

Belo Horizonte, 5 de dezembro de 2020

Posicionamento da Sociedade Mineira de Pediatria sobre retorno às aulas presenciais nas escolas

Introdução:

A Sociedade Mineira de Pediatria (SMP) é uma sociedade civil sem fins lucrativos, considerada como entidade de utilidade pública, filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e conveniada à Associação Médica de Minas Gerais (AMMG). A SMP tem como objetivos principais: a promoção do aperfeiçoamento contínuo da assistência à infância e à adolescência; o apoio aos profissionais e instituições que cuidam da proteção, promoção e bem-estar da criança e do adolescente; a divulgação de informações baseadas em evidências científicas relacionadas disponíveis no momento, sendo fonte de segurança e apoio à sociedade.

Desta forma, os departamentos científicos de saúde escolar, da primeira infância, do desenvolvimento infantil e de infectologia da SMP elaboraram em conjunto esta nota técnica sobre o retorno seguro à escola durante a pandemia da COVID-19, baseada nas evidências científicas e informações disponíveis até o momento. A reabertura segura das escolas é mais um grande desafio durante a pandemia, num momento em que não estão disponíveis vacinas e tratamentos eficazes.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia causada pela COVID-19, devido à rápida disseminação mundial do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Em resposta, para conter a disseminação da pandemia, escolas foram fechadas e o ensino presencial foi interrompido em todo mundo, impactando nas atividades de vida diária, aprendizado e bem estar de crianças e adolescentes e famílias. Segundo o Fundo de Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em abril de 2020, 91% dos alunos, em mais de 194 países, estavam fora da escola.

No Brasil, a disseminação do SARS-CoV-2 está ocorrendo em momentos diferentes em suas regiões e deslocou-se dos grandes centros urbanos para cidades do interior dos estados. A suspensão das aulas presenciais e fechamento da grande maioria

das escolas particulares e públicas, estaduais e municipais, ocorreu no início da pandemia em março de 2020, e, em Minas Gerais, a grande maioria se mantém fechadas desde então.

Em abril de 2020, o Conselho Nacional de Educação (CNE) traçou diretrizes e orientações para as escolas durante a pandemia, na tentativa de minimizar o impacto negativo e evitar o aumento das desigualdades, da evasão e da repetência escolar. Foi recomendado que fossem mantidos os vínculos dos estudantes e famílias com a escola e que fosse ofertado um fluxo de atividades durante a situação de emergência. Algumas alternativas foram sugeridas como meios digitais, videoaulas, plataformas virtuais, redes sociais, programas de televisão ou rádio, material didático impresso e disponibilizado aos responsáveis. Porém, até o momento, não foram descritas as medidas de controle da efetividade e do impacto destas diretrizes e orientações na educação das crianças e adolescentes brasileiros.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, dispõe que a criança e o adolescente têm direito à educação, visando o pleno desenvolvimento de sua pessoa, o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. A educação é bem reconhecida como determinante no desfecho de saúde e associada a indicadores positivos de saúde, bem estar e cidadania. Na sociedade atual, as escolas assumem um papel fundamental nesses aspectos e no desenvolvimento de habilidades e competências acadêmicas e socioemocionais das crianças e adolescentes. Para alunos em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, a escola também garante a segurança, a nutrição e oportunidades de aprendizado.

Diante da crise no sistema educacional, várias instituições chamaram a atenção para os prejuízos ao longo da vida com altos custos socioeconômicos, particularmente para as crianças/adolescentes e famílias em situação de maior vulnerabilidade. A importância das aulas presenciais no modelo tradicional e os prejuízos do prolongado isolamento social preocupam autoridades, educadores, estudantes e suas famílias, sendo motivo de interesse e cuidadosa atenção por parte dos pediatras.

Após nove meses de início da pandemia e do fechamento nas escolas, um dos grandes desafios atuais das sociedades é a ponderação entre o benefício de reduzir a transmissão de SARS-CoV-2 e os seus reais prejuízos diretos e indiretos para os

alunos, famílias e comunidade. Para esta tomada de decisão de reabertura segura das escolas, torna-se necessário o envolvimento de toda sociedade e de diversos setores da saúde, educação, judiciário e poder público. O melhor interesse de cada criança deve estar no centro dessas decisões, analisando riscos e benefícios em relação à saúde integral e à educação no contexto de indicadores de saúde pública e socioeconômicos durante a pandemia.

No mundo, as dificuldades para reabertura segura das escolas são complexas em países de baixa e média renda, porém são necessários preparo e planejamento para garantir acesso à educação para todos. Desta forma, procuramos incluir neste documento, de uma forma resumida e concisa, as evidências científicas hoje disponíveis para que a sociedade tenha elementos para uma decisão equilibrada, preservando a saúde física e mental das nossas crianças e adolescentes.

