização de hemodiálise) | ( ) Sim ( ) Não |
| Hepatopatias (doenças do fígado)                                    | ( ) Sim ( ) Não |
| Uso de medicamentos imunossupressores                               | ( ) Sim ( ) Não |
| Uso de medicamentos imunobiológicos                                 | ( ) Sim ( ) Não |
| Ser paciente imunodeprimido   | ( ) Sim ( ) Não |
| Estar em tratamento para câncer                                     | ( ) Sim ( ) Não |
| Obesidade mórbida (Índice de Massa Corporal (IMC) > 40)             | ( ) Sim ( ) Não |
| Gestantes   | ( ) Sim ( ) Não |
| Portar doenças cromossômicas  | ( ) Sim ( ) Não |

Se o estudante pertencer a algum desses grupos de risco, seu retorno somente ocorrerá na etapa III do Plano de Retorno das Atividades Presenciais.

**Dados de Familiares:**

Algum familiar do estudante teve COVID-19? ( ) Sim ( ) Não

Se NÃO, **ENCERRAR!**

Se SIM, informar:

Grau de parentesco: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/irmã ( ) Tio/Tia ( ) Avô/Avó ( )

Outro: \_\_\_\_\_

—

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

CPF: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Teste COVID: ( ) Sim Data da realização: \_\_\_\_\_ ( )

Não

Realizou isolamento social: ( ) Sim Período: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Houve necessidade de internação: ( ) Sim Período: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Curado: ( ) Sim ( ) Não

Grau de parentesco: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão/irmã ( ) Tio/Tia ( ) Avô/Avó ( )

Outro: \_\_\_\_\_

—

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

CPF: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Teste COVID: ( ) Sim Data da realização: \_\_\_\_\_ ( )

Não

Realizou isolamento social: ( ) Sim Período: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Houve necessidade de internação: ( ) Sim Período: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Curado: ( ) Sim ( ) Não