Contexto atual:

O mundo está vivenciando uma crise global sem precedentes causada pela pandemia ligada ao SARS-CoV-2. Em meados de novembro de 2020, a OMS contabiliza cerca de 53 milhões de infectados e mais de 1,3 milhões de óbitos por COVID-19, sendo que o Brasil está entre os três primeiros países com maior número de casos e óbitos no mundo.

Desde o início da pandemia, houve aumento exponencial do conhecimento científico sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e sua doença (COVID-19), porém ainda existem lacunas em nossos conhecimentos, sendo fundamental o compartilhamento de experiências prévias e de informações baseadas em evidências científicas.

O maior número das publicações mundiais é referente ao COVID-19 na população adulta, pois constituem a maioria dos casos até o momento. Desta forma, são necessárias maiores informações sobre características epidemiológicas e manifestações clínicas na população pediátrica.

Mundialmente, as crianças e adolescentes representam cerca de 8% dos casos notificados, considerando este grupo 29% da população global. A distribuição de casos é menor até 10 anos de idade, sendo mais frequente a infecção em adolescentes. A

grande maioria dos pacientes pediátricos com infecção por SARS-CoV-2 apresenta casos sintomáticos leves (febre, tosse seca e fadiga) ou assintomáticos, e por este motivo podem ser subnotificados. Geralmente, necessitam apenas de cuidados de suporte com boa recuperação em uma a duas semanas. As crianças e os adolescentes têm quadros de doença muito mais leve que a população adulta; e representam um percentual substancialmente menor de óbitos e hospitalizações associadas à COVID-19. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), os óbitos por COVID-19, em menores de 19 anos, representaram aproximadamente 0,3% do total de mortes nos Estados Unidos. No Brasil, fenômeno similar é observado, e menos de 1% das mortes atingiram esta faixa etária, apesar de constituírem mais de 25% da população, percentual semelhante nos EUA. Em diversos países, as hospitalizações por COVID-19 de crianças e adolescentes representam cerca de 2-3% do total de admissões hospitalares. Deve-se ressaltar que as crianças com doenças subjacentes também correm risco maior de manifestações graves, assim como observado nos adultos. Um dos eventos graves, de ocorrência rara, relatado em pediatria, foi a síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C). É uma doença inflamatória rara que ocorre após 2-4 semanas do início da COVID-19 e cursa com febre persistente, disfunção de múltiplos órgãos associados a marcadores inflamatórios elevados. Nos casos descritos até o momento, a maioria das crianças se recuperou após o tratamento adequado.

Em todas as idades, as crianças podem ser infectadas e transmitir o vírus para outras pessoas. Porém, a susceptibilidade e a infecciosidade do SARS-CoV-2 parecem se elevar com a faixa etária, porém maiores estudos serão necessários na população pediátrica para melhor compreensão. As crianças menores de 10 anos parecem ser menos susceptíveis à infecção do que as mais velhas, porém pesquisas mais abrangentes de rastreamento de contato domiciliar e comunitário serão necessárias. Em relação à infecciosidade, capacidade de transmitir o SARS-CoV-2, estudos observaram que adolescentes transmitem de forma similar aos adultos, porém em maior frequência que crianças menores. Estudos de rastreamento de contato sugerem que as crianças menores de 10 anos podem ser menos contagiosas que adolescentes e adultos. Em crianças sintomáticas, o vírus também foi detectado no nariz, boca e garganta similar aos adultos

sintomáticos, porém por menor tempo. O pico de carga viral respiratória das crianças ocorre logo após início dos sintomas e apresenta rápido declínio, porém a carga viral não é o único fator determinante para analisar a infecciosidade. A eliminação do vírus pelas fezes é mais comum em crianças, porém sua infecciosidade nas fezes ainda é incerta.

É consenso que os riscos de contágio do SARS-CoV-2 e de surtos da COVID-19 estão intimamente relacionados à taxa de transmissão comunitária. Quanto maior a taxa de transmissão comunitária, maior o surto. O papel do fechamento e reabertura das escolas na dinâmica da transmissão do vírus e do agravamento dos surtos de doença são alvo de debate na comunidade científica. Alguns estudos demonstraram que a reabertura segura das escolas não ocasionou aumento significativos da disseminação do SARS-Cov-2 na população, quando a taxa de infecção comunitária estava baixa. Os pesquisadores enfatizam que grandes surtos podem ocorrer em situações específicas, principalmente quando as normas preconizadas para reabertura segura da escola não foram adotadas. Medidas preventivas sanitárias, detecção imediata de casos e rastreamento de contato evitaram surtos maiores em ambiente escolar.

As evidências atuais disponíveis sugerem que os fechamentos de creches e instituições de ensino não são uma medida de controle única e eficaz para conter a transmissão comunitária do SARS-CoV-2. Porém se as escolas são reabertas na situação de elevadas taxas de transmissão comunitária ou número ascendentes de casos na localidade, o surto de casos novos é esperado em ambiente escolar. Várias pesquisas convergem para a importância do controle da doença na comunidade para proteger os alunos, os profissionais da educação e funcionários da escola em ambientes educacionais.

Impacto do fechamento das escolas na infância e adolescência

Os impactos negativos do fechamento de escolas na saúde, educação, segurança, bem-estar, aprendizagem e desenvolvimento das crianças e na renda familiar são bem documentados, sendo cada vez mais identificados. Os efeitos são mais graves em crianças e adolescentes em situação de maior vulnerabilidade. As escolas fornecem

ambiente seguro de aprendizagem e de apoio para os alunos. E servem como fontes de emprego para professores e outros funcionários, bem como permitem que pais e cuidadores trabalhem.

As escolas também fornecem serviços essenciais, incluindo programas de alimentação escolar e serviços de saúde social, física, comportamental e mental, promovendo a redução das disparidades sociais e de saúde. As políticas de saúde reconhecem o ambiente escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras e preventivas de saúde e de educação. O risco de evasão escolar descrito é cinco vezes maior entre as crianças e adolescentes mais marginalizados. A interrupção das atividades escolares presenciais apresenta severas repercussões na capacidade de aprendizado dos alunos e maior risco de gravidez na adolescência, exploração sexual, casamento infantil, violência, entre outras ameaças. Além disso, fechamentos prolongados das escolas, perda de interação com os colegas e interrupção de rotinas podem originar estresse e desenvolver e intensificar sintomas de ansiedade.

Orientações para reabertura segura das escolas

Diante do exposto, é essencial a garantia do direito fundamental de acesso à educação e garantia de saúde integral para as crianças e adolescentes. É necessário que as escolas reabram de forma segura e para que isto ocorra serão necessários conhecimentos técnico-científicos sobre transmissão do SARS-CoV-2 e suas medidas para prevenção e proteção dos alunos, professores e funcionários da escola, bem como suas famílias e comunidades.

A tomada de decisão sobre “quando e como abrir as escolas com segurança” é de responsabilidade dos gestores públicos dos estados e municípios, analisando riscos e benefícios de cada comunidade. As decisões devem estar norteadas por evidências científicas e contextualizadas às condições vigentes. Não existe uma solução única para todos países e comunidades, mas são imprescindíveis o investimento, planejamento e estruturação dos recursos disponíveis que permitam a reabertura segura das escolas.

Assim o para planejamento da reabertura segura e funcionamento da escola, são necessários o diálogo e o envolvimento de todos envolvidos neste processo: gestores,

comunidade, funcionários da escola, família e alunos. As condições de reabertura segura e fechamento das escolas e as estratégias adotadas devem ser divulgadas para a comunidade, família e alunos. Estes norteamentos devem estar claros e disponíveis para todos envolvidos. A comunicação das diretrizes devem ser realizadas de forma precisa, de fácil compreensão, acessível, inclusive para crianças menores e deficientes visuais/auditivos. Podem ser utilizados vários formatos como cartazes, infográficos, vídeos, áudios, podcast, entre outros.

É recomendada a participação ativa da comunidade, escola e alunos na divulgação e na produção deste material informativo. Mediante informações fornecidas, a família decidirá sobre o retorno ou não do aluno às aulas presenciais. Sempre que possível, a opinião das crianças deve ser ouvida e, nos adolescentes, esta decisão deve ser compartilhada. Neste momento, são desaconselhados o retorno à escola do professor, funcionário da escola e aluno (incluindo membro familiar) identificados dentro do grupo de risco para maior morbidade e mortalidade da COVID-19. Nesta situação, é essencial a garantia de oferta de outras formas ensino de acordo com as necessidades de cada aluno. Os alunos pertencentes aos grupos de risco e aqueles com direito à Educação Especial merecem acompanhamento individualizado. O aluno-família sem condições de retorno à escola deve ser acompanhado sistematicamente pelos profissionais de educação e de saúde, visando minimizar o impacto negativo da pandemia em sua aprendizagem e seus indicadores de saúde e bem-estar.

Com intuito de minimizar as desigualdades, são recomendados monitoramento e financiamentos adicionais direcionados aos alunos procedentes de famílias de maior vulnerabilidade e em situação de maior risco de prejuízo pedagógico e de evasão escolar. Estratégias específicas podem ajudar na promoção do retorno à escola, na redução dos déficits pedagógicos e prevenção do abandono escolar.

A literatura atual sugere que vários indicadores podem ser utilizados como referência na abertura/fechamento das escolas, ressaltando que os dados são de caráter dinâmico e pertencentes a uma localidade. Assim, pode-se concluir que não é factível marcar datas para o retorno parcial às atividades escolares presenciais. O CDC considera menor risco de introdução e transmissão de COVID-19 nas escolas os seguintes indicadores principais e limites: < 20 novos casos/100.000 pessoas nos

últimos 14 dias; <5% de RT-PCR positivos nos últimos 14 dias; e implementação escolar de todas as cinco estratégias de redução de disseminação. Nos indicadores secundários, os limites de menor risco são: <5% de alteração entre o número de casos novos nos últimos 7 dias, comparando com os 7 dias prévios; <80% de ocupação de leitos hospitalares e de leitos de UTI; <10% dos leitos hospitalares ocupados por pacientes com COVID-19; e ausência de surtos na comunidade. As medidas devem ser implementadas na maior extensão possível, porém o CDC sugere o uso de ambas ou uma das medidas básicas de carga comunitária anteriores. Estudos evidenciam que o emprego correto e consistente de estratégias de redução da disseminação do SARS-CoV-2 no ambiente escolar e na comunidade local reduzem o risco de contaminação.

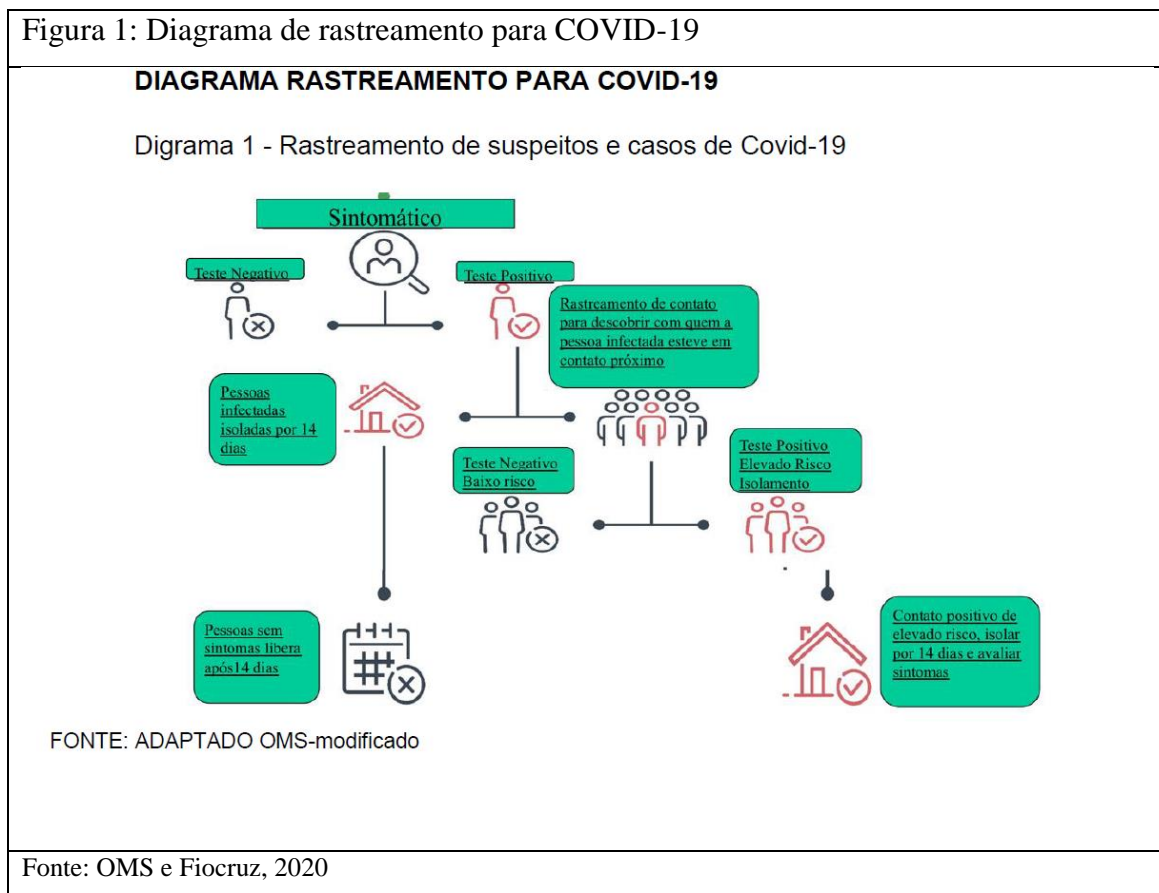
Para complementar os indicadores básicos, os gestores podem buscar outros indicadores e, baseado em evidências científicas, decidir sobre os indicadores mais adequados como referência. Outras medidas descritas na literatura que podem ser empregadas são: as porcentagens de leitos hospitalares e de unidade de tratamento intensivo ocupados por pacientes com COVID/Síndrome Respiratória Aguda Grave ou outras doenças, bem como o número de óbitos por COVID/Síndrome Respiratória Aguda Grave nos últimos 14 dias.

Segundo o CDC, a escola deve ser capaz de adotar e manter as seguintes estratégias de redução de disseminação do SARS-COV-2: 1) uso correto de máscaras de forma consistente; 2) distanciamento social; 3) etiqueta *respiratória e higiene das mãos* - água e sabão/álcool gel; 4) limpeza e desinfecção; e 5) rastreamento de contatos e doentes em parceria com o sistema de saúde. A capacitação de todos envolvidos nestas estratégias deve ser continuada e sistemática.

Durante o período de funcionamento da escola, a saúde e o bem-estar de TODOS envolvidos devem ser constantemente monitorados. Os casos suspeitos, doentes e contatos direto de COVID-19 entre os funcionários da escola, alunos e membros da família devem ser identificados, e tal estratégia depende da parceria entre a escola e os serviços de saúde. A orientação deve ser precisa: TODOS DOENTES e CONTATOS DE CASOS SUSPEITOS ou CONFIRMADOS DE COVID-19 devem permanecer isolados em casa. A situação deve ser comunicada imediatamente à escola para que as medidas necessárias sejam tomadas. No caso de suspeita, o aluno, professor

ou funcionário da escola deve ser encaminhado à unidade de saúde de sua referência para realizar o diagnóstico correto. A figura 1 ilustra o rastreamento de COVID preconizado pela OMS e Fiocruz.

Figura 1: Diagrama de rastreamento para COVID-19



No caso da identificação do caso suspeito ou doente ocorrer durante o período de aulas presenciais, o aluno, professor ou funcionário da escola deve retornar imediatamente para casa ou ser encaminhado para a unidade de saúde referenciada, em caso de gravidade. No caso dos alunos, os responsáveis devem ser comunicados imediatamente sobre a situação atual. Para o manejo adequado dos casos suspeitos e doentes, a escola deve reservar um espaço para estes indivíduos até sua saída, permitindo o isolamento e evitando o contágio. Para evitar discriminação e estigma, este procedimento de isolamento de contatos e doentes deve ser amplamente esclarecido para todos envolvidos, mesmo antes da reabertura da escola. A disponibilidade de testes diagnósticos virológicos para os casos sintomáticos nas unidades de saúde deve ser enfatizada.

O planejamento para esse retorno deve atender requisitos mínimos de infraestrutura, materiais e capacitação de recursos humanos dos profissionais da escola para atender às novas demandas. Mesmo que todos os requisitos sejam adotados, falhas podem acontecer no ambiente escolar e na comunidade, e conseqüentemente podem ocorrer casos de COVID-19, porém as medidas de isolamento devem ser adotadas imediatamente para evitar maior disseminação e um possível surto.

A manutenção da escola reaberta depende diretamente dos seguintes fatores: taxa de contaminação comunitária local; o emprego de medidas sanitárias; a identificação de casos suspeitos, doentes e contatos direto de COVID-19 entre os professores, funcionários da escola, alunos e membros da família.

Mundialmente, outra grande preocupação refere-se à saúde mental dos professores, funcionários da escola e dos alunos e suas famílias diante das incertezas da pandemia. Após nove meses do início da pandemia, pesquisas mais recentes evidenciaram dados preocupantes sobre aumento de sintomas psíquicos, sofrimento psicológico e transtornos mentais, associados à pandemia da COVID-19. Ressalta-se, porém, a importância de não se patologizar o sofrimento humano, pois a tristeza, a angústia, a desesperança são sentimentos inerentes a qualquer situação de pandemia. O adoecimento tem uma relação direta com as formas de como cada indivíduo, família e sociedade respondem aos fatores estressores.

Os impactos negativos relacionam-se ao trauma psicológico com desencadeamento ou intensificação de sintomas psíquicos e transtornos mentais, secundários à própria infecção por COVID-19 e/ou aos desdobramentos secundários da pandemia. Dentre estes desdobramentos podemos destacar o distanciamento social, as vivências traumáticas associadas à pandemia ou adoecimento/morte de pessoas próximas, as conseqüências adversas econômicas, as alterações de rotina de vida e trabalho, o prejuízo das relações afetivas e, por fim, a interrupção de tratamento das condições mentais por dificuldades de acesso.

Para garantia do bem estar e saúde mental de toda população, são necessárias intervenções para promoção e proteção da saúde mental, bem-estar e qualidade de vida. TODOS devem ser envolvidos em atividades que fortaleçam atitudes positivas. Os funcionários da escola, principalmente os professores, devem ser capacitados com

estratégias e devem ter suporte para lidar com alunos em sofrimento psíquico (comportamentos internalizantes ou externalizantes). No caso de percepção de mudanças comportamentais ou comportamentos disfuncionais, o aluno ou profissional deve ser encaminhado para serviço de saúde. Devido à grande sobrecarga dos serviços de saúde mental, deve-se pensar em alternativas viáveis como telessaúde e suporte *on-line* para discussão de casos e compartilhamento de soluções e tomada de decisões. Este fluxo deve ser planejado e deverá ter estreita parceria com a secretaria de saúde.

Experiências de reabertura de escolas em outros países

Após a primeira onda do COVID-19, estratégias de reabertura segura das escolas foram adotadas em alguns países como Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Vietnã, China, Israel, Geórgia, entre outros. No mundo, as escolas tiveram que se adaptar às exigências da pandemia com adoção de medidas sanitárias, de distanciamento social e uso de máscaras.

Os modelos de reabertura adotados variaram entre os países de acordo com as características da escola (ex: estrutura física e sanitária), dos estudantes e suas famílias (ex: série escolar, presença de fatores de risco) e dos profissionais envolvidos em educação (educadores, funcionários da escola, entre outros). Com objetivo de reduzir o potencial de transmissão em larga escala do SARS-CoV-2 em ambiente escolar, a maioria dos modelos de reabertura escolar já adotados envolveram medidas de controle de transmissão como algum grau de escalonamento dos horários (início, fim e intervalo), reduções no tamanho das classes, distanciamento físico, higienização das mãos e uso de máscaras, bem como identificação de infectados. Vários países adotaram dias ou turnos alternados (manhã, tarde) e verificações de temperatura. A reabertura e novo fechamento das escolas estão condicionados a taxa de transmissão comunitária e incidência de casos.

Vale a pena destacar estudos publicados e algumas experiências de outros países. Até este momento, poucos casos de surtos relevantes de COVID-19 em escolas foram documentados. Em uma escola secundária em Israel e em um acampamento noturno para adolescentes na Georgia, foram registrados dois grandes surtos envolvendo

os alunos e os profissionais da escola, sendo evidenciado adoção precária de medidas de prevenção em ambos os casos.

Na Inglaterra, após o alívio do bloqueio na primeira onda de COVID-19, a reabertura de escolas foi associada a poucos surtos de casos novos. Os funcionários das escolas foram os mais propensos à contaminação, destacando a necessidade de melhorar a capacitação para medidas preventivas e protetivas neste grupo de profissionais.

Uma das experiências reportadas com mais detalhes foi a do Estado de *Rhode Island* nos EUA. O CDC publicou os resultados do estudo de vigilância conduzido em 666 programas de atenção escolar, incluindo cerca de 18 mil crianças até 12 anos de idade. No período entre primeiro de junho e 31 de julho de 2020, foram identificados 52 casos confirmados e/ou suspeitos de COVID-19, sendo 30 crianças e 22 adultos (20 professores e dois pais). A reabertura dos programas resultou em identificação de transmissão secundária em apenas quatro dos 666 programas, apenas nas últimas semanas de julho, sendo um período coincidente com o aumento da transmissão comunitária. Apesar da limitada ocorrência de casos secundários, foi realizada quarentena de 853 crianças e adultos pertencentes ao quadro de funcionários destas escolas. Este estudo conclui que a adoção de medidas preventivas, recomendadas pelo CDC, para redução transmissão do SARS-CoV-2 foi primordial para o sucesso da reabertura das escolas. As recomendações adotadas neste estudo foram medidas de higiene; uso de máscaras pelos adultos; distanciamento entre os grupos de professores e alunos; e identificação e isolamento dos casos sintomáticos.

Na Austrália, a maior parte das escolas foram mantidas abertas na primeira onda da pandemia de COVID-19, ressaltando as medidas de monitoramento de casos e contatos em ambiente escolar. As taxas de transmissão em ambiente escolar do SARS-CoV-2 foram baixas, e não houve impacto significativo na transmissão comunitária.

Na Suécia, as escolas primárias também se mantiveram abertas na primeira onda da pandemia. Foi observado que o índice de COVID-19 entre os professores foi similar a outros profissionais com mesma faixa etária. Comparando as taxas de transmissão comunitária entre países com características populacionais semelhantes, as taxas suecas não apresentaram diferenças significativas em relação à dados da Finlândia, que optou

por fechar suas escolas. Nestas populações, o fechamento das escolas não alterou o risco de adoecimento entre as crianças em idade escolar nestes países.

Baseado nas evidências disponibilizadas, destaca-se a importância de medidas básicas como uso de máscara, higienização de mãos e medidas de distanciamento social. A maioria dos estudos foram desenvolvidos em países de alta renda, porém dados iniciais sobre a reabertura de escolas nos países de baixa e média renda estão começando a ser disponibilizados. As experiências internacionais e nacionais com a reabertura segura das escolas mostraram resultados promissores. Em escolas de países de baixa e média renda como Argélia, Belize, Botswana, Camboja, Camarões, Indonésia, Madagascar, México, Tanzânia, Ucrânia foram adotadas medidas de higiene específicas, incluindo limpeza, desinfecção escolar, melhoria das instalações de lavagem das mãos, fornecimento de materiais de limpeza/higiene combinadas ao monitoramento por meio de mensagens do estado de saúde da crianças, familiares e membros da comunidade.

O compartilhamento das experiências entre os países e regiões favorece o fortalecimento das estratégias de sucesso para reabertura segura das escolas e para garantir o desenvolvimento do aprendizado para todas crianças e adolescentes, principalmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade. A tabela 1 destaca as principais experiências de sucesso no mundo.

Tabela 1: Lições desenvolvidas e compartilhadas por países e regiões para otimizar o retorno seguro às escolas

Priorizar para o retorno das aulas presenciais as primeiras e as últimas séries do ensino fundamental pode minimizar os impactos nas trajetórias educacionais dos alunos. Eles se mostraram importantes promotores de apoio ao distanciamento físico na comunidade.

Com capacitação e recursos suficientes, as escolas tiveram sucesso na implementação os protocolos de higiene e de saúde apropriados que incluem lavagem das mãos, uso de equipamentos de proteção individuais, procedimentos de limpeza das instalações e triagem de sintomas e contatos.

Medidas múltiplas, de custo variável, podem ser usadas para reduzir o contato físico e limitar a transmissão. Entre elas são citadas: melhorar a ventilação interna, mover as aulas ao ar livre, construir salas de aula adicionais, horários escalonados de início, intervalo e de término, turnos e dias alternados, adoção de ensino híbrido (combinação de ensino remoto emergencial e presencial), contratação de professores

adicionais para reduzir o tamanho da classe, e isolamento entre os grupos de turmas (criando o conceito de 'bolhas da sala de aula' para limitar a interação dos alunos entre os grupos e para limitar os fechamentos se a infecção for detectada).

O planejamento antecipado e os protocolos explícitos para fechamentos podem ajudar a limitar os surtos e as interrupções dos processos de ensino-aprendizagem.

A adaptação do calendário acadêmico e a simplificação do currículo podem permitir a recuperação do aprendizado, bem como ajudar a lidar com a incerteza contínua.

Referência: UNICEF. Supplement to Framework for reopening schools: Emerging lessons from country experiences in managing the process of reopening schools. 2020.

Considerações

Nesse momento, a SMP cumpre o seu papel de esclarecimento da complexidade envolvendo o fechamento e reabertura das escolas no contexto da pandemia da COVID-19. Embora ainda não tenhamos todas as respostas sobre o risco de transmissão com a reabertura segura das escolas, existem evidências bem documentada sobre os efeitos adversos do fechamento das escolas na segurança, bem-estar e aprendizagem das crianças, representando um risco em precedentes para a educação, proteção e bem-estar das crianças e dos adolescentes.

O momento é de desafio para todo o mundo, principalmente nos países de baixa e média renda. Esta situação pode ser otimizada através da colaboração e parceria entre diversos setores da sociedade, educação, saúde e de gestão pública. A SMP valoriza a participação ativa das crianças e dos adolescentes na construção de alternativas para o retorno seguro das escolas e na construção de uma sociedade melhor.

As evidências técnico-científicas sustentam que a situação epidemiológica de baixa transmissão comunitária consistente é indispensável para um retorno seguro ao ambiente escolar. É perfeitamente plausível que este retorno ocorra em momentos diferentes para cada município ou região considerada, mas sempre obedecendo a critérios rigorosos de cuidados e segurança em relação à possível transmissão da doença. Consideramos que determinar o momento ideal para a volta às aulas deve ser responsabilidade das autoridades, baseado nas situações e condições epidemiológicas locais, na capacitação das escolas para adoção e prática das medidas sanitárias, e no isolamento dos contatos e doentes.

Infelizmente, nas últimas duas semanas, em metade das regiões de Minas Gerais, as taxas de transmissão comunitária e a porcentagens de ocupação de leitos hospitalares

e de UTIs se elevaram significativamente, levando os gestores à regressão para fases mais restritivas da pandemia. A SMP considera que é premente que as medidas de estruturação, planejamento e investimento sejam iniciadas urgentemente, e não sejam mais postergadas. São necessários preparativos de saúde pública e educação e planejamento da implementação e monitoramento das estratégias adotadas. A contextualização e as adaptações contínuas são indispensáveis para responder às condições locais e atender às necessidades de aprendizagem, saúde e segurança de cada criança, principalmente aquelas em situações de maior vulnerabilidade. Toda sociedade deve ser conscientizada sobre a influência de seu comportamento na taxa de transmissão comunitária e conseqüentemente, no acesso à educação e ao ambiente escolar. É necessário que seja garantida a educação para todos, bem como a transparência das respostas às estratégias educacionais adotadas até o momento.

A crise educacional desencadeada pela pandemia deve ser um período de reflexão e de valorização da educação e seus profissionais. Para superar esta crise, é necessário o investimento em todo o sistema educacional e construção de parcerias com a saúde. O diálogo entre as várias áreas permite a construção de soluções viáveis e acessíveis de acordo com nossos contextos e atendendo às demandas necessárias para proteção e promoção da infância e adolescência.

Nota de esclarecimento: Os dados descritos são baseados nas evidências científicas e informações disponíveis atuais. Devido à natureza evolutiva da pandemia e evidências emergentes, as orientações podem ser revisadas.

Referências bibliográficas

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COVID-19 Planning Considerations: Guidance for School Re-entry. Disponível em <<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/>>. Acesso em 14/09/2020.

Brasil. MEC. Diretrizes para escolas durante a pandemia. <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/12-noticias/acoes-programas-e-projetos-637152388/89051-cne-aprova-diretrizes-para-escolas-durante-a-pandemia?Itemid=164>. Acesso em 23/11/2020

Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à COVID-19 – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/07/Boletim-epidemiologico-SVS-39--1-.pdf>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Indicators for dynamic school decision-making. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html> 2020.

Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y., Prem, K., Jit, M., Eggo, R.M., 2020. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nature Medicine* 26, 1205–1211. doi:10.1038/s41591-020-0962-9

Gutiérrez, A. C. et al. Contribuições para o retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia Covid-19, FIOCRUZ, 2020 <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43370/2/ContribuicoesRetornoEscolar.pdf>

Levinson, M., Cevik, M., Lipsitch, M., 2020. Reopening Primary Schools during the Pandemic. *New England Journal of Medicine* 383, 981–985. doi:10.1056/nejmms2024920

Ludvigsson, J.F., 2020. Systematic review of COVID- 19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica* 109, 1088–1095. doi:10.1111/apa.15270

Park, Y., Choe, Y., Park, O., Park, S., Kim, Y., Kim, J....Jeong, E. (2020). Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerging Infectious Diseases*, 26(10), 2465-2468. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2610.201315>.

Postolache TT, Benros ME, Brenner LA. Targetable biological mechanisms implicated in emergent psychiatric conditions associated with SARS-CoV-2 infection. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jul 31:E1-2. doi: 10.1001/jamapsychiatry.

Reich, J., Buttimer, C. J., Coleman, D., Colwell, R., Faruqi, F., & Larke, L. R. (2020, July). What's lost, what's left, what's next: lessons learned from the lived experiences of teachers during the pandemic. Retrieved from <https://edrxiv.org/8exp9>

Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 May 18;7(7):611-27. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

Russell et al., Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics* ,2020. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.4573

Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Técnico - COVID-19 e a Volta às Aulas – DC de Imunizações e DC de Infectologia da SBP, 13 de maio de 2020. <https://www.todospelaeducacao.org.br/conteudo/educacao-na-pandemia-o-retorno-as-aulas-presenciais-frente-aCovid-19> . Acesso em 07 de agosto de 2020.

Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: a study of 62,354 COVID-19 cases. *medRxiv*. 2020. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.14.20175190v1.full.pdf>. doi: 10.1101/2020.08.14.20175190.

The Lancet Child & Adolescent Health. Growing up in the shadow of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 4, 853.2020. doi:10.1016/s2352-4642(20)30349-7

UNICEF. Supplement to Framework for reopening schools: Emerging lessons from country experiences in managing the process of reopening schools. 2020. <https://www.unicef.org/media/83026/file/Emerging-lessons-from-countries-experiences-of-reopening-schools-2020.pdf>

UNICEF. Heading back to school in the pandemic. As school doors start to reopen in some countries, what does it look like for students? Acesso em 23/11/2020

Vigo, D., Patten S, Pajer K, Krausz M, Taylor S, Rush B, et al. Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. The Canadian Journal of Psychiatry 65, 681–687.2020. doi:10.1177/0706743720926676

Viner, R.M., Russell, S.J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., Booy, R., School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. The Lancet Child & Adolescent Health 4, 397–404.2020. doi:10.1016/s2352-4642(20)30095-